

ANTROPOLOGÍA

Reflexionando sobre las medidas coercitivas en salud mental. Análisis bioético y antropológico**Reflecting on coercive measures in mental health. Bioethical and anthropological analysis****Refletindo sobre medidas coercitivas em saúde mental. Análise bioética e antropológica****Sergio Ramos Pozón¹**

¹Doctor en Filosofía. Profesor asociado. Universidad de Barcelona. Escola d'Infermeria. Orcid: 0000-0002-5772-6676.

Correspondencia: Feixa Llarga, s/n CP 08907 L'Hospitalet Llobregat (Barcelona)

Correo electrónico de contacto: sergioramos@ub.edu

Cómo citar este artículo: Ramos-Ponzón, S. (2021). Reflexionando sobre las medidas coercitivas en salud mental. Análisis bioético y antropológico. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 25(59). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.59.11>

Recibido: 23/11/2020 Aceptado: 22/01/2021

**RESUMEN**

Las medidas coercitivas en salud mental implican un significativo sufrimiento para pacientes, familiares y profesionales. Generan mucho debate ético sobre su legitimidad y/o su rechazo. Estos desafíos éticos para Enfermería han parcialmente delimitados. Los aspectos teóricos, filosóficos y éticos que se derivan de su uso han sido objeto de estudio por parte de Enfermería, aunque han sido analizados superficialmente. Este artículo arroja luz

sobre esa laguna y explica los conceptos “vulnerabilidad”, “mejor interés”, y “competencia”. Además, se exponen algunas teorías éticas para fundamentar la relación asistencial. Por último, se presentan algunos estudios empíricos sobre la percepción de los afectados por estas prácticas coercitivas. El objetivo fundamental de este artículo es elaborar un marco teórico antropológico y ético que propicie una reflexión crítica sobre las razones de su uso o abandono de las medidas de contención en salud mental. Metodología:

Reflexión teórica sobre la temática, utilizando la bibliografía relevante y actualizada extraída del buscador Pubmed. Se utilizan las siguientes palabras clave en inglés: challenges, ethics, mental health, nursing, coercion and coercive measures para detectar cuáles son los problemas éticos subyacentes. Por otro lado, usamos los términos vulnerability, mental capacity, y best interest para su análisis conceptual.

Resultados: Aportamos un marco teórico antropológico y ético para que el equipo de Enfermería sepa comprender y justificar con más rigor la temática de las contenciones en salud mental. **Conclusiones:** Las medidas coercitivas generan una gran controversia y disputa entre quienes las aplican y quienes las reciben. La literatura ha detectado una gran cantidad de dilemas éticos subyacentes; sin embargo, se comparte la idea de que hay una carencia conceptual. Pese a que es posible identificar algunos conceptos clave, como los aportados en este artículo, que nos permita tener herramientas conceptuales para entender mejor este contexto asistencial; creemos que la aplicación de la coerción ha de estar guiada por una ética del cuidado, una ética hermenéutica y una ética dialógica cordial, que marquen derechos y deberes.

Palabras clave: Medidas coercitivas; salud mental; bioética

ABSTRACT

Coercive measures in mental health mean a significant suffering for patients, families and professionals. They generate ethical debate about their legitimacy and / or their rejection. Such ethical challenges for Nursing have been partially delimited. The theoretical, philosophical and ethical aspects that derive from its use have been studied by Nursing, although they have been superficially analyzed. This article sheds

light on that gap and explains the concepts "vulnerability", "best interest", and "capacity". Besides, this article presents some ethical theories to support the relationship. Finally, some empirical studies are presented on the perception of those affected by these coercive practices. **Objective:** The main objective of this article is to elaborate an anthropological and ethical theoretical framework that encourages critical reflection on the reasons for the use or abandonment of containment measures in mental health. **Methodology:** Theoretical reflection on the subject, using the relevant and updated bibliography extracted from the Pubmed search engine. The following keywords in English are used: challenges, ethics, mental health, nursing, coercion, and coercive measures to detect the underlying ethical issues. On the other hand, we use the terms vulnerability, mental capacity, and best interest for its conceptual analysis. **Results:** We provide an anthropological and ethical theoretical framework so that Nursing knows how to understand and justify more rigorously the issue of contentions in mental health. **Conclusion:** Coercive measures generate controversy and dispute between those who apply them and those who receive them. The literature has detected a considerable number of underlying ethical dilemmas; however, the idea that there is a conceptual deficiency is shared. Although it is possible to identify some key concepts, such as those provided in this article, which allows us to have conceptual tools to better understand this healthcare context; We believe that the application of coercive measures must be guided by an ethic of care, a hermeneutical ethic and a cordial dialogic ethic, which mark rights and duties.

Key words: Coercive measures; mental health; nursing; bioethics.

RESUMO

Medidas coercitivas em saúde mental implicam sofrimento significativo para pacientes, familiares e profissionais. Eles geram muito debate ético sobre sua legitimidade e / ou rejeição. Esses desafios éticos para a enfermagem foram parcialmente delimitados. Os aspectos teóricos, filosóficos e éticos decorrentes de sua utilização foram estudados pela Enfermagem, embora tenham sido analisados superficialmente. Este artigo lança luz sobre essa lacuna e explica os conceitos de "vulnerabilidade", "melhor interesse" e "competição". Além disso, algumas teorias éticas são expostas para embasar a relação de cuidado. Por fim, são apresentados alguns estudos empíricos sobre a percepção dos afetados por essas práticas coercitivas. Objetivo: O objetivo principal deste artigo é desenvolver um referencial teórico antropológico e ético que estimule a reflexão crítica sobre os motivos do uso ou abandono de medidas de contenção em saúde mental. Metodologia: Reflexão teórica sobre o assunto, utilizando a bibliografia relevante e atualizada extraída do motor de busca Pubmed. São utilizadas as seguintes palavras-chave em inglês: desafios, ética, saúde mental, enfermagem, coerção e medidas coercitivas para detectar quais são os problemas éticos subjacentes. Por outro lado, usamos os termos vulnerabilidade, capacidade mental e melhor interesse para sua análise conceitual. Resultados: Fornecemos um referencial teórico antropológico e ético para que a equipe de Enfermagem saiba compreender e justificar com mais rigor a questão das contendas em saúde mental. Conclusões: As medidas coercitivas geram grande polêmica e disputa entre quem as aplica e quem as recebe. A literatura detectou um grande número de dilemas éticos subjacentes; no entanto, a ideia de que há uma deficiência conceitual é compartilhada. Embora seja possível identificar alguns conceitos-chave, como os apresentados neste artigo, o que nos permite ter ferramentas conceituais para melhor

compreender este contexto de saúde. Acreditamos que a aplicação da coerção deve ser pautada por uma ética do cuidado, uma ética hermenêutica e uma ética dialógica cordial, que marcam direitos e deveres.

Palabras clave: Medidas coercitivas; saúde mental; enfermagem, bioética

INTRODUCCIÓN

En el ámbito socio-sanitario, frecuentemente en psicogeriatría y salud mental, se aplican, por parte de Enfermería, varios tipos de medidas coercitivas: mecánica, farmacológica, etc., consistentes en un dispositivo, físico o mecánico, para restringir los movimientos de una parte del cuerpo o, incluso, su totalidad, evitando así prevenir algún riesgo o peligro de lesión para la persona. Aunque es obvio que se podrían mencionar otras formas de medidas coercitivas como son la intimidación, la coacción, etc., (formas de control psicológico) las cuales podrían limitar la libertad de la persona, su derecho a la autonomía y la información, y en consecuencia una violación de los derechos humanos.

Sea como fuere, nos gustaría centrarnos en las formas más físicas (contención mecánica, farmacológica, etc.), pues son medidas que suscitan mucho debate, razón por la cual se insta a buscar estrategias para no aplicarlas (cambio de políticas en los hospitales, un mejor entrenamiento de los profesionales para manejar las crisis, etc.) (Nanjegowda et al., 2019). Varias son las experiencias que reducen significativamente las contenciones (Gooding et al., 2018). Ejemplos de ellos son *Open Dialogue* en Finlandia, el sistema de atención en Islandia; las hospitalizaciones sin contenciones a Trieste; las experiencias sin tratamientos involuntarios en Alemania,

o incluso en Suiza con contención 0 (Kinzkler 2016; Seikkula y Olson, 2003). Esta reivindicación se debe a que comportan reacciones adversas y complicaciones (úlceras por presión, asfixia...) (Rakhmatullina, et al., 2013) y dilemas ético-legales que ponen en duda su legitimidad (Kallert, et al., 2011). Los aspectos teóricos, filosóficos y éticos que se derivan de su uso han sido objeto de estudio por parte de Enfermería. Los dilemas éticos que se presentan pueden ser muy variados, pues incide el contexto, el tipo de pacientes (adolescencia o personas mayores), el servicio (unidad de agudos, unidad de rehabilitación o psicogeriatría) o los profesionales (su formación o su coordinación) (Hem, et al., 2014).

Hace décadas que se viene reflexionando sobre estas prácticas, sin embargo, la literatura parece indicar que hay muy pocos estudios que analicen en profundidad los desafíos subyacentes (Hem, et al., 2018, 2014; Norvoll, et al., 2017; y Haugom, et al., 2019). En síntesis, se ha detectado la carencia de un *background*, una serie de conceptos que puedan dar a entender un poco mejor el porqué de estas medidas coercitivas; qué relación puede haber entre el principio de autonomía del paciente y la obligación de los profesionales para buscar el “mejor interés” que justifique su uso; o incluso cuándo sería legítimo aplicarlas o no. Estas dudas generan un *estrés moral* entre los profesionales sanitarios, principalmente en Enfermería (Haugom, et al., 2019; Norvoll, et al., 2017).

En este artículo queremos exponer cómo la bioética puede contribuir a una mejor comprensión de esta temática: elaborando un marco teórico antropológico y bioético que propicie una reflexión crítica sobre las razones de su uso o abandono. Esto puede ayudar a mejorar los cuidados en salud mental, pues habrá más consciencia de los dilemas éticos, los motivos por los que se

originan y las razones últimas de su pertinencia o rechazo. En este sentido, nos proponemos analizar los siguientes conceptos: “vulnerabilidad”, “mejor interés”, y “competencia”; indagaremos qué teorías éticas pueden ayudar a fundamentar la relación asistencial; y, por último, deseamos exponer algunos estudios empíricos sobre la percepción de los afectados por estas prácticas coercitivas.

El objetivo fundamental de este artículo es elaborar un marco teórico antropológico y ético que propicie una reflexión crítica sobre las razones de su uso o abandono de las medidas de contención en salud mental.

METODOLOGÍA

Se ha desarrollado un proceso de reflexión teórica sobre la temática, utilizando la bibliografía relevante y actualizada extraída del buscador Pubmed. Se utilizan las siguientes palabras clave en inglés: challenges, ethics, mental health, nursing, coercion y coercive measures para detectar cuáles son los problemas éticos subyacentes. Por otro lado, usamos los términos vulnerability, mental capacity, y best interest para su análisis conceptual.

DESARROLLO DEL TEMA

El concepto vulnerabilidad

Utilizamos el concepto “vulnerabilidad” para referirnos a personas, grupos, colectivos, etc., sin explicar en qué consiste ni qué indica, creyendo que todos sabemos a qué nos referimos. Pero esto dista de la realidad, pues es un concepto difícil, complejo y confuso. Ha sido objeto de análisis por parte de la filosofía y de la ética médica (Bolt, 2019). Rendtorff (2002) propone una alternativa europea al principialismo norteamericano al defender los principios bioéticos de autonomía, dignidad, integridad y vulnerabilidad.

Sostiene que la vulnerabilidad es ontológicamente anterior a los otros principios. Expresa dos ideas básicas. Por un lado, la finitud y fragilidad de la vida en la que las personas capaces de autonomía insertan la posibilidad y necesidad de una moralidad. Por otro, es un principio moral que señala una responsabilidad de cuidados hacia los vulnerables (aquellos cuya autonomía, dignidad o integridad pueden ser susceptibles de ser amenazadas).

En la literatura hallamos otros enfoques, como es el caso de Ten Have (2014) quien propone tres tipos. La *biológica*, propia de las características de la persona; la *social*, derivada de la consecuencia de acontecimientos como las guerras, los crímenes o la pobreza; y la *cultural*, en relación con la diversidad cultural y cómo éstas realizan taxonomías a los individuos o grupos, catalogándolos de más o menos vulnerables.

Es interesante, también, la propuesta de Rogers, et al. (2012) quienes consideran que puede ser *inherente* (propia del ser humano, asociada a la corporeidad y a su dependencia con los otros), *situacional* (causada o exacerbada por el contexto personal, social, político o económico de una persona o grupo social) o *patogénica* (caracterizada por opresión, dominación, injusticia, violencia política... ejercida a colectivos indefensos: discapacidad intelectual, patología mental, personas mayores, etc.).

Por nuestra parte, añadiríamos una cuarta categoría, a saber: *vulnerabilidad ética*, la cual englobaría cuestiones *ético-legales*, que generen vínculos y obligaciones para fomentar y respetar la dignidad de la persona. Ésta se relacionaría con la *patogénica*, ya que ciertas personas son más susceptibles de ser dañadas (menores, personas con patología mental o déficits cognitivos, etc.). Hemos de intentar que las personas puedan ejercer su autonomía, que se respeten sus *tempos*, sus deseos, y que no

se transgredan sus proyectos de vida. No se trata de enfocarse en el colectivo de personas, sino en los derechos que tienen y de las obligaciones que genera el respeto a todo ser humano. Y aunque haya contextos específicos en los que se tenga que protegerle mediante algún tipo de paternalismo, como es el caso de la contención, éste siempre debería ser la excepción a la regla de respetar su dignidad.

En cualquier caso, el concepto de vulnerabilidad es amplio y complejo, razón por la cual ha sufrido una gran variedad de críticas (Levine, 2004; Clarck y Preto, 2018; y Rogers, et al., 2012). Se ha censurado su falta de concreción o dispersión dada su dificultad para establecer quiénes son los sujetos o grupos vulnerables; se ha desacreditado por incurrir en falacia naturalista ya que deriva de una dimensión esencial y universal una obligación ética, pues de una condición factual no se deriva fundamento normativo; se ha sostenido que adolece de un paternalismo injustificado al querer proteger al vulnerable; de conllevar una estigmatización o exclusión hacia estas personas; o incluso de poner demasiado ímpetu en los déficits y la dependencia, dejando a un segundo plano los desafíos y oportunidades que puede derivar la propia vulnerabilidad.

¿Qué aportaría la vulnerabilidad respecto a las personas con problemas de salud mental a las que se les aplica contenciones? La enfermedad mental ya de por sí puede ser discapacitante para muchas áreas de la vida, tanto a nivel personal (problemas cognitivos, biológicos, dificultades de autocuidado, etc.) como interpersonal (relaciones sociales, afectivas...). Además, esto se podría acentuar debido a los efectos de la medicación y/o por motivos de adicciones. A su vez, situaciones particulares dentro del ámbito hospitalario realzan esta situación: delirios intensos, agitación psicomotriz, conductas auto/heteroagresivas, etc. Por

todo ello, les hace aún más vulnerables. Por tanto, es importante prestar atención a la vulnerabilidad situacional.

Una mayor conciencia de la fragilidad del ser humano nos haría recordar nuestra obligación de cuidado hacia ellos, por lo que un trato no apropiado podría ser indigno (vulnerabilidad patológica). Ahora bien, aquí podríamos incurrir en paternalismos injustificados y a privaciones de libertad si no se justifica meticulosamente una intervención en contra de la voluntad del paciente; razón por la cual se deriva una vulnerabilidad ética que señala derechos y obligaciones. Por este motivo, hay que saber cuándo un paciente puede decidir libremente sobre su propio cuerpo, pues podría rechazar las contenciones. Y aquí el concepto clave será el de competencia para tomar una decisión.

Competencia para tomar decisiones

Uno de los pilares de la actual relación asistencial es que el paciente puede legítimamente decidir qué tipo de intervenciones médicas desea y cuáles no (principio de autonomía), siempre y cuando sea una decisión razonable, autónoma y libre. Una contención no deja de ser un tratamiento. Esa autonomía es la que se asocia en la toma de decisiones con el término competencia. Desde un punto de vista funcional, la competencia es definida como las aptitudes y habilidades psicológicas suficientes que demuestren que es una decisión libre y autónoma, y se valoran 4 ítems: comprensión, apreciación, razonamiento y elección de una decisión (Appelbaum, 2007). Ahora bien, también es generalizada la idea de que, dependiendo de la gravedad de la situación, se requerirá un mayor o menor grado de competencia.

Muchas veces se cree que estos pacientes carecen de competencia; empero, los estudios empíricos desmontan este mito,

pues la gran mayoría sí que pueden decidir de forma responsable (Calcedo, et al., 2020; Pons, et al., 2020). Por tanto, y aunque la problemática es más complicada y requeriría un mayor análisis, podríamos decir que, a primera instancia, si un paciente es competente puede aceptar o rechazar estas medidas coercitivas.

En gran medida se ha criticado este enfoque biologicista, funcionalista, pues puede ser discriminatorio hacia los que padecen trastornos mentales, pues pueden tener dificultades para tomar decisiones por sí mismo. Además, minimiza la voz de los afectados (sus valores, preferencias, etc.) e ignora el contexto, pues se ciñe a las habilidades de razonamiento. Por eso, se insta a una reformulación de la competencia para que la autonomía sea relacional (y no individual, liberal), que genere vínculos de cuidado para el vulnerable, que se tenga en cuenta la identidad (sus valores, su cultura...) de la persona, y todo esto insertándose en un contexto narrativo, hermenéutico y dialógico, más que un análisis interno de variables psicológicas (Kong, 2017).

¿Qué aporta este concepto? En primer lugar, es un criterio ético-legal que marca cuándo un paciente, a primera instancia, podría aceptar y/o rechazar una intervención médica, como la que tratamos en este artículo. En segundo lugar, que esta decisión no ha de estar delimitada únicamente por factores biológicos, sino que la hemos de insertar en un contexto relacional y una hermenéutica ética que haga aflorar los valores, las vivencias, etc., del paciente que pueden ayudar a que se respete con mayor o menor medida las decisiones sensatas, razonadas y razonables. El concepto de competencia proporciona un criterio a valorar en la aceptación o rechazo de la coerción, pues legalmente si no dispone de un grado suficiente de competencia no tiene la oportunidad de decidir por él mismo;

aunque este concepto en la praxis debería hundir sus raíces en un contexto asistencial relacional y no en una mera decisión puntual sin que se valore más aspectos que los de seguridad y bienestar. Esto ayudaría a crear relaciones asistenciales más cercanas, humanas, y no tan deshumanizadas y descontextualizadas.

Y es que, pese a esta petición de introducir al paciente en la toma de decisiones, apreciamos cómo esos vínculos que indican cuidados son interpretados y motivados por algún tipo de paternalismo injustificado para proteger al vulnerable, recurriendo al criterio del mejor interés como justificación (Hem, et al., 2018; y Vuckovich y Artinian, 2005). El problema es que no siempre sabemos cuál ni qué es el “mejor interés”.

El criterio del “mejor interés”

El criterio del mejor interés implica establecer qué es lo que más beneficia a la persona sin tenerle en cuenta, siendo esto la esencia del paternalismo. La dificultad radica en mostrar y justificar por qué le beneficia, y qué tipo de intereses son los que siempre han de preservarse. No obstante, dibujado así, se presenta como un concepto vago, general y poco preciso, siendo necesaria una mayor explicación.

La propuesta de Kopelman (1997 y 2007) aboga por unos criterios distintivos para la comprensión del criterio.

1. La decisión ha de respetar un mínimo *umbral* de cuidados aceptables desde el punto de vista médico, permitiendo así valorar qué daños y beneficios han de tenerse en cuenta.
2. La opción a tomar ha de ser compatible con los deberes morales y legales hacia el paciente por el cual se decide.
3. Puede ser usado como un *ideal* que señale un “bien” o cuáles son nuestros deberes

prima facie hacia la persona. Esta propuesta ayudaría a elaborar políticas sociales sobre qué derechos se tiene como ciudadano.

4. Es un estándar de moderación que sirve como referencia para detectar cuáles son las mejores opciones entre las alternativas.

5. Los intereses a tener en cuenta engloban los aspectos médicos, pero también otras facetas como la seguridad personal, el desarrollo cognitivo y emocional, etc., tanto del afectado como de otros agentes (la familia y la comunidad). Por tanto, el mejor interés resultará del balance entre la diversidad de intereses que se puedan dar en la decisión.

Buchanan y Brock (1989:122-134) también proponen modelos teóricos sobre este concepto. Ellos lo utilizan para referirse a aquellos intereses que son más importantes que otros, y éstos son los que propician una mayor contribución al bien de la persona. Con ello, el CMI determina una cierta obligación para defender cuál es el beneficio *neto* para cada opción, es decir, en última instancia la opción que resulte ser la del mejor interés será aquella que ponderando riesgos-beneficios aporte una mayor cantidad de beneficios en comparación con los riesgos.

La literatura ha mostrado que este criterio tiene insuficiencias (Diekema, 2011; y Salter, 2012). En primer lugar, es complicado determinar cuáles son esos mejores intereses, y aunque se suele pensar que siempre hay acuerdo es poco probable hacer ese cálculo neto sobre pros y contras con total precisión. En segundo lugar, es un concepto *vago, amplio e indeterminado*, pues no señala qué valores tiene la persona que juzga qué es lo mejor, lo que acaba por no justificar por qué ni en base a qué lo considera.

¿Qué aportaría este concepto en relación con las medidas coercitivas? En primer lugar, rechaza que estas decisiones hayan de ser unilaterales. Por un lado, el

paciente aportará valores, deseos... que reivindiquen el papel de la autonomía. Deberíamos introducir los valores, sentimientos, creencias, etc., presentes y pasados. Por otro, los profesionales han de introducir sus valores, sus experiencias (presentes y pasados), los motivos de por qué podrían ser indicadas estas medidas coercitivas para que se proporcione seguridad, se evite daños, etc. Por lo tanto, aquellos intereses que han de introducirse en la decisión son los que aportan ambos colectivos. En segundo lugar, que el cálculo neto sobre el mejor interés ha de incorporar dichos intereses; y en esta ponderación se requiere un análisis sobre qué nivel de riesgo habría que asumir puesto que deberemos evaluar el grado de competencia del paciente, la gravedad de la situación y a su vez valorar qué medidas son las menos restrictivas para evitar daños y respetar la autonomía del paciente vulnerable.

Como hemos visto, este concepto señala una obligación moral de cuidado y de ejercicio reflexivo que fomente el respeto por dichos bienes: autonomía, seguridad del paciente y/o terceros, para un seguimiento terapéutico, etc. Para poder conocer en profundidad todo esto es preciso un enfoque narrativo en el que se vivencien, expliquen y argumenten dichos bienes en un contexto y momento concreto.

Hermenéutica, éticas del cuidado y reconocimiento recíproco

En líneas generales, podemos concebir la hermenéutica como una interpretación de textos; una tarea epistemológica de fundamentación para las ciencias humanas o sociales; y/o un análisis de la vida desde la categoría de *sentido* (Moratalla, 2016). Ahora bien, es posible también una ética hermenéutica que analice la experiencia de la vida moral y que esté sustentada en una razón práctica dialógica. El carácter narrativo de la experiencia humana y la manera subjetiva de quien

interpreta constituyen del mismo modo pilares fundamentales para poder reconstruir los juicios morales. Se trataría de observar e interpretar el contexto, sus circunstancias, las vivencias de los afectados, etc. (Missel y Birkelund, 2020; Brammer, 2020; y Carnevale, 2019). El diálogo, entonces, adquiere un papel fundamental, pues envuelve los valores, las normas, las preferencias, etc., que presentan los distintos afectados. Es necesario conocerlos para tener una mayor comprensión de la situación. Ahora bien, no hacemos alusión a debatir *sobre* los afectados (sus puntos de vista, sus deseos...), sino a dialogar *con* los afectados para alcanzar consensos sobre decisiones de incertidumbre. Esto insta a que haya reflexión sobre los pensamientos, valores, sentimientos, etc., de los implicados (mayor consciencia del otro y de sí mismo), lo cual podría propiciar mayor objetividad a la hora de decidir de forma responsable, una humildad (para reconocer y apreciar al otro, pero también para despojarnos de nuestros prejuicios), una sinceridad de los participantes, y una constatación de las posibles limitaciones si las hubiere.

Y en ese diálogo ya se parte de una serie de premisas que son las que se van a tener que respetar (intereses). Esa deliberación presupone además una “ética cordis”, un reconocimiento cordial que abraza los deseos de justicia y de compadecerse por el vulnerable (Cortina, 2007). Y es que a fin de cuentas si las personas viven en entornos coercitivos, restrictivos y poco respetuosos, sus deseos, su libertad y su dignidad quedarán dañados, siendo difícil pasar el cribaje de una perspectiva ética universalizable.

Desde este enfoque ético, hermenéutico y dialógico, es enriquecedora la lectura de Ricoeur que han hecho algunos autores (Moratalla, 2007; Missel y [Birkelund](#), 2020). Aunque no podemos reconstruir toda su propuesta, es interesante

para este trabajo señalar los 3 niveles (Moratalla, 2007) en los que se inserta la práctica médica y enfermera, pues nos van a permitir comprender con más rigor conceptual todo el contexto de las medidas coercitivas, ya sea tanto a nivel de prescripción (Medicina) como de la aplicación (Enfermería) de la medida coercitiva.

En primer lugar, en el nivel *prudencial* la facultad de juzgar se inserta en situaciones particular, a saber: un médico concreto con un paciente específico en el que hay un pacto de cuidados, un pacto de confianza que les unirá porque el paciente sufre y su médico puede ayudarlo. En segundo lugar, el nivel *deontológico* viene a sellar ese pacto. Ya no es solo una cuestión de confianza, sino de justicia. Se entablan derechos y obligaciones. Por último, el nivel *reflexivo* va más allá del pacto deontológico recogiendo lo que no está regulado propiamente, pero que adquiere total sentido. Los conceptos de salud, enfermedad, sufrimiento, etc., han de ser “leídos” e “interpretados”. Se trata de identificar valores, circunstancias significativas del caso que aporten significado, el modo en el que inciden las distintas prácticas médicas en los afectados, los proyectos de vida y sus expectativas, etc. No son elementos aislados, sino que adquieren importancia para entender y/o justificar las diversas propuestas clínicas.

Ese pacto de cuidados es el que deberíamos recuperar en el contexto de la salud mental. Habrá que interpretar, escuchar, etc., qué nos dicen los afectados sobre el cuidar. Ahora bien, es significativo recordar que, al explicar el concepto de vulnerabilidad, alertábamos del peligro de incurrir en falacia naturalista. Sostenemos que ha de señalar una parte del ser humano susceptible de abuso, razón por la cual ha de articularse con otros conceptos tales como la empatía, la solidaridad, la responsabilidad, el mejor interés, etc. De este modo, se

debería despertar ese sentimiento de querer ayudarlo -no de conmiseración o pena, sino de compasión-. Rogers, et al. (2012:20) proponen, citando a Goodin (1985), el *principio de protección del vulnerable*, que alude a la obligación de prevenir daños o proteger intereses de los vulnerables. A su vez, Goodin presenta la categoría de “necesidades vitales”, aquellas sin las cuales el ser humano podría ser dañado o imposibilitar que ejerza su autonomía. Estas necesidades están interrelacionadas con factores sociales, políticos, personales y de identidad. Es lo que en cierto modo señalábamos con el “mejor interés”.

A nuestro modo ver, consideramos que este *principio de protección del vulnerable* es el que subyace en la obligación ética de cuidado, pues engloba los conceptos éticos comentados, generando vínculos afectivos para que las personas puedan ejercer sus derechos en las mismas condiciones que cualquier otra persona, para que ejerciten su autonomía y se respete su dignidad. Es por eso que abogamos por la vulnerabilidad ética al reivindicar una ética del cuidado, que a su vez sea de responsabilidad, para prevenir de daños (físicos, emocionales o psico-sociales), tanto a la persona como a terceros, y proteger sus intereses. Varios autores han desarrollado teorías del cuidado recogiendo la esencia de la vulnerabilidad (Cestari, et al., 2017; Santi, 2015; Waldow y Borges, 2008).

Esa obligación ética de cuidado conlleva la idea de reconocimiento del otro, en tanto vulnerable al que hay que proteger y/o capacitar para que pueda ejercer su autonomía. Axel Honneth (1999:32) defiende una tripartición sobre las diversas formas de *reconocimiento*: 1) la *esfera del amor*; 2) la *esfera del derecho*; y 3) la *esfera del reconocimiento social*. En la *esfera del amor* el sujeto es reconocido como un *individuo* que tiene unos deseos y necesidades. En la *esfera del derecho* es reconocido como persona, con derechos y

obligaciones. Por último, en la *esfera del reconocimiento social* la persona adquiere un valor constitutivo para una comunidad en la que hay un sentimiento de solidaridad y preocupación por su bienestar.

Si no hay estos reconocimientos se produce una *experiencia de desprecio personal* caracterizada en tres formas elementales (Honneth, 1992 y 1996). Una de ellas es cuando a la persona se le retira por la fuerza todas las posibilidades de ser dueño de su propio cuerpo, como son los casos de tortura o violación. Ahora bien, lo significativo no es el dolor corporal, sino “su unión con el sentimiento de estar expuesto indefenso a la voluntad de otro sujeto hasta la privación consciente de la realidad” (Honneth, 1992:81).

Que la persona esté supeditada a otra significa que se le retiran derechos, pues se niega la participación libre en una comunidad. La persona es reconocida como sujeto con la capacidad de emitir juicios morales, razón por la cual negar esta posibilidad significa privarle de este derecho a la igualdad.

Otra forma de humillación reside en negarle el valor social de un individuo o grupo, convirtiéndose en ofensa o deshonra. Los conceptos de dignidad, honor o status señalan el aprecio social que damos a la ciudadanía. No respetar esto representa desprestigiar formas de vida o convicciones individuales elegidas libremente.

¿Qué aportan estas teorías respecto a las contenciones en salud mental? Una bioética hermenéutica supondría la necesidad de observar e interpretar el contexto, sus circunstancias, las vivencias de los afectados, etc., para valorar si la medida en su conjunto es positiva o no. No podemos partir siempre de su negativa o de su aceptación. El momento *prudencial* es en el que se inserta la coerción: un paciente requiere un cuidado y un profesional puede aportarlo; el *deontológico* señala los

aspectos normativos que marcan derechos y obligaciones; y el reflexivo es el que valora el estado de salud, la patología (su curso, su sintomatología, su gravedad, etc.) y su sufrimiento. Y es ahí donde se establece la obligación ética de cuidado del vulnerable. Esto podría ser porque puede manifestar conductas auto-heteroagresivas, las cuales deberíamos evitar para proteger los intereses del paciente y/o de terceros; pero también para evitar una caída, para aplicar un tratamiento, etc. No obstante, deberíamos percatarnos del peligro de incurrir en paternalismos injustificados, pues esa obligación de cuidado comporta también contar con el paciente para saber cómo actuar en el caso de que se “precise” contener. Esto es la base de un reconocimiento recíproco en las tres esferas (el sujeto tiene deseos y necesidades, pero también derechos y obligaciones, lo cual genera preocupación para que todo ello se respete), evitando de esta manera las *experiencias de desprecio personal*. Un buen ejemplo de contar con la persona en las decisiones es proponiéndole que haga un documento de voluntades anticipadas o una planificación de decisiones anticipadas. Estas herramientas contribuyen a una mejora ética y asistencial, pues reducen el empleo de medidas coercitivas, fomenta una relación asistencial basada en la confianza y respeta el proyecto de vida del paciente (Ramos, 2015; y Ramos y Robles, 2015).

Pero para poder insertar, desvelar y conocer los aspectos narrativos y experienciales del acto de contener, deberíamos averiguar qué nos dicen los estudios empíricos sobre cómo afecta esto a los pacientes, sus familiares y a los profesionales.

Perspectiva de los afectados: pacientes y sus familias, y profesionales

Una mirada hermenéutica aboga por conocer los valores, sentimientos, etc., de los

afectados dentro de su contexto. Las circunstancias específicas, las personas y sus experiencias concretas son las que determinarán la legitimidad del uso de medidas coercitivas, razón por la cual no es apropiado aceptarlas o rechazarlas *a priori*.

El equipo de Enfermería es uno de los afectados por tales medidas, pues son éstos los que aplican la coerción. Muchos profesionales las apoyan con el objetivo de lograr la seguridad y bienestar de sus pacientes, aunque siempre como último recurso. Son conscientes de que deteriora la relación asistencial e inciden en el hecho de que es preciso más empatía, mejoras en la organización hospitalaria y una relación enfermera-paciente más humana (Raveesh et al., 2016; Kinner et al., 2017; Muhir et al., 2018; Gerace y Muir, 2019; Gowda et al., 2018). Tanto Chambers et al. (2015) como Doedens et al. (2020) encuentran que entre las enfermeras se dan sentimientos de disonancia cognitiva y emocional, pues aunque las usan para ayudar a sus pacientes, generan sentimientos negativos (miedo, ansiedad, etc.) y de rechazo ante tales medidas, deteriorando así la relación asistencial. Ahora bien, no todos los profesionales lo consideran como algo muy negativo. Dahan et al. (2018) observan que en relación al nivel de implicación personal durante el acto de la contención los participantes tienen un punto de vista u otro; es decir, a mayor participación activa menos sensación de ser un acto humillante (pues se hacen por el bien del paciente). Incluso estando en la misma sala, quienes no participan sí que lo viven como un acto denigrante.

Por parte de los pacientes, se suele observar cómo la gran mayoría sostienen que las contenciones son un acto frustrante y negativo, conllevando injusticia y un atentado contra los derechos humanos, traduciéndose en un empeoramiento de la relación asistencial. Por otro lado, quienes son favorables a los ingresos y los

tratamientos involuntarios lo consideran positivo para recibir un tratamiento o para evitar conductas auto/heteroagresivas, por lo que se sintieron más seguros (Katsakou et al., 2012 y 2011; y Gabriel, 2016). Ahora bien, de nuevo encontramos ambivalencia de sentimientos (Katsakou et al., 2012), pues algunos lo vivieron como positivo, otros como negativo, y otros tuvieron sentimientos mezclados. Es significativo decir que, incluso dentro de aquel colectivo de pacientes que ven positivamente el uso de medidas coercitivas, a más veces las reciben menos motivos encuentran para su justificación (Brady et al., 2017). Pero lo que es característico es que todos quieren ser entendidos y escuchados, anhelando una relación más empática y de confianza, lo cual podría prevenir conductas susceptibles de desembocar en algún tipo de contención (Looi, et al., 2015).

Por último, y muy poco estudiado, analizaremos el papel que juega la familia en la toma de decisiones. Es preciso incorporarla, no solo en lo relativo a las contenciones -a modo de consentimiento por representación-, sino de todo el proceso asistencial en el que el paciente no pueda decidir por sí mismo. Y es que pueden tener sentimientos negativos de culpa o preocupación por no poder ayudar en la recuperación de su familiar. Pese a querer participar más, denuncian la poca información que reciben, tanto durante el ingreso hospitalario como en el alta (poca información sobre el tratamiento, sobre cómo manejar recidivas, etc.) (Jankovi et al., 2011). Nuevamente hallamos ambivalencia entre los propios familiares, pues algunos tienen sentimientos negativos hacia los profesionales y el sistema en conjunto, pues describen el cuidado recibido como inhumano y hostil; mientras que otros lo consideran positivamente al verse envueltos en la toma de decisiones lo cual también puede reducir la ansiedad (Førde et al., 2016).

¿Qué aporta ese análisis respecto a las contenciones? En primer lugar, una obligación ética conocer los motivos, las circunstancias, los valores, el modo en el que lo vivencian los afectados, etc., si queremos comprender con más profundidad las razones últimas de la pertinencia o no de las medidas coercitivas. Esto nos proporcionará más motivos fundamentados empíricamente para un debate crítico. En segundo lugar, esta revisión proporciona la idea de que no hay unanimidad a la hora de aseverar que “siempre o nunca” se deberían aplicar medidas coercitivas. Por lo tanto, es preciso ir caso por caso para ver la legitimidad o el rechazo. Además, este análisis ha suscitado la idea compartida por todos los afectados que quieren participar en la toma de decisiones, y de que se insta a que haya una mejora asistencial más humana, respetuosa y empática. En este sentido, se hacen necesarios esos elementos distintivos que componen el cuidado y que algunos autores han constatado con la caracterización de las “5 C”, a saber: compasión, competencia, confianza, conciencia y compromiso (Roach, 2002) e incluso otras versiones que incluyen la compasión, el coraje y la comunicación (Baillie, 2017).

CONCLUSIONES

Las medidas coercitivas generan una gran controversia y disputa entre quienes las aplican y quienes las reciben. La literatura ha detectado una gran cantidad de dilemas éticos subyacentes; sin embargo, se comparte la idea de que hay una carencia conceptual, un *background* sólido que intente explicar qué tipo de cuidados dignos requiere un paciente con problemas de salud mental cuando se propone contenerle para prevenir algún riesgo o peligro. Sin ello, se incurre en el peligro de “justificaciones injustificadas”. Por eso, este artículo ha propuesto un marco teórico antropológico y bioético para la comprensión de este

contexto asistencial, aportando definiciones sobre los conceptos de vulnerabilidad, mejor interés y competencia. Esto sin duda nos permitirá conocer más a la persona, sus necesidades y debilidades, o sus intereses básicos. Por tanto, desde un punto de vista antropológico, nos proporcionará herramientas teóricas para comprender mejor al ser humano, y desde una perspectiva asistencial a fundamentar las peticiones de solicitud o rechazo de las medidas coercitivas. Ahora bien, parece sensato sostener que la aplicación de las medidas coercitivas han de estar guiadas por una ética del cuidado, una ética hermenéutica y una ética dialógica cordial, que marquen derechos y deberes.

El enfoque narrativo juega un papel decisivo, a saber: ayuda a comprender e interpretar las vivencias, los motivos, los deseos, etc., de los implicados. La legitimidad o no de medidas coercitivas tendrá mucho que ver con ese contexto, junto con un enfoque dialógico que ayude a compartir esos elementos narrativos. Ese modelo comunicativo ha de estar inmerso en una obligación ética de cuidado hacia el vulnerable, que respete al máximo la persona y su dignidad.

BIBLIOGRAFÍA

Appelbaum P. (2007). [Clinical practice. Assessment of patients' competence to consent to treatment.](#) *N Engl J Med.*, 1;357(18),1834-40.

Baillie L. (2017). An exploration of the 6Cs as a set of values for nursing practice. *Br J Nurs.*, May 25;26(10), 558-563.

Bolt J. (2019). The concept of vulnerability in medical ethics and philosophy. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 4:6.

- Brady N, Spittal M, Brophy L, y Harvey C. (2017). Patients' experiences of restrictive interventions in Australia: Findings from the 2010 Australian survey of psychosis. *Psychiatr Serv*, 68(9), 966–9.
- Brammer J. (2020). Phenomenology and hermeneutics as a basis for sensitivity within health care. *Nursing Philosophy*, 2020;00:e12338. doi.org/10.1111/nup.12338.
- Buchanan A., y Brock D. (1989). *Deciding for Others. The Ethics of Surrogate Decision Making*. New York: Cambridge University Press.
- Calcedo A., Fructuoso J., Martinez J., et al. (2020). A meta-review of literature reviews assessing the capacity of patients with severe mental disorders to make decisions about their healthcare. *BMC Psychiatry*, 20:339.
- Carnevale F. (2019). A hermeneutical rapprochement framework for clinical ethics practice. *Nurs Ethics*, May;26(3), 674-687.
- Cestari V, Moreira T, Pessoa V, et al. (2017). The essence of care in health vulnerability: a Heideggerian construction. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(5),1112-1116.
- Chambers M, Kantaris X, Guise V, y Välimäki M. (2015). Managing and caring for distressed and disturbed service users: The thoughts and feelings experienced by a sample of English mental health nurses. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 22(5), 289–97.
- Clark B., y Preto P. (2018). Exploring the concept of vulnerability in health care. *CMAJ*, 19;190:E308-9. doi: 10.1503/cmaj.180242.
- Cortina A. (2007). Ethica cordis. *Isegoría*, 37,113-126.
- Dahan S, Levi G, Behrbalk P, et al. (2018). The Impact of 'Being There': Psychiatric Staff Attitudes on the Use of Restraint. *Psychiatr Q*, 89(1), 191–9.
- Diekema D. (2011). Revisiting the Best Interest Standard: Uses and Misuses. *The Journal of Clinical Ethics*, 22(2,):128-133.
- Doedens P, Vermeulen J, Boyette L, et al. (2020). Influence of nursing staff attitudes and characteristics on the use of coercive measures in acute mental health services—A systematic review. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 27(4),446-459.
- Førde R., Norvoll R., Hem M., y Pedersen R. (2016). Next of kin's experiences of involvement during involuntary hospitalisation and coercion. *BMC Medical Ethics*,17,76.
- Gabriel A. (2016). Perceptions and Attitudes towards Involuntary Hospital Admissions of Psychiatric Patient. *J Psych Behav Sci*, 2(1), 013
- Gerace A., y Cochran E. (2019). Perceptions of nurses working with psychiatric consumers regarding the elimination of seclusion and restraint in psychiatric inpatient settings and emergency departments: An Australian survey. *Int J Ment Health Nurs*, 28(1), 209–25.
- Goodin R. (1985). *Protecting the vulnerable*. Chicago: University of Chicago Press.
- Gooding P., McSherry B., Roper C., y Grey F. (2018). *Alternatives to Coercion in Mental Health Settings: A Literature Review*. Melbourne Social Equity Institute. Recuperado de https://socialequity.unimelb.edu.au/data/assets/pdf_file/0012/2898525/Alternatives-to-Coercion-Literature-Review-Melbourne-Social-Equity-Institute.pdf
- Gowda, G., Lepping, P., Ray, S., et al. (2018). Clinician attitude and perspective on the use of coercive measures in clinical practice from tertiary care mental health

establishment – A cross-sectional study. *Indian J Psychiatry*, 59(4), 2017–8.

Haugom E., Ruud T., & Hynnekleiv T. (2019). Ethical challenges of seclusion in psychiatric inpatient wards: a qualitative study of the experiences of Norwegian mental health professionals. *BMC Health Services Research*, 19, 879.

Hem M, Molewijk B., & Pedersen R. (2014). Ethical challenges in connection with the use of coercion: a focus group study of health care personnel in mental health care. *BMC Medical Ethics*, 15,82.

Hem M., Gjerberg E., Husum T., y Pedersen R. (2018). Ethical challenges when using coercion in mental healthcare: A systematic literature review. *Nurs Ethics*, 25(1), 92–110.

Honneth A. (1992). Integridad y desprecio. Motivos básicos de una concepción de la moral desde la teoría del reconocimiento. *Isegoría*, núm. 5.

Honneth A. (1996). Reconocimiento y obligaciones morales. *Revista Internacional de Filosofía Política*, núm. 8.

Jankovi J., Yeele K., Katsako Ch., et al. (2011). Family Caregivers' Experiences of Involuntary Psychiatric Hospital Admissions of Their Relatives – a Qualitative Study. *PLoS One*, 6(10), e25425.

Kallert T, Mezzich J, y Monahan J (eds) (2011). *Coercive treatment in psychiatry: clinical, legal and ethical aspects*. Oxford: Wiley-Blackwell.

Katsakou C, Rose D, Amos T, et al. (2012). Psychiatric patients' views on why their involuntary hospitalisation was right or wrong: A qualitative study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 47(7),1169–79.

Katsakou C., Marougka S., Garabette J., et al. (2011). Why do some voluntary patients feel coerced into hospitalization? A mixed-methods study. *Psychiatry Res*, 15;187(1-2),275-82.

Kinner S, Harvey C, Hamilton B, et al. (2017). Attitudes towards seclusion and restraint in mental health settings: Findings from a large, community-based survey of consumers, carers and mental health professionals. *Epidem Psychiatr Sci*, 26(5), 535–44.

Kong C. (2017). *Mental Capacity in Relationship*. Cambridge: Bioethics and Law.

Kopelman L. (1997) The Best-Interest Standard as Threshold, Ideal, and Standard of Reasonableness. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 22,271-289.

Kopelman L. (2007). The Best Interests Standard for Incompetent or Incapacitated Persons of All Ages. *Childhood Obesity*, 187-196.

Levine C. (2004). The Limitations of “Vulnerability” as a Protection for Human Research Participants. *American Journal of Bioethics*, 4(3),44-49.

Looi G, Engström A, y Sävenstedt S. (2015). A self-destructive care: Self-reports of people who experienced coercive measures and their suggestions for alternatives. *Issues Ment Health Nurs*, 36(2),96–103.

Missel M., [Birkelund R.](#) (2020). Ricoeur's narrative philosophy: A source of inspiration in critical hermeneutic health research. *Nurs Philos*, Apr;21(2),e12254. doi: 10.1111/nup.12254.

Moratalla D. (2007). Bioética y hermenéutica. La aportación de Paul Ricoeur a la bioética. *Veritas*, 17(2):281-312.

Moratalla D. (2016). Bioética hermenéutica. En: Ferrer J, Lecaros J, y Molins R. (coords). *Bioética: el pluralismo de la fundamentación*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.

Muir E., O’Kane D., y Oster C. (2018). Fear and blame in mental health

nurses' accounts of restrictive practices: Implications for the elimination of seclusion and restraint. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27:1511–1521.

Nanjegowda B., Gowda G., y Gowda M. (2019). Alternatives to use of restraint: A path toward humanistic care. Alternatives to use of restraint: A path toward humanistic care. *Indian J Psychiatry*, 61,S693-7.

Norvoll N., Hem N., y Pedersen R. (2017). The Role of Ethics in Reducing and Improving the Quality of Coercion in Mental Health Care. *HEC Forum*, 29,59–74.

Pons E., Salvador L., Calcedo A., et al. (2020). The capacity of schizophrenia and bipolar disorder individuals to make autonomous decisions about pharmacological treatments for their illness in real life: A scoping review. *Health Sci Rep*, 00:e179. <https://doi.org/10.1002/hsr2.179>

Ramos S., y Robles B. (2015). La relación médico-paciente en salud mental: el documento de voluntades anticipadas y la planificación anticipada de las decisiones. *Rehabilitación Psicosocial*, 12(1),18-24.

Ramos S. (2015). Las voluntades anticipadas en salud mental: hechos y valores. *Revista de Psiquiatría y Salud mental*, 08:244-245.

Rakhmatullina M., Taub A., y Jacob Th. (2013). Morbidity and Mortality Associated with the Utilization of Restraints. A Review of Literature. *Psych Quarterly*, 84,499–512.

Raveesh B, Pathare S, Noorthoorn E, et al. (2016). Staff and caregiver attitude to coercion in India. *Indian J Psychiatry*, 58(6),221–9.

Rendtorff J. (2002). Basic ethical principles in European bioethics and biolaw: Autonomy, dignity, integrity and vulnerability-Towards a foundation of

bioethics and biolaw. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 5,235-244.

- Roach M (2002) *Caring, the Human Mode of Being: A Blueprint for the Health Professions*. Canadian Hospital Association Press, Ottawa. Segunda edición.

Rogers W, Mackenzie C, y Dodds S. (2012). Why bioethics needs a concept of vulnerability. *Int J Fem Approaches Bioeth*, 5(2), 11–38.

Salter E. (2012). Deciding for a child: a comprehensive analysis of the best interest standard. *Theor Medi Bioethi*, 33,179-98.

Santi M. (2015). Vulnerabilidad y ética de la investigación social: perspectivas actuales. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 2(29), 52-73.

Seikkula J., y Olson M. (2003). *The Open Dialogue Approach to Acute Psychosis: Its Poetics and Micropolitics*. *Family Process*, 42.3,403–18.

Ten Have H. (2014). *The Principle of Vulnerability in the UNESCO Declaration on Bioethics and Human Rights*. En Tham J, García A, Miranda G (Eds). *Religious Perspectives on Human Vulnerability in Bioethics*. Springer, 15-28.

Vuckovich P, y Artinian B. (2005). Justifying coercion. *Nurs Ethics*,12(4), 370–380.

Waldow V, y Borges R. (2008). El proceso de cuidar según la perspectiva de la vulnerabilidad. *Revista Latinoamericana Enfermagem*, 16(4),765-771.

Zinkler M. (2016). Germany without Coercive Treatment in Psychiatry—A 15 Month Real World Experience. *Laws*, 5.15,1–6.