



Universidad de Cantabria
Escuela Universitaria de Enfermería
“Casa de Salud Valdecilla”



CONSIDERACIONES ÉTICO-LEGALES PARA EL USO DE
CONTENCIONES MECÁNICAS Y FARMACOLÓGICAS

*Ethical and legal considerations about the use of
physical and pharmacological restraints*



Autora: Alba Aguirre González
Directora: Tamara Silió García

TRABAJO FIN DE GRADO DE ENFERMERÍA
JULIO 2017

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
OBJETIVOS	3
METODOLOGÍA	3
ESTRUCTURA	4
CAPÍTULO I: MARCO LEGAL QUE REGULA EL USO DE CONTENCIONES	5
CAPÍTULO II: CONSIDERACIONES ÉTICAS PARA EL USO DE CONTENCIONES MECÁNICAS O FARMACOLÓGICAS	9
2.1. CONTEXTUALIZACIÓN HISTÓRICA DE LA ÉTICA RELACIONADA CON EL USO DE CONTENCIONES.....	9
2.2. ANÁLISIS DE LOS MODELOS DE ACTUACIÓN RELACIONADOS CON LA APLICACIÓN DE CONTENCIONES MECÁNICAS Y FARMACOLÓGICAS.....	12
2.3. VIGENCIA ACTUAL DEL USO DE LAS CONTENCIONES.....	14
CAPÍTULO III: BIOÉTICA Y MOVIMIENTOS “ANTISUJECIONES”	17
CONCLUSIÓN	26

RESUMEN:

Las contenciones, tanto mecánicas como farmacológicas, han sido utilizadas a lo largo de la historia sin tener en cuenta en muchas ocasiones los derechos de los usuarios. Sin embargo, en los últimos años (en especial desde el inicio del siglo XXI) han sido muchas las instituciones y los autores que han planteado la posibilidad de reducir el uso de las contenciones al máximo, o incluso eliminarlo drásticamente (a pesar de la necesidad inexorable de esta medida en ciertas circunstancias).

A pesar de este emergente cambio de mentalidad, son muchas las complicaciones que atañe la aplicación de estas iniciativas “antisujeción”: falta de protocolos a nivel institucional, comunitario y nacional, escasez de recursos económicos o deficiente distribución de los mismos, y falta de motivación y formación tanto del personal sanitario como del usuario y familia implicados.

En esta reflexión ética sobre el uso de las contenciones se aborda la necesidad de elaborar unas directrices unificadas para todo el territorio español que permitan la buena práctica profesional y no vulneren los derechos éticos y morales de los usuarios.

PALABRAS CLAVE: Restricción física, restricción, ética, legislación, principios morales.

ABSTRACT:

Restraints, both physical and pharmacological, have been used throughout history without taking into account the rights of the patients. Nevertheless, for the past few years (especially since the beginning of the XXI century) many institutions and authors have considered the possibility of reducing the use of restraints or even eliminating them (even though sometimes it is impossible to avoid this measure).

Despite the change of mentality, applying these “no-restraints” initiatives have many complications: the absence of protocols at an institutional, regional and national level, the shortage or deficient distribution of economic resources and the lack of motivation and training of health care professionals, patients and their families.

In this ethical reflection about the use of restraints, the necessity of writing a common guideline for all the Spanish territory is addressed, so that it will be easier to be an efficient health care worker and, at the same time, no ethical or moral rights will be violated.

KEY WORDS: Physical restraints, restraints, ethics, legislation, morals.

INTRODUCCIÓN:

Existen diferentes términos para definir lo que, en definitiva, se trata de una acción terapéutica realizada con el objetivo de limitar o restringir la movilidad voluntaria y libre del usuario (1). Ya sea nombrado como contención o sujeción, existen dos formas principales de realizar las mismas: contención mecánica (manoplas, cinturones, sábana fantasma, arneses, muñequeras, tobilleras o barandillas) y contención farmacológica/química (los más efectivos y usados, neurolepticos y benzodiazepinas) (1,2). Habitualmente, este tipo de contenciones se usa en pacientes con deterioro físico o cognitivo, riesgo de caídas, tratamiento con fármacos psicotrópicos o en aquellos en los que se necesita limitar la movilidad de parte de sus miembros para evitar la retirada de medidas terapéuticas, como en el caso de las sondas nasogástricas, sondas vesicales o tubos orotraqueales conectados a ventilación mecánica (3).

Tradicionalmente, las contenciones eran utilizadas de forma ordinaria para controlar la conducta de los enfermos psiquiátricos. Hasta el siglo XVIII no surgieron corrientes que contradijeran esta medida, tal como las emergidas en los hospitales psiquiátricos ingleses que trataron de fomentar la vigilancia y la formación del personal sanitario (4). Debido a la pobre situación de las instituciones españolas de la época, estas corrientes defensoras de la no-contención no se hicieron oír hasta 1950, cuando se comenzó a cultivar en toda Europa la protección de los derechos humanos y la libertad de los pacientes (4).

En los últimos años, ha surgido un profundo debate acerca del uso o sobreuso de esta medida en el entorno sanitario, especialmente con la población geriátrica. Entre los usuarios españoles que viven en una residencia, un 39% está inmovilizado de forma permanente siendo un porcentaje superior al de otros países con un nivel económico similar al de España, como Francia, Italia o Noruega, donde ronda el 15% (1, 5).

Desde la perspectiva ética, la contención o privación generalizada de la libertad del paciente supone una vulneración de los principios éticos (justicia, no maleficencia, autonomía y beneficencia), aunque en algunos casos sea necesario aplicar esta medida terapéutica excepcional debido a la gravedad o urgencia de la situación (1). En lo referente a la dimensión legal, en el territorio español no existe una regulación específica sobre el uso de contenciones, tanto en lo referente a los supuestos que permiten o prohíben su uso como a las limitaciones que deben tener. Aunque existen algunos ejemplos legislativos a nivel autonómico, hasta la fecha la única CCAA que ha redactado e impulsado un decreto que regule su uso es la Comunidad Foral de Navarra (1,6). Este Decreto Foral 221/2011 del 28 de septiembre (desarrollando el artículo 8 de la Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales) delimita el uso de sujeciones tanto mecánicas como farmacológicas en el ámbito de los servicios sociales residenciales (1,6).

Cabe mencionar que las contenciones, además de crear conflictos en el campo de la bioética que será analizado más adelante, suponen también complicaciones potenciales en la salud del usuario que es necesario tener en cuenta: úlceras por presión, laceraciones, isquemia en miembros, asfixia mecánica... (1)

Así pues, es innegable la necesidad de reflexionar sobre las indicaciones que deberían tener las contenciones debido a la vulneración que suponen para los derechos de los usuarios y los principios bioéticos. Aunque de forma tradicional se hayan utilizado sin cavilación para evitar

lesiones tanto en pacientes como en el personal sanitario, en el siglo XXI ha de meditar sobre si es verdaderamente necesario utilizarlas o si se puede evitar, permitiendo de esta forma la libertad plena de los usuarios.

OBJETIVOS:

El **objetivo general o fundamental** de este trabajo es exponer las consideraciones ético-legales que deben tenerse en cuenta a la hora de realizar o pautar una contención, ya sea mecánica o farmacológica.

Los **objetivos secundarios o específicos** son:

1. Describir el marco legal que recoge el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en el territorio español, analizando sus premisas.
2. Identificar las consideraciones éticas relacionadas con la prescripción y administración de una contención.
3. Justificar la necesidad de delimitar de forma legal y ética el uso de contenciones en el ámbito socio-sanitario de España, exponiendo ejemplos de centros sociosanitarios donde se han llevado a cabo medidas para regular y evitar el uso generalizado de las mismas.

METODOLOGÍA:

La **estrategia de búsqueda** llevada a cabo ha sido a través de las bases de datos de CUIDENplus, PubMed, IME y Cochrane Library Plus, obtenidas a través de la Universidad de Cantabria entre noviembre del 2016 y febrero del 2017. Las palabras clave (DeCS y MeSH) que se han empleado junto con operadores booleanos han sido:

- Restraint* AND ethics
- Restraint* AND law/legislation
- Restraint AND adverse effects
- Ethics AND morals
- Restraint AND geriatric*

- Restraint AND physical*

Se han empleado también el buscador de Google y Google Académico.

Los criterios de selección fueron: artículos científicos y/o ético-morales con menos de 10 años de publicación (siempre y cuando su vigencia o importancia no contraindicase esta exclusión) y cuyos estándares y/o elaboración fuesen correctos y suficientes. De esta forma, la elaboración se ha basado en una selección final de 40 artículos científicos, siendo la mayor parte de ellos en español y algunos en inglés para tratar de dar al documento una perspectiva más amplia.

ESTRUCTURA:

La **estructura** del presente trabajo se divide en 3 capítulos bien diferenciados:

-Capítulo I: Marco legal que regula actualmente el uso de contenciones.

-Capítulo II: Consideraciones éticas que se deben sopesar antes de realizar una contención mecánica o farmacológica a un usuario del Sistema Nacional de Salud o perteneciente a otro tipo de sistema sociosanitario.

-Capítulo III: Bioética y movimientos “anti-sujeciones”, utilizando para ello dos intervenciones reales cuyos centros implantaron medidas para regular y evitar el uso generalizado de las mismas.

CAPÍTULO I: Marco legal que regula el uso de contenciones

Resulta verdaderamente complicado encontrar referencias directas en la legislación española sobre la regulación del uso de contenciones. A pesar de ello, realizando una búsqueda minuciosa se pueden encontrar referencias generales o relacionadas con los principios, los derechos o los valores (como la libertad, la autonomía o la dignidad) que pueden verse vulnerados a la hora de realizarlas (1). Así pues, a pesar de que las contenciones físicas y farmacológicas suponen un tema controvertido, se evidencia la falta de legislación específica a su respecto.

La legislación española relacionada con las contenciones se describió por primera vez en la Constitución Española de 1978. En su artículo 1.1 estableció que la libertad es uno de los derechos fundamentales y profundiza en este pensamiento en los artículos 10, 15 y 17. En el artículo 10, declara que *“la dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social”* (7). En el artículo 15 establece el derecho a *“la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes”* (7). Por último, en el artículo 17 se expone el derecho a la libertad personal y la seguridad (7).

Años más tarde, la Ley General de Sanidad 14/1986 del 25 de Abril reguló de forma generalizada las acciones que permiten hacer efectivo el derecho a la protección de la salud que fue reconocido por la Constitución Española de 1978. El artículo 9 de esta ley declaró que los poderes públicos deben informar a los usuarios del sistema sanitario público de sus derechos y deberes, y el artículo 10, en relación al tema tratado, destacó el derecho de cualquier ciudadano a que se respete su dignidad humana y su intimidad (8).

En 1990 se dictó la Orden 612/1990 en la Comunidad Autónoma de Madrid, del 6 de noviembre de la Consejería de Integración Social, que desarrolló el Decreto 91/1990 relativo al Régimen de Autorización de Servicios y Centros de Acción Social y Servicios Sociales (9). En esta orden se redactaron los requisitos funcionales comunes a todos los Servicios, entre ellos el deber de garantizar los derechos legamente reconocidos a los usuarios (Ley General de Sanidad 14/1986). Sin embargo, el artículo tercero de la Ley 11/1984 en el que se inspiraban las actuaciones de este asunto fue derogado por el Decreto 21/2015.

El 16 de diciembre de 1991, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó unos *“Principios en favor de las personas de edad”*, es decir, de personas mayores de 65 años, con el fin de estimular la creación de programas en otros países en favor de que las personas de edad disfruten de cuidados de calidad y de protección por parte de su familia y de la comunidad, así como de atención institucional apropiada (protección, rehabilitación y estimulación social y mental) (10).

El 4 de abril de 1997 fue firmado en Oviedo el Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), y posteriormente fue aprobado y ratificado, entrando en vigor en España el 1 de enero de 2000. En él los Estados firmantes se comprometieron a proteger al ser humano, salvaguardando su dignidad y su identidad, y a garantizar a toda persona el respeto a su integridad, a sus derechos y

libertades (11). Así pues, de forma general, se estableció la necesidad de obtener el consentimiento libre e informado de cualquier persona que se vea afectada en una intervención sanitaria. Sin embargo, y haciendo referencia a una de las circunstancias más comunes que condicionan el uso de contenciones, el Convenio hizo referencia directa a la protección de aquellas personas que no tienen capacidad para expresar su consentimiento, en causas como la disfunción mental, la enfermedad o un motivo similar (11). En estas situaciones se estableció la necesidad de obtener una autorización de un representante legal, de una autoridad o de una institución designada por la Ley para poder realizar cualquier práctica sanitaria (11).

Además, el Convenio firmado en Oviedo hizo especial referencia en su artículo 7 a la protección de las personas que padecen una patología mental, estableciendo que la persona que sufra un trastorno mental grave sólo podrá ser sometida sin su consentimiento voluntario a una contención cuando esta tenga por objeto tratar dicho trastorno o sus manifestaciones, entendiéndose que la ausencia de dicho tratamiento suponga un riesgo para su salud (1, 11). Asimismo, el Convenio aclaró una de las cuestiones clave y más frecuente relacionada con el uso de sujeciones en su artículo 8:

“cuando, debido a una situación de urgencia, no pueda obtenerse el consentimiento adecuado, podrá procederse inmediatamente a cualquier intervención indispensable desde el punto de vista médico a favor de la salud de la persona afectada” (11).

Por tanto, estableció que su uso debe quedar adecuadamente registrado y justificado. Un ejemplo claro de esto sería un paciente hospitalizado en una Unidad de Cuidados Intensivos, inconsciente y con intubación oro-traqueal conectado a ventilación mecánica: sería necesaria la autorización de un familiar o representante legal para poder contenerlo y evitar la retirada accidental del soporte respiratorio.

El Sistema Catalán de Servicios Sociales promulgó en el año 2000 el Decreto 176/2000 que estableció en su artículo 5:

“El derecho a no ser sometido a ningún tipo de inmovilización o restricción física o farmacológica sin prescripción médica y supervisión, salvo que exista peligro inminente para la seguridad física del usuario o de terceras personas. En este último caso, las actuaciones afectadas deberán justificarse documentalmente en el expediente asistencial del usuario” (12).

Esta fue la primera vez (puesto que el Convenio de Oviedo se ratificó meses más tarde) que en una CCAA del territorio español se limitó de forma concreta el derecho a no ser sometido a inmovilización a no ser que sea una circunstancia excepcional, usándose por primera vez el término “restricción”. Posteriormente surgieron en otras comunidades normas en el mismo sentido, como la Circular de la Gerencia del Servicio Regional de bienestar Social de la Comunidad de Madrid en 2006, de obligado cumplimiento del Protocolo de Prevención y Uso de Sujeciones Mecánicas en todos los centros gestionados por el mismo (1).

En abril de 2002, las Naciones Unidas celebraron en Madrid la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Fruto de esta cumbre mundial surgió el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento y su Declaración Política, que marcó un punto de inflexión en la percepción mundial del desafío decisivo que supone la construcción de una sociedad

para todas las edades (13). Esta Declaración definió de forma explícita que el abandono, el maltrato y la violencia contra las personas de edad pueden adoptar muchas formas, tanto física, psicológica, emocional o financiera, y que se producen en todas las esferas sociales, económicas, étnicas y geográficas (13). Exhortó por ello a las CCAA a trabajar unidas para prevenir los malos tratos, el fraude al consumidor y los delitos contra las personas de edad (13). Así pues, se estableció la necesidad específica de que los profesionales sanitarios evitasen conductas relacionadas con este aspecto y aprendieran qué signos son indicadores de este problema para poder ponerles solución.

La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos publicada en el año 2005 de la UNESCO estableció en su artículo 8 que la vulnerabilidad humana y la integridad personal deben tenerse especialmente en cuenta a la hora de aplicar medidas de contención, siendo necesario proteger a dichos individuos (1, 14).

Se hicieron en los sucesivos años diferentes leyes de ámbito autonómico relacionadas con las competencias transferidas en materia de Acción Social, la Ley de Cantabria 2/2007 del 27 de marzo de Derechos y Servicios Sociales, la Ley foral 15/2006 de Navarra del 14 de diciembre de Servicios Sociales, la Ley de Cataluña 12/2007 del 11 de octubre de Servicios Sociales, la Ley del País Vasco 12/2008 del 5 de diciembre de Servicios Sociales, la Ley 4/2009 del 11 de junio de Servicios Sociales de las Islas Baleares, la Ley 7/2009 del 22 de diciembre de Servicios Sociales de La Rioja, o la Ley 5/2009 del 30 de junio de Servicios Sociales de Aragón (1).

Un caso especial es el Decreto Foral 221/2011 del 28 de septiembre (desarrollando el artículo 8 de la Ley Foral 15/2006) que delimita el uso de sujeciones tanto mecánicas como farmacológicas en el ámbito de los servicios sociales residenciales. En su artículo 8 establece como uno de los derechos fundamentales de los usuarios de servicios residenciales es el de *“no ser sometidas a ningún tipo de inmovilización o de restricción física o tratamiento farmacológico sin prescripción facultativa y supervisión, salvo que exista peligro inminente para la seguridad física del usuario o de terceros, debiéndose justificar documentalmente en el expediente del usuario las actuaciones efectuadas, en la forma que se establezca reglamentariamente, y asimismo comunicarse al Ministerio Fiscal”* (6).

Este Decreto Foral 221/2011 consta de 5 capítulos. El primero regula el objeto, ámbito de aplicación, definiciones, y los principios y derechos de los usuarios que han de ser tenidos en cuenta en la aplicación de las sujeciones (6). El capítulo II esclarece el procedimiento a seguir a la hora de realizar una contención previa prescripción facultativa (6). El capítulo III regula el procedimiento de urgencia para el supuesto de realizar una contención sin autorización o consentimiento previo, siempre y cuando exista peligro inminente para la persona o para el personal que la atiende (6). El capítulo IV establece qué garantías deben existir en el cuidado de una persona y en el uso de contenciones físicas o de barandillas (6) (que dependiendo del autor son tenidas en cuenta como una contención física más). Por último, el capítulo V está dedicado al control por parte de la Inspección de Servicios Sociales del cumplimiento de las disposiciones contenidas en este Decreto Foral, concretando que se aplicarán Planes de Inspección anualmente para supervisar la aplicación de las medidas (6).

Con este Decreto Foral se estableció por primera vez, de forma precisa, las limitaciones, el objetivo, el ámbito y los derechos de los usuarios en lo referente al uso de contenciones, así como la necesidad de que el cumplimiento de la normativa fuese supervisado por un órgano superior. De esta forma, este Decreto se convirtió en un ejemplo a seguir para muchas CCAA e

instituciones privadas, que trataron de incorporar sus medidas para reducir el uso de contenciones en casos como en el que se relatará en el capítulo 3.

Se debe tener presente también el Código Penal, cuya última versión vigente es de noviembre de 2016 (15). Son de especial interés dado el presente tema a analizar aquellos títulos o apartados que hacen referencia a malos tratos, e indirectamente a la sujeción (15). Así pues, debemos tener en cuenta los artículos 147, 148 y 153 del Título III referidos a lesiones (15). Del Título VI de delitos contra la libertad, el artículo 169 sobre amenazas y 172 sobre coacciones (15). Por último, del Título VII, el artículo 173 sobre torturas y otros delitos contra la integridad moral (15).

Relacionado con esto, algunas de las resoluciones dictadas tanto por el Tribunal Supremo como por órganos judiciales inferiores, en el enjuiciamiento, principalmente, de los casos de responsabilidad por falta de adopción de medidas de sujeción permite comprobar cómo, excepto en algunas ocasiones en las que los Tribunales hacen mención al principio de proporcionalidad, es habitual valorar la legalidad de las medidas sin recurrir al citado principio (1). Este tipo de sentencias no analiza el uso de las medidas desde el punto de vista de la limitación de derechos y libertades del paciente o el ciudadano (art. 1 CE (7)), sino que los Tribunales analizan si están indicadas desde el prisma de la práctica clínica, valorando la situación clínica del paciente sin atender al principio de proporcionalidad.

Sin embargo, el principio de proporcionalidad debería ser utilizado como medida primordial en el enjuiciamiento, pues supone la herramienta jurídica principal y más adecuada a la hora de valorar si las medidas de contención limitan la libertad de la persona (1, 16). Este principio defiende de forma fehaciente 3 artículos de la Constitución Española: el artículo 1, que proclama la libertad como el valor superior del ordenamiento; el artículo 15, que prohíbe la tortura y el trato inhumano y degradante, y el artículo 17.2, que señala que la detención preventiva no puede durar más del tiempo estrictamente necesario (aplicable en este caso al uso de contenciones) (7). Para respetar y valorar de forma precisa el principio de proporcionalidad relacionado con el uso de sujeciones mecánicas o uso de fármacos en el ámbito sanitario, debe analizarse el cumplimiento de algunos requisitos: si las medidas impuestas son susceptibles de lograr el objetivo planteado de evitar lesiones en la propia persona o en otras –juicio de idoneidad-; si son verdaderamente necesarias, es decir, si existen otras medidas menos agresivas para el paciente que permitan obtener los mismos resultados –juicio de necesidad-, y, por último, si las medidas son adecuadas o proporcionadas en el sentido de que se deriven de ellas más beneficios que conflictos o perjuicios –juicio de proporcionalidad en el sentido estricto- (1, 16).

Tal como ha quedado evidenciado tras el análisis de la legalidad histórica y vigente relacionada con el uso de contenciones físicas y farmacológicas, es necesaria la elaboración de una legislación precisa y adecuada al uso, específica para la práctica en el entorno sanitario y cuyo cumplimiento sea supervisado por un órgano superior. De esta forma, podrán evitarse episodios pasados como los acontecidos en la residencia de Sanremo (Italia), donde 42 personas vivían en condiciones infrahumanas y sometidas a un trato completamente vejatorio (17), o los menos conocidos pero presentes en nuestro propio país, donde se estima que al menos el 7% de los ancianos viven situaciones de maltrato o privación de la libertad (18).

CAPÍTULO II: Consideraciones éticas para el uso de contenciones mecánicas o farmacológicas.

2.1. Contextualización histórica de la ética relacionada con el uso de contenciones.

Puesto que las contenciones tanto mecánicas como farmacológicas suponen una privación del movimiento o voluntad libre de la persona, es necesario analizar cuáles son los principios éticos que pueden verse afectados para poder reflexionar sobre la auténtica necesidad de su aplicación y sobre las consecuencias que esta puede tener.

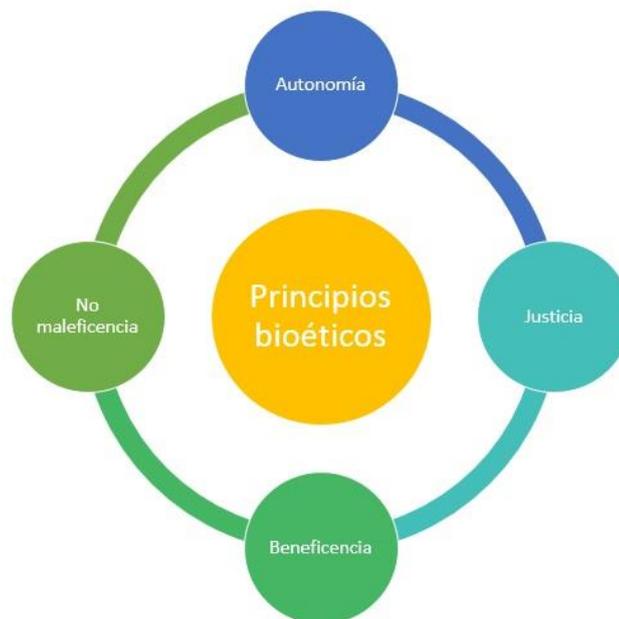
Históricamente, el interés por la bioética y la protección de los derechos de las personas surgió en el año 1974, cuando el Congreso de los Estados Unidos creó una comisión con el objetivo de elaborar unas directrices éticas que abogasen por los derechos de los pacientes incluidos en investigaciones (19). En relación a esto, el 18 de abril de 1978 se redactó y publicó el conocido Informe Belmont, donde se establecieron los límites entre la práctica y la investigación, así como los principios éticos básicos: beneficencia y no maleficencia, justicia y respeto por las personas (autonomía), dando forma y expresión al movimiento conocido como principalismo (20). Un año después, en 1979, Beauchamp y Childress introdujeron en la reflexión bioética el principio de no maleficencia como principio independiente, que es aceptado universalmente como cuarto principio (19). Ambos escribieron "*Principles of Biomedical Ethics*", que continúa teniendo una tremenda vigencia en la actualidad y está dividido en tres partes claramente diferenciadas. La segunda parte de ellas, "*Principios morales*", se divide a su vez en cinco capítulos donde los autores presentan los cuatro principios básicos de la ética y además describen en el quinto capítulo los conceptos clave en la relación profesional-paciente, como la veracidad, privacidad, confidencialidad, fidelidad y el doble rol del clínico y del investigador (21). Respecto a los principios éticos, Beauchamp y Childress definieron los siguientes conceptos:

1. Principio de no maleficencia: consiste en el respeto de la integridad del ser humano, que se hizo cada vez más relevante y necesario ante los avances científicos (19). El principio de no maleficencia sostiene la expresión comúnmente atribuida a Hipócrates *primum non nocere* o "lo primero es no hacer daño", pero ambos autores lo actualizan y concretan en su obra: el profesional sanitario no está obligado a seguir la voluntad del paciente si la juzga como contraria a su propia ética, ya que ésta generalmente coincide con la buena práctica que le exige al profesional darle al paciente los mejores cuidados disponibles (19). No obstante, la posición moral del profesional puede también inspirarse en conceptos filosóficos o religiosos que sus pacientes pueden no compartir: si, por ejemplo, un médico estimase contra su pensamiento practicar un aborto o cualquier otra actividad, este principio lo autoriza a rechazar esta demanda (objeción de conciencia), pero tiene la obligación moral de ceder el caso a otro profesional no objetor de esta medida (19).
2. Principio de justicia: Habla de la necesidad de realizar un reparto equitativo tanto de cargas como de beneficios en la sociedad, evitando de esta forma la discriminación en el acceso a los recursos sanitarios (eficiencia redistributiva). Este principio pone límites al de autonomía, puesto que la autonomía de cada individuo no debe atender a la vida,

la libertad o demás derechos básicos de otras personas (19). Así pues, se aplica actualmente en ejemplos como la lista de espera para los trasplantes de órganos, que atiende a diferentes criterios que pretenden realizar una distribución eficiente y justa de los recursos.

3. **Principio de beneficencia:** Es la obligación de hacer el bien, tal como establece uno de los principios clásicos hipocráticos (19). En el clásico modelo paternalista, el profesional médico podía imponer su propia manera de hacer el bien sin contar con el consentimiento del paciente (19). Sin embargo, el actuar ético no aspira solamente al respeto de la libertad del otro: incluye el objetivo último de hacer el bien (19). Como las perspectivas del bien son múltiples y diferentes entre individuos y comunidades, este principio normalmente acompaña al de autonomía, pues no se puede buscar hacer un bien a costa de hacer un perjuicio (19). Por ejemplo, tal como ejemplificó el médico peruano Pio Iván Gómez Sánchez en su artículo *“Principios Básicos de Bioética”, “el experimentar en humanos por el ‘bien de la humanidad’ no se puede hacer sin contar con el consentimiento de los sujetos, y menos sometiéndolos a riesgos o causando daño”* (19).
4. **Principio de autonomía:** Definida como la necesidad de respetar los valores y opiniones personales individuales en aquellas decisiones básicas que le atañen (19). Este concepto constituye el fundamento básico para aplicar la regla del consentimiento libre e informado en el que se entiende y asume al paciente como una persona libre para decidir sobre su propio bien, y que esta decisión no le sea impuesta en contra de su voluntad por medio de la fuerza o aprovechándose de su desconocimiento (19).

Imagen 1: Principios bioéticos



Fuente: Elaboración propia.

Años más tarde, en 1989, el escritor y filósofo español Diego Gracia Guillén publicó *“Fundamentos de la bioética”* donde criticó el planteamiento de Beauchamp y Childress por carecer de un sistema de jerarquización que diera prioridad a algunos de los principios establecidos en caso de que existiera enfrentamiento entre ellos (22). De esta forma, dividió los principios éticos anteriormente presentados en dos niveles diferenciados:

-El **nivel público** (nivel 1) constituido por los principios de justicia y no maleficencia, propio de una “ética de mínimos” o “ética del deber”, siendo exigibles coercitivamente (22). Se trata de la obligatoriedad de igualdad básica, de respeto de un mismo código de normas de convivencia: es lo mínimo común a todos los seres humanos y que todos debemos respetar y cumplir (22, 23).

-El **nivel privado** (nivel 2) constituido por los principios de beneficencia y autonomía, referente a la “ética de máximos” o “ética de la felicidad” (22). Este nivel comprende la ética privada e individual de las personas, sus obligaciones morales intransitivas; únicas y diferentes entre los seres humanos (22, 23). *“Todos queremos ser felices, y hasta todos tenemos la obligación de serlo, pero cada uno lo será de una manera distinta. Por eso las obligaciones morales de este nivel tienen carácter privado e intransitivo”* (23).

Tras la clasificación, Diego Gracia determinó que en caso de existir conflicto entre ambos niveles el público siempre tiene prioridad, pues las obligaciones públicas son exigibles mientras que las privadas dependen de cada individuo en particular (22).

Tabla 1: Jerarquización de los principios de Diego Gracia

Tabla 1. Jerarquización de los principios de Diego Gracia		
2º nivel Ética de máximos De lo privado De los criterios particulares	AUTONOMÍA	BENEFICENCIA
1er nivel Ética de mínimos De lo público De la buena práctica De los derechos humanos	NO MALEFICENCIA	JUSTICIA

Fuente: *Fundamentos de bioética* (22).

Igualmente, Diego Gracia habló en *“La deliberación moral: el método de la ética clínica”* del método idóneo para tomar decisiones en condiciones de incertidumbre de forma práctica y manteniendo siempre la verdad como meta principal: el razonamiento deliberativo (24). Dentro de este ámbito, la prudencia nos permitiría transitar a través de este razonamiento pormenorizado con el fin de obtener la verdad sobre lo que es bueno o malo no en general, sino en cada situación y momento concreto para cada persona (24, 25). Con el fin de llevar a

cabo una deliberación adecuada, lo ideal sería formar un equipo de personas con diferentes opiniones y experiencias, dando así más riqueza y matiz a la reflexión (tal como se hace en la actualidad en los Comités de Bioética de las CCAA o a nivel nacional) (25). Este método fue y debe seguir siendo imitado a la hora de realizar cualquier tipo de reflexión que implique la posible afectación de los principios éticos de cualquier persona o grupo.

2.2. Análisis de los modelos de actuación relacionados con la aplicación de contenciones mecánicas y farmacológicas.

Tras la contextualización histórica de los principios éticos, parece razonable realizar un análisis de la forma concreta en la que la aplicación de contenciones mecánicas o farmacológicas afecta a cada uno de estos principios. Para hacerlo de una forma precisa, se procederá a analizar las contenciones bajo el prisma de dos modelos sanitarios de actuación ya citados por Ana M^a Irrutia Beaskoa en su tesis doctoral “*Modelo de cuidado centrado en la persona con reducción del uso de sujeciones físicas y químicas: conceptualización e implantación*” (26). Los modelos descritos por la autora, previamente mencionados por el experto en contenciones D. Emilio Fariña, son: **Modelo A** (defensor del uso de contenciones) y **Modelo B** (defensor de las no contenciones) (26).

Tabla 2: Características de los Modelo A y B (Emilio Fariña y Ana M^a Irrutia Beaskoa)

MODELO A (DEFENSOR DE CONTENER)	MODELO B (DEFENSOR DE <u>NO</u> CONTENER)	
SEGURIDAD DEL PACIENTE	LIBERTAD	OBJETIVO
BENEFICENCIA	AUTONOMÍA	PRINCIPIO ÉTICO

Fuente: Elaboración propia.

El **Modelo A** define la seguridad del paciente como objetivo último, y los profesionales defensores o que trabajan bajo su prisma dan prioridad a la seguridad y al mantenimiento de las medidas terapéuticas antes que al libre movimiento y decisión del paciente (26). Así pues, el Modelo A conlleva una interiorización absoluta del principio de Beneficencia, haciendo que los profesionales tomen decisiones que a su juicio son las que más favorecen al atendido pero sin tener en cuenta sus deseos o preferencias (26). Podría decirse que se trata de un modelo paternalista clásico, donde el profesional lleva a cabo las actuaciones bajo el amparo de su conocimiento de la fisiología humana pero no tiene en cuenta otras dimensiones de la

persona, como sus propios deseos o inquietudes (26, 27). En cuanto a la influencia del modelo sobre otros principios éticos:

-Principio de No Maleficencia: Tradicionalmente, antes de la aparición del Modelo B, bastaba con delimitar la contención, adecuarla a cada paciente y obtener el pertinente permiso para realizarla para que este principio no se viese vulnerado. Sin embargo, tras la aparición de su contraparte, los profesionales comenzaron a cuestionarse si la mera imposición de la contención suponía ya el hecho de vulnerar el principio de No Maleficencia (27). De igual forma, se comenzó a reflexionar sobre los efectos secundarios que a veces provocan estas contenciones y su impacto sobre el bienestar del paciente (1, 27).

-Principio de Justicia: No se ve especialmente afectado, puesto que este modelo trata de atender a cada usuario de manera específica utilizando los recursos disponibles. Hay muchos profesionales que opinan que este modelo de actuación resulta más económico, aunque no existen estudios concluyentes que afirmen esta teoría (27).

-Principio de Autonomía: Este modelo vulnera completamente su premisa principal, la libre elección y voluntad del usuario.

El uso de este Modelo A es habitual en aquellos centros donde los profesionales experimentan dificultad para manejar o controlar pacientes con deterioro cognitivo o patología psiquiátrica, recurriendo a contenciones con el respaldo de que *“se trata de pacientes que no se relacionan bien con el entorno”* y *“necesitan garantías de su seguridad”* (26). Otra explicación habitual de la práctica de este modelo es la falta de personal en los centros sociosanitarios, donde el ratio profesional-paciente es mayor de lo aconsejado y se necesitan garantías que salvaguarden la seguridad de los usuarios.

El **Modelo B** defiende que el uso de contenciones atenta de manera directa contra el principio de Autonomía, ya que limita el libre movimiento o decisión de los pacientes. Los profesionales que actúan bajo su prisma defienden el principio de Autonomía y libertad del paciente por encima de las medidas terapéuticas, puesto que opinan que al poner una medida de contención el paciente queda reducido a *“un mero objeto”* (26). Igualmente, algunos defensores de este modelo están de acuerdo en que puede afectar también al principio de No Maleficencia, pues hay varias investigaciones que demuestran las numerosas contraindicaciones de las contenciones tanto físicas como mecánicas (1, 27). En cuanto a la influencia del modelo sobre otros principios éticos:

-Principio de Justicia: Tal como ya se ha mencionado, hay una creencia general de que el modelo de no sujeciones resulta menos económico que su contraparte. Sin embargo, el secreto de su aplicación eficiente reside en la redistribución de los recursos tanto económicos como humanos, sin necesidad en muchas ocasiones de tener que realizar una gran inversión para ponerlo en práctica (26).

-Principio de Beneficencia: Al igual que se ha explicado en el Modelo A, no existen evidencias concluyentes sobre que el uso de contenciones resulte más seguro para los usuarios, además de que en muchas ocasiones existen alternativas menos agresivas (27, 26). Tal como afirma Ana M^a Irrutia Beaskoa, *“el modelo de cuidado sin sujeciones ha demostrado ya en un número*

importante de centros que las caídas, los trastornos de la conducta y los problemas posturales pueden resolverse sin la necesidad de sujetar” (26).

Así pues, el modelo B considera a la persona cuidada “plena de derechos” y el cuidado se concibe desde ese punto, potenciándose la autonomía de la persona favoreciendo la toma de decisiones tanto desde la capacidad como desde la incapacidad o la dependencia (a través de representantes legales que velen por los intereses del usuario) (26). Este modelo está siendo cada vez más puesto en práctica en centros sociosanitarios y en los sistemas públicos sanitarios, elaborándose inclusive directrices para poder implantarlo (27).

2.3.- Vigencia actual del uso de las contenciones.

Para comprender la razón de la coexistencia de estos dos modelos, es importante analizar el uso actual que se da a las contenciones y el porqué de su vigencia a pesar de los recientes estudios que parecen contraindicar su uso.

Tal como expresa el Comité de Bioética Español, *“las medidas de contención pueden ser indicadas en diferentes situaciones, con características diferenciables”* (1). En las Unidades de Cuidados Intensivos, los pacientes requieren habitualmente contenciones físicas para favorecer la continuación de medidas terapéuticas, sin olvidar que frecuentemente están acompañadas de contenciones farmacológicas que mantienen al paciente en diferentes grados de sedación (1). En este caso particular, no debe olvidarse que se trata de una unidad que goza de una monitorización continua por parte del personal sanitario, aunque también es cierto que en ocasiones las cargas de trabajo dificultan la vigilancia total de estos pacientes. En las Áreas de Urgencias, debido a la diversidad de pacientes y patologías, son frecuentes las medidas de prevención o que permitan la aplicación de medidas terapéuticas, como puede ser el caso de intoxicaciones o de estados confusionales agudos (1). En el caso de las unidades Pediátricas, se usan medidas de contención con el objetivo de restringir el movimiento voluntario del niño en una zona concreta o en todo el cuerpo, pero sobre todo se lleva a cabo en las extremidades con el objetivo de realizar técnicas como la canalización de vías de acceso periférico, tratando de minimizar los riesgos y preservando su seguridad (esta medida es adoptada también en otras Unidades) (1). En las Unidades de Salud Mental su uso suele estar asociado a un internamiento no voluntario con características legales propias, y suele estar formado por una combinación entre mecánica y farmacológica (1, 27). En el ámbito de la Atención Domiciliaria también existe el uso de contenciones, sobre todo en personas mayores afectadas por enfermedades de tipo neurológico degenerativo, que viven bajo la supervisión de familiares o cuidadores no profesionales y donde existe un alto riesgo de un uso inadecuado o dañino de las mismas. Por último y posiblemente el más conocido y extendido, en la Unidades Geriátricas su uso se da en personas con especial vulnerabilidad y fragilidad, con autonomía disminuida o cuando hay personal escaso, suponiendo esto un alto riesgo de utilización inadecuada o insuficientemente justificada (1).

A pesar de la observable diversidad de situaciones en las que las contenciones son potencialmente realizables, no existe ningún estudio ni prueba fehaciente de que su práctica tenga algún beneficio curativo, preventivo, diagnóstico o terapéutico (1, 27). Puesto que la literatura al respecto determina que el principal problema de las contenciones reside

precisamente en las consecuencias de su uso (quemaduras por fricción, úlceras, contracturas, lesiones de diferentes tipos...), no resultaría ético realizar un estudio experimental y esto explica por tanto la ausencia de los mismos (1). No obstante, sí se han realizado estudios y análisis en instituciones donde se aplicaban contenciones previamente que evidencian las contraindicaciones de las mismas o incluso el hecho de que suponen un aumento de la estancia hospitalaria (1, 28).

En lo referente a las consecuencias físicas y de seguridad que pueden derivarse del mal uso de las contenciones, existen numerosas publicaciones científicas y revisiones de estudios observacionales que concluyen que la restricción física produce daños físicos e incluso puede conllevar cierta mortalidad (1, 29). Los problemas más habituales derivados del uso de dispositivos de sujeción son: 1) asfixia mecánica en cuello, tórax o abdomen por estrangulación o sofocación por compresión, 2) muerte súbita debido en muchas ocasiones al estrés emocional y a la ansiedad que implica la privación de la movilidad voluntaria, lo cual provoca un incremento de catecolaminas y glucocorticoides que puede resultar mortal para pacientes con patología cardíaca (algo muy habitual en los centros de dependencia), 3) lesiones por caídas y golpes al tratar de liberarse de los dispositivos, lo cual resulta llamativo ya que en principio el objetivo es precisamente evitar estos problemas, 4) quemaduras por fricción o porque ellos mismos tratan de librarse a través del fuego y 5) broncoaspiración en personas sometidas a una contención en posición supina (1, 29) (*ver tabla 3*). Otros daños físicos reseñables son las úlceras por decúbito, aumento de la dependencia, contracturas musculares, incontinencia urinaria, sarcopenia y desnutrición, que a pesar de no resultar tan llamativas como las anteriores son a la larga igual de incapacitantes y es necesario vigilarlas y prevenirlas con el mismo apremio (29). Por otro lado, entre los dispositivos implicados en estos efectos adversos, los más reseñables son los cinturones abdominales, los dispositivos caseros o no homologados (especialmente sábanas a modo de cinturón) y las barreras laterales, que aunque muchos colectivos no identifican como una contención, lo es mientras suponga una privación del libre movimiento de los pacientes (algunos solicitan tener una para poder apoyarse en ella al incorporarse) (29).

Tabla 3: Efectos adversos más frecuentes de las contenciones

EFFECTOS ADVERSOS MÁS FRECUENTES DE LAS CONTENCIONES:
-Asfixia mecánica
-Muerte súbita (estrés emocional)
-Lesiones por caídas y golpes
-Quemaduras por fricción
-Broncoaspiración (contención supina)
-Úlceras, aumento de la dependencia, incontinencia urinaria, sarcopenia y desnutrición...

Fuente: elaboración propia

Tal como se entrevé al realizar un análisis de los diferentes usos de las contenciones, estas resultan mucho más cuestionables en el ámbito extrahospitalario puesto que habitualmente se realizan sobre individuos vulnerables, crónicos y dependientes, además de que sus ejecutores suelen ser aquellos que se encargan de cuidarles diariamente y no siempre se trata de personal sanitario formado (27). Esto, junto con las posibles consecuencias físicas ya explicadas, tiene un tremendo impacto psicológico para el paciente, dificultando la relación terapéutica profesional-usuario y haciendo que existan obstáculos para avanzar en los tratamientos o actividades. La situación descrita es, por tanto, especialmente habitual y peligrosa en centros de dependencia sociosanitarios, donde el uso de sujeciones puede tener unas consecuencias que no pueden ser ignoradas: 1) Personales, pues atentan contra la dignidad y los derechos fundamentales del ser humano, provocando además que el usuario tenga una percepción negativa del trato, sintiéndose maltratado o abusado, y que esto dificulte el avance de la relación terapéutica; 2) sanitarias y económicas, pues su uso puede ocasionar importantes problemas de salud y seguridad, suponiendo esto un futuro ingreso hospitalario (con su coste económico) que puede desembocar en una muerte o en una situación de cronicidad (con también un alto coste económico); 3) sociales, puesto que ha de ser analizado como un problema de esta índole si comienza a normalizarse el uso de las mismas sin entenderlas como algo que debe usarse en última estancia; 4) educativas, puesto que contravienen las últimas corrientes que defienden la promoción de la autonomía del paciente y de los hábitos saludables y 5) judiciales, tal como se ha indicado en el capítulo anterior, pues un uso inadecuado de las mismas puede conllevar el enjuiciamiento y otras consecuencias (1, 27).

En gran parte de las ocasiones, las residencias y centros sociosanitarios tienen un equipo asistencial constituido mayoritariamente por auxiliares de enfermería en turnos rotatorios, lo que provoca que cada día haya habitualmente 3 personas diferentes al cargo del mismo usuario, causando una situación de desconcierto y desorientación para el paciente. Esta tónica de trabajo unida en muchas ocasiones, como se ha mencionado ya, a una falta de personal y a un ratio profesional-pacientes demasiado amplio provoca que se estimule la tendencia de contener al paciente en ocasiones sin ser totalmente imprescindible.

Teniendo en cuenta que la situación descrita resulta ser bastante estable y habitual en España, parece necesario elaborar unas instrucciones precisas que indiquen los supuestos concretos en los que deben realizarse las contenciones, qué protocolo de prescripción-actuación debe seguirse y qué profesionales deben estar implicados y de qué forma.

CAPÍTULO III: Bioética y movimientos “antisujeciones”

En la última década, han sido muchos los organismos, organizaciones e instituciones tanto privadas como públicas los que han iniciado proyectos con el objetivo de reducir al máximo el uso de las contenciones. Estos movimientos “antisujeciones” defienden la existencia de alternativas factibles al uso indiscriminado de estos métodos que vulneran la libertad de los pacientes (27). Sin embargo, debido a la larga trayectoria de las contenciones, es necesario un tiempo de concienciación de la sociedad, promoviendo su sensibilización y adaptación, siendo necesario para ello una formación profunda y continuada, y un tiempo de adaptación para asimilar los conceptos y fijarlos a largo plazo (27). En esta carrera por la “antisujeción”, además de incluir a los profesionales sanitarios, es necesario incluir a las familias, los propios usuarios, los gestores, los inspectores, los jueces y los fiscales, y a la sociedad en su conjunto (27).

Para promover la continuidad y estabilidad del movimiento “antisujeciones”, sería muy positivo crear un protocolo común a todo el territorio español para delimitar su uso y el protocolo a seguir. Con este objetivo, la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología creó en 2014 un consenso sobre sujeciones donde se incluyen unas directrices más que razonables a seguir para la elaboración de un protocolo (27). Así pues, describe que los ítems esenciales que deben cumplimentarse para realizar un protocolo preciso y adecuado son (27):

- 1) Motivo de la sujeción, incluyendo una descripción detallada del motivo que origina su uso (27).
- 2) Programas, actividades y alternativas aplicadas previamente: incluyendo su duración, razón de su fracaso, otros profesionales que se han implicado en estas medidas (27)...
- 3) Modificaciones ambientales y estructurales acometidas: equipamiento adecuado, control de errantes, mobiliario adaptado o eliminación de barreras arquitectónicas (27).
- 4) Ausencia de otros planes de intervención que pudiesen evitar el uso de contenciones (27). Este punto parece especialmente complicado de mantener, dado que existe una cultura sanitaria no pactada que evita el registro de las actividades no realizadas por miedo a ser juzgado o a las repercusiones. Por esta razón es muy importante educar en un cambio de mentalidad, que permita a los profesionales entender la importancia de registrar errores y actividades no realizadas para poder mejorar en futuras intervenciones, todo ello sin juicios ni penalizaciones.
- 5) Tipo de sujeción que se aplicará: descripción del tipo de sujeción que se utilizará de forma razonada, duración o franjas horarios en las que se aplicará, periodicidad (diaria, en caso de agitación, etc.) y pautas de control complementarias (27). Para el adecuado cumplimiento de este ítem será imprescindible que los dispositivos estén en perfecto estado y sometidos a revisiones habituales, que los dispositivos en uso se supervisen y revisen diariamente, lavándolos regularmente y desechando aquellos que no estén en perfectas condiciones (27). De igual forma, los profesionales recibirán talleres prácticos de formación sobre el manejo y riesgo de los dispositivos y se usarán preferentemente sistemas de clip o imán (en este último caso todos los profesionales deberán portar uno) (27).

6) Procedimiento de aplicación de la sujeción: En el momento de aplicarse la contención, debe explicarse al paciente de forma empática (en caso de tener capacidad para comprenderlo) el procedimiento al que será sometido (27). Este punto debe ser especialmente respetado, pues debe tenerse siempre en cuenta que a pesar de la incapacitación momentánea del paciente este es una persona con derechos y voluntades que han de ser respetadas.

7) Plan de cuidados complementario: Debe elaborarse un plan de cuidados específico para garantizar la seguridad del paciente así como para evitar una implantación por comodidad. Algunas medidas complementarias a este proceso serían (27):

-Aseo, higiene y vestido deben estar garantizados en todo momento, preservando la dignidad del usuario.

-Supervisión cada 20 minutos (cada 30 si es en cama) del paciente.

-Movilizaciones, paseos o cambios de postura periódicos dependiendo del caso individual.

-Garantizar la micción y defecación realizando paseos periódicos para estimular la misma. En caso de uso de absorbentes, garantizar su cambio con frecuencia.

-Mantener una postura adecuada tanto en sillón como en cama, protegiendo a su vez las zonas de presión para evitar úlceras.

-Asegurar el mantenimiento y conservación de la vía aérea.

-Ofertar líquidos con frecuencia para favorecer que el paciente beba 1,5L diario.

-Estimular de forma verbal y sensorial.

-Registro diario del estado del usuario.

-Valorar diariamente la necesidad de continuidad de la medida de contención.

8) Consentimiento informado. Relacionado con el punto número 6, siempre que el propio paciente no esté cognitivamente afectado ni tenga incapacidad reconocida a nivel institucional, debe participar en la medida de lo posible en la toma de decisiones relacionadas con las medidas que se apliquen (27). Únicamente cuando el estado psicológico del paciente sea tal que no pueda hacerse cargo de la situación, el consentimiento será dado por uno de sus representantes legales o personas vinculadas por razones familiares o de hecho (27). Este consentimiento informado debe estar desglosado en dos fases, una informativa y una deliberativa, donde el

paciente pueda tomar una decisión libre y responsable sobre su porvenir (27). Para que este consentimiento sea válido debe tener los siguientes requisitos:

- a) La persona debe tener capacidad de obrar o competencia jurídica plena.
- b) La persona debe haber sido adecuadamente informada del procedimiento, su duración y los posibles efectos adversos que pueden surgir.
- c) La persona debe dar evidencias de comprender la información proporcionada.
- d) La persona debe ser capaz de tomar una decisión libre y voluntaria, sin que exista una coacción externa por parte familiar o profesional.
- e) El consentimiento informado, según determina la Ley 41/2002 (30) en su art. 8 aptdo. 2, puede ser:

- i) Verbal por regla general.

- ii) Escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, procedimientos que tengan riesgos con una repercusión notablemente negativa para la salud del paciente.

- 9) Mantener la sujeción el menor tiempo posible (27).
- 10) Programa para retirar las medidas de sujeción: dado que un problema frecuente es que, una vez implantada la contención, se queda de forma indefinida, es necesario reevaluar frecuentemente si continúa siendo necesaria (27). Lo verdaderamente importante de este ítem es estimular una filosofía en la que la contención sea siempre entendida como algo puntual o pasajero, y no algo que deba permanecer (27).
- 11) Registro y análisis de todos los incidentes acontecidos durante la aplicación de la sujeción: Es fundamental fomentar un registro riguroso de todos los accidentes o lesiones para proceder posteriormente a analizar las causas para poder extraer conclusiones y prevenir futuros incidentes (27). Es necesario instaurar una cultura del registro que permita evaluar los dispositivos ya que, por ejemplo, gracias al registro sistemático se ha podido comprobar los peligros que implica el uso de barandillas, que hasta hace poco tiempo no se consideraban contenciones (27).

En la primera década del siglo XXI, muchas instituciones tanto públicas como privadas comenzaron a estar más sensibilizadas con el problema que supone la aplicación generalizada de contenciones y la necesidad de cambiar este paradigma ocupacional (27). Así pues, comenzaron a elaborarse en distintas instituciones españolas "Protocolos de sujeciones mecánicas". Sin embargo, en muchas ocasiones se han aplicado estos protocolos sin realizar evaluaciones de sus consecuencias, provocando que los datos positivos obtenidos de estas intervenciones hayan pasado ciertamente desapercibidos. Eso es sobre todo importante para

proporcionar un feedback positivo en los profesionales y en todos los que han intervenido en estos proyectos, ya que realizando estas evaluaciones son capaces de objetivar las consecuencias de sus actuaciones y esto permite que continúen motivados para/con su trabajo.

Modelo Ana María Urrutia Beaskoa

Un ejemplo de evaluación de la implantación de un modelo de trabajo sin sujeciones fue el elaborado por Ana María Urrutia Beaskoa en su tesis doctoral, donde quiso demostrar que *“el modelo de cuidado centrado en la persona sin sujeciones puede presentar, ya en el corto plazo de un año, resultados mejores que el modelo de cuidado con sujeciones en la funcionalidad de los pacientes valorada a través de la mediación del nº de caídas, gravedad de las caídas y capacidad de desarrollo de AVDs”* (26). Así pues, la autora elaboró un estudio cuasiexperimental siguiendo la evolución durante un año de dos grupos de residentes de tres centros sociosanitarios diferentes, todos ellos pertenecientes a la Comunidad de Vizcaya y todos ellos públicos: por un lado el grupo experimental, que corresponde a los residentes cuya institución ha implantado un modelo sin sujeciones, y por otro lado el grupo control, donde no se ha realizado ninguna intervención y se ha continuado trabajando bajo su modelo habitual (24). Además, los criterios de inclusión del estudio fueron 1) personas adultas dependientes con grado de dependencia II o III que viven en los tres centros asistenciales sociosanitarios de larga estancia de Vizcaya y 2) mayores de 50 años (26). Finalmente, la muestra total se compuso de 67 personas en el grupo experimental y 81 personas en el grupo control, teniendo en cuenta que estas son el resultado de personas que rechazaron participar en el estudio, traslados o fallecimientos (26).

Ana María Urrutia Beaskoa midió el éxito del modelo de cuidado centrado en la persona sin sujeciones utilizando variables independientes, dependientes y 2 grupos más (26). Dentro de las primeras, diferenció:

- a) Cuatro áreas sanitarias: Uso correcto de medicamentos y reducción/eliminación de contenciones farmacológicas, adecuada nutrición, potenciación del ejercicio físico y monitorización y optimización de los niveles de vitamina D (26).
- b) Gestión de los casos sin sujeciones: Visualización de las capacidades especialmente en pacientes dependientes, dar un buen trato, utilización de alternativas a la sujeción, valoración de riesgos, análisis de los comportamientos problemáticos y evaluación multidisciplinar (24).
- c) Motivación de los profesionales y trabajadores del centro (26).
- d) Concienciación y colaboración de los usuarios y sus familiares (26).
- e) Elaboración de procedimientos de vigilancia (26).

Dentro de las variables dependientes, escogió las siguientes (26):

- a) Número de caídas.
- b) Gravedad de las caídas.
- c) Índice de Barthel.

Dentro del tercer grupo, compuesto por variables mixtas, numéricas y categóricas, se encuentran (26):

- a) Número de sujeciones físicas.
- b) Número de psicofármacos y número de personas consumidoras.
- c) Valoración nutricional MNA (Mini Nutritional Assessment).
- d) Antropometría (gemelo).
- e) Niveles de vitamina D.
- f) Plan de ejercicio (fisioterapia).

Dentro del último grupo, denominado por la autora como "*variables extrañas*" se encuentran (26):

- a) Cambios en la plantilla de profesionales: Que ocurrieron en ambos grupos y provocaron tanto problemas a la hora de evaluar resultados como alteraciones en las dinámicas de trabajo.
- b) Traslados de usuarios, bajas o exitus: Con la consecuente reducción del tamaño muestral.
- c) Edad: Marcada para mayores de 50 años para ajustarse a la realidad de los centros sociosanitarios, que también tienen residentes de entre 50-65 años.

La autora explica en su tesis la dificultad para encontrar muestras aleatorias y representativas de la población, pues muchas organizaciones no aceptaban ese tipo de estudios por dos razones: 1) tratarse de un modelo nuevo de atención que no ha sido testado y 2) existencia de recursos económicos limitados para incrementar las medidas de personal o necesarias para implantar el modelo (26). A pesar de estas dificultades, el estudio probó los resultados positivos derivados de la implantación del modelo de no sujeciones en todas las instituciones de la muestra, objetivándose a través de la medición del nº de caídas (no aumentaron al quitar la sujeción, por el contrario disminuían o se mantenían), gravedad de las caídas (no aumentó la gravedad de las lesiones), capacidad de desarrollo de ABVDs (aumentó significativamente en el grupo experimental) y uso de psicofármacos (no incrementó correlativamente con la retirada de contenciones) (26). Sin embargo, la autora también reflexiona en su tesis sobre la necesidad de elaborar más estudios de este tipo que hagan énfasis en evaluar el impacto económico de este modelo, pues en el mundo sanitario actual es una de las variables más importantes y determinantes (26).

Modelo Fundación Asilo de Torrelavega

Otro ejemplo de un centro que ha implantado un modelo basado en el concepto “sujeciones cero” es La Fundación Asilo en Torrelavega (Cantabria). Esta fundación, que en su totalidad tiene 1.095 usuarios de los cuales 532 son mayores de 65 años (60 plazas en el Centro de Día San José y los restantes con plaza de residente), elaboró un estudio donde se trató de eliminar el máximo número de contenciones posible y se evaluaron las consecuencias de dicha intervención (31, 33).

El estudio fue realizado en el año 2013 con una muestra de 354 residentes pertenecientes a la Residencia San José, se realizó bajo el prisma del Decreto Foral 221/2011 (6), por ser considerado el más completo hasta la fecha, y se utilizó la Norma Libera-Ger (32) para implantar las medidas y medir los resultados de una forma más precisa (33). Puesto que en la Residencia no se utilizaban previamente cinturones en cama, muñequeras, manoplas ni sábanas fantasma, la intervención y control de sujeciones se centró en las barreras en cama y los cinturones en silla o silla de ruedas, siendo el porcentaje de sujeciones previas al estudio de un 58% de los usuarios (33). Para realizar el estudio de forma empírica, se comenzó con la octava planta de la residencia donde en ese momento había 16 pacientes contenidos con barreras en cama, 6 con capacidad de decisión y 10 sin capacidad de decisión y cuyo tutor legal era algún familiar.

La metodología que se siguió para realizar el estudio fue la siguiente:

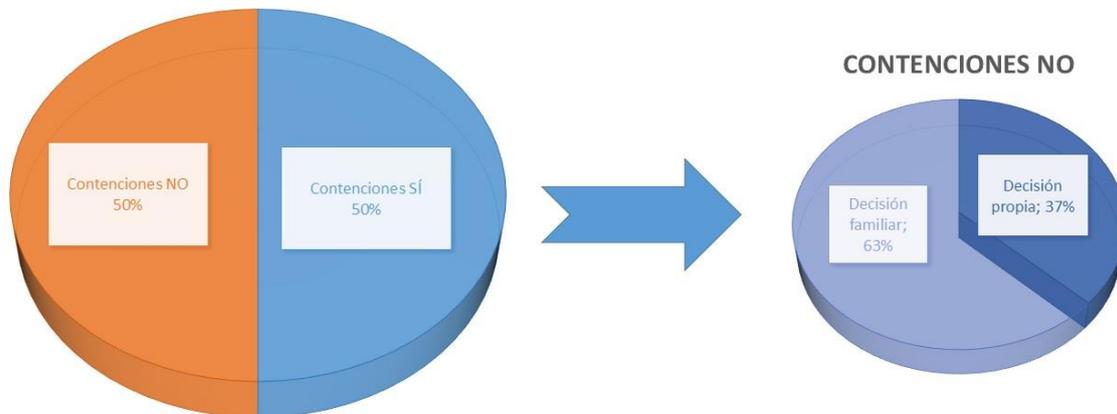
- 1- Se informó al personal de la planta del estudio a realizar y los objetivos del mismo.
- 2- Revisión sistemática de las contenciones de la planta.
- 3- Formación del personal de la planta a través de charlas impartidas por profesionales de otros centros donde se habían implantado iniciativas similares, elaboración de trípticos informativos...

- 4- Búsqueda de alternativas para la eliminación de las sujeciones por el equipo interdisciplinar.
- 5- Propuesta al usuario, familia o tutor legal sobre las alternativas.
- 6- Resolución de casos y problemas de forma individualizada.
- 7- Recogida de los resultados.
- 8- Evaluación de los resultados
- 9- Incluir en el equipo de trabajo a la encargada de planta y a la auxiliar líder.
- 10- Informar y sensibilizar a los usuarios, familiares o tutores legales sobre las posibilidades de sujeción o no sujeción, siempre en relación a las normas legales, deontológicas y científicas.
- 11- Autorizar a través de consentimiento informado de las contenciones retiradas.
- 12- Elaborar herramientas y métodos de trabajo para la implicación del personal.
- 13- Registrar todos los resultados de forma sistemática.
- 14- Elaborar un protocolo utilizando los resultados obtenidos para que sea utilizado de forma sistemática en toda la institución.

De entre los 6 residentes con capacidad de decisión nombrados y tras explicarles cuales son los beneficios de la retirada de sujeciones, 2 accedieron a su retirada de forma voluntaria y 1 delegó la decisión en su hijo, que accedió a la retirada (33). Los 3 usuarios restantes se negaron a su retirada por miedo y porque verbalizaban sentir seguridad con la presencia de las barreras (30). Con estos usuarios se consiguió que al menos dejaran solamente una de las barreras para apoyarse sobre ella, aceptando los 3 usuarios a esta alternativa (33). Así mismo, y de forma llamativa, se evidenció que los propios profesionales (especialmente auxiliares de enfermería y equipo médico) se resistían a la retirada de contenciones, lo cual dificultó la tarea e hizo que se incidiese con más fuerza en la formación de los profesionales y en su concienciación (33). Finalmente, tras dos meses con la formación y la implantación del nuevo plan, de los 16 usuarios susceptibles de retirada aceptaron 8, siendo un 50% de aceptación donde el 37,5% fue decisión del propio usuario y el 62,5% por decisión familiar (33). A la luz de estos resultados positivos, se planteó que en el futuro esta estadística mejoraría por parte de los usuarios al evidenciar que los compañeros residentes funcionaban sin peligro sin esas contenciones y, además, se plasmó en las conclusiones la necesidad de incidir en la concienciación de los profesionales, mediante la formación y la evidencia de los resultados positivos derivados de la retirada de contenciones (33). Por último, en cuanto a los testimonios de usuarios y familiares, aquellos que retiraron las contenciones se sentían igualmente seguros

y mejoraron en positividad y seguridad, incluso un paciente comentó que “comenzó a hacer cosas, como caminar más por la planta, que antes pensaba que no podía hacer por miedo a caerse” (33).

Gráfico 1: Resultados del estudio de la Fundación Asilo



Fuente: Elaboración propia.

En relación a los dos estudios presentados, resulta adecuado recalcar que ambos utilizaron la norma Libera-Ger para llevar a cabo los cambios necesarios en sus centros utilizando este sistema de gestión y control de sujeciones en centros de atención sociosanitaria (32, 33, 34).

La norma Libera-Ger propone una gestión de sujeciones interrelacionando tanto con las necesidades y calidad de vida de las personas que viven en el centro, como con una adecuada convivencia entre estas, impregnado todo ello de una fundamentación ética (32). Esta gestión de sujeciones se desarrolla desde la perspectiva del “*Modelo de vida y persona*”, en el que los cuidados se centran en la satisfacción de las necesidades de cada individuo; pero esta gestión de las sujeciones se realiza en un ámbito en el que conviven diferentes personas, y por tanto, diferentes necesidades (32). Por ello, la norma Libera-Ger propone una gestión de esta convivencia desde un enfoque que entiende que para que las diferentes necesidades convivan, en ocasiones es necesario establecer ciertos límites a las personas que puedan generar situaciones de conflicto, desarrollando intervenciones con límites que, entiende la norma, siempre deben establecerse de manera bien tolerada por quien genera el conflicto, para lo cual es necesario individualizarlas y personalizarlas (32).

La principal diferencia de esta Norma Libera-Ger que utilizaron ambos estudios respecto de anteriores intentos de protocolizar las sujeciones es que, mientras que estos intentos centraban sus energías en denominar la sujeción como “una medida excepcional”, la Norma Libera-Ger da un paso más adelante y marca como su objetivo la eliminación de las contenciones puesto que su definición de la misma es “restricción de la libertad de

movimiento” y se entiende en todo momento que el objetivo es eliminarlas (32). La *Fundación de cuidados dignos*, creadora de esta norma, remarca que al fijar la eliminación total de las contenciones como objetivo, se abre un nuevo abanico de posibilidades y alternativas, resultando más fácil llegar a su casi eliminación, entendiendo que hay algunos casos muy puntuales (y delimitados en el tiempo) en los que es necesaria la contención mecánica o farmacológica (32, 34).

Así pues, y con un amplio trasfondo de investigación y contraste, la norma Libera-Ger afirma que la retirada de contenciones conlleva disminución del riesgo de caídas (que suele ser precisamente la indicación para su prescripción), disminución de úlceras por presión, de autolesiones, de infecciones, de estreñimiento, de atrofia y debilidad muscular, de riesgo de traumatismos en la piel, de contracturas musculares o de edemas (32). Dentro del espectro psicoemocional, está comprobado que disminuye la agitación, la agresividad, la angustia, la ansiedad, la apatía, la confusión, la depresión, el deterioro cognitivo y el miedo (32). Con todas estas ventajas, parece insólito que esta norma no sea aplicada en todos los centros tanto sanitarios como sociosanitarios. Sin embargo, tal como se ha desarrollado a lo largo de este trabajo, los factores económicos y la mentalidad de los profesionales, las propias familias y los pacientes hacen muy complicada la tarea de concienciación y aplicación de estas nuevas medidas.

CONCLUSIÓN:

El objetivo de este trabajo era reflexionar sobre las consideraciones éticas que han de tenerse en cuenta al pautar o aplicar una contención mecánica o farmacológica. Para ello, primeramente se ha analizado de forma resumida el marco histórico y legal, observándose que las sujeciones provienen de incluso antes del siglo X, en los centros psiquiátricos, y que el marco legal que se comenzó a elaborar a partir del siglo XIX ha sido siempre muy ambiguo y poco preciso. Esto, por sí solo, arroja bastantes indicios sobre la razón por la que resulta tan complicado para aquellos que se lo proponen elaborar un protocolo o poner en marcha una iniciativa de no sujeciones. No solo el uso de contenciones tiene una larga trayectoria que dificulta el cambio de mentalidad tanto de profesionales como de familias y pacientes, sino que la falta de legislación común al uso hace que sea muy complicado realizar cambios en los centros sociosanitarios o en los propios hospitales.

Incluso después del análisis ético que arroja el uso de contenciones y la consecuente vulneración de diversos principios bioéticos, siguen resultando más influyentes los “*pros*” de las contenciones, tal como han podido evidenciar los autores de los estudios descritos, como la falta de inversión económica y la dificultad para cambiar la mentalidad de las partes. Por un lado, debe entenderse que no es necesaria una gran inversión económica para instaurar un sistema de no sujeciones: es mucho más eficiente una redistribución de los recursos ya invertidos. Aunque la concepción de invertir en redistribución es complicada de asimilar, tal como evidencia la asignación de los recursos entre la atención especializada y la atención primaria, es necesario fomentar una cultura de la prevención y de invertir en aquello que, a la larga, ocasionará un ahorro de recursos. Sin embargo, hasta la fecha, no se ha conseguido instaurar una visión de futuro y continúa teniéndose una visión a corto plazo. Por otro lado, e íntimamente relacionado con la anterior, es necesario hacer entender a los profesionales la necesidad de retirar aquellas contenciones que no son completamente necesarias o que dejaron de ser útiles hace tiempo (limitación en el tiempo). No se puede pretender emprender una campaña de concienciación de la sociedad sobre la necesidad de limitar y retirar las contenciones si los propios profesionales sanitarios no entienden cuál es la necesidad, por qué ha de cambiarse el paradigma actual o cuáles son las verdaderas ventajas de retirar las sujeciones y cuáles son los mitos que las rodean. Sin embargo, y a pesar de la importancia que esto tiene, sí que es necesario instruir a la sociedad sobre qué son las contenciones y por qué no proporcionan más seguridad en la gran mayoría de los casos, además de cuáles son las alternativas que existen a su uso. Para esta tarea, en calidad de profesionales formados y habitualmente muy cercanos a la población (especialmente en el área comunitaria), considero que la enfermería puede desarrollar un papel clave en la concienciación sobre el uso de las contenciones, pudiendo ser este un comienzo donde asentar las bases de un futuro con libertad plena para los usuarios y pacientes.

Para concluir, a modo de reflexión personal, me gustaría añadir que ha quedado evidenciada la notoria necesidad de elaborar una legislación de ámbito nacional que regule de forma precisa el uso de contenciones y sus indicaciones, limitaciones y alternativas, así como una descripción de las existentes y de cómo deben aplicarse. De elaborarse este tipo de documento, las instituciones podrían seguir unas directrices concretas en vez de tratar de elaborar sus propios protocolos, lo que al final aumenta el arco de actuación de las contenciones y hace que su comprensión sea complicada. Para la elaboración de este tipo de documento, la Norma LiberaGer (32) constituye una herramienta de trabajo concisa, completa y muy aplicable al uso, puesto que se ha concebido precisamente para ser puesta en práctica en instituciones sanitarias. Esto es importante, puesto que al elaborar una legislación pueden perderse puntos

importantes y entremezclase con terminología jurídica. Sería necesario pues implicar en la elaboración de estos documentos a profesionales sanitarios cualificados y formados en materia de contenciones, en íntimo contacto con los *pacientes tipo* que suelen requerirlas. De esta forma, utilizar la Norma Libera-Ger (32) e implicar a profesionales expertos sería un buen comienzo para elaborar un documento legal nacional que todo sanitario o cuidador pueda consultar en cualquier punto del territorio español, delimitando así el uso de las contenciones y promoviendo la libertad de aquellos a los que cuidamos. Tal como ya establecieron Beuachamp y Childress en "*Principles of Biomedical Ethics*", la autonomía y la libertad de decisión, al igual que el resto de principios bioéticos, deben ser siempre respetadas sin importar cuál sea la situación de los usuarios (21, 26).

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Comité de Bioética de España. Consideraciones éticas sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario. Madrid; 7 jun 2016 [citado 26 dic 2016]. Disponible en: <http://www.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20Contenciones-CBE.pdf>
- (2) Téllez JM, Villena A, Morena S, Pascual P, López C. El paciente agitado. Guías Clínicas [citado 26 dic 2016]; 2005: 5 (34). Disponible en: <http://www.uclm.net/profesorado/itorre/DOCUMENTOS/PSIQUIATR/temas/tema1/Agitado.pdf>
- (3) Astigarraga A, Aristín M^a C, Fernández E, García B. Estudio sobre la utilización de la contención mecánica en una población geriátrica. Nuber Científ. 2014; 2 (13): 17-24.
- (4) Fariña-López E, Estévez-Guerra G. Historical aspects of the use of physical restraint: from antiquity to the era of moral treatment. Rev Enferm. 2011; 34 (3): 14-21.
- (5) Contreras MJ, López E, Vidal M. Uso racional de las contenciones físicas. 1^a ed. Barcelona: Departamento de Bienestar Social y Familia; 2011.
- (6) Decreto Foral 221/2011, de 28 de septiembre, regulador del uso de sujeciones tanto mecánicas como farmacológicas en el ámbito de los servicios sociales residenciales. Ley Foral 15/2006 de Servicios Sociales, del 14 de diciembre. Boletín Oficial de Navarra, nº 204, (14-10-2011).
- (7) Constitución Española de 1978, aprobada por Las Cortes en sesiones plenarias del Congreso de los Diputados y del Senado el 31 de octubre de 1978, ratificada por el pueblo español en referéndum de 6 de diciembre de 1978 y sancionada por S. M. el Rey ante Las Cortes el 27 de diciembre de 1978.
- (8) Ley 14/1986 General de Sanidad, del 25 de Abril. Boletín Oficial del Estado, nº 102, (29-04-1986).
- (9) Orden 612/1990 de la Comunidad Autónoma de Madrid, del 6 de noviembre de la Consejería de Integración Social, desarrollando el Decreto 91/1990, (6-11-1990).
- (10) Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad, adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas, Resolución 46/91, (16-12-1991).
- (11) Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y a la biomedicina), el 4 de abril de 1997 en Oviedo. Boletín Oficial del Estado, nº 207, (11-11-1999).
- (12) Decreto 176/2000 de regulación del Sistema Catalán de Servicios Sociales, de 15 de mayo, de modificación del Decreto 284/1996, de 23 de julio. DOGC nº 3148, (26-05-2000).
- (13) Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, Segunda Asamblea Nacional sobre el Envejecimiento, de abril del 2002, Madrid (Naciones Unidas, Nueva York 2003).

- (14) Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. UNESCO, (19-10-2005).
- (15) Código Penal y Legislación Complementaria. Boletín Oficial del Estado, nº 266, (3-11-2016).
- (16) Guías Jurídicas.es [Internet]. Madrid: Wolters Kluwer [acceso 29 enero 2017]. Principio de Proporcionalidad (Derecho Administrativo Sancionador) [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: http://guiasjuridicas.wolterskluwer.es/Content/Documento.aspx?params=H4slAAAAAAEAMtMSbF1jTAAAUNjcyMjtbLUouLM_DxblwMDCwNzAwuQQGZapUt-ckhlQaptWmJOcSoAaB6oRDUAAAA=WKE
- (17) ABC.es [Internet]. Roma: Fuentes A; 20 enero 2012 [acceso 29 enero 2017]. El infierno de 42 ancianos italianos en un geriátrico [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.abc.es/20120120/internacional/abci-violencia-residencia-ancianos-201201200850.html>
- (18) 20minutos.es [Internet]. España: Belenguer L; 27 junio 2016 [acceso 29 enero 2017]. El 7% de los ancianos sufren maltrato en España pero solo un 10% de ellos denuncia [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: <http://www.20minutos.es/noticia/2757152/0/malos-tratos-mayores/maltrato-tercera-edad/herramientas-recursos-casos/>
- (19) Gómez Sánchez P. Principios básicos de bioética. Rev Per Ginecol Obste (Colombia). 2009; 55: 230-233.
- (20) Informe Belmont. EEUU: Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento; 1979.
- (21) Bioètica & Debat. Principios de Ética Biomédica, de Tom L. Beauchamp y James F. Childress. Bioètica&Debat. 2011; 17(64): 1-7.
- (22) Gracia D. Fundamentos de bioética. Madrid: Eudema; 1989.
- (23) Rozman C. Medicina Interna. 17ª ed. Barcelona: Elsevier; 2012.
- (24) Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. Med Clin (Barc) 2001; 117: 18-23.
- (25) Hernando P, Marijuán M. Método de análisis de conflictos éticos en la práctica asistencial. An. Sist. Sanit. Navar. 2006; 29 (3).
- (26) Urrutia Beaskoa AM. Modelo de cuidado centrado en la persona con reducción del uso de sujeciones físicas y químicas: conceptualización e implantación [tesis doctoral]. Madrid, Universidad Complutense; 2015.
- (27) Comité Interdisciplinar de Sujeciones. Documento de Consenso sobre Sujeciones mecánicas y farmacológicas. Madrid: Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología; 2014.
- (28) Kwok T, Bai X, Chui MYP, Lai CKY, Ho DDWH, Ho FKY, et al. Effect of Physical Restraint Reduction on Older Patients' Hospital Length of Stay. JAMDA. 2012; 13: 645-650.
- (29) Fariña-López E. Problemas de seguridad relacionados con la aplicación de dispositivos de restricción física en personas mayores. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2011; 46(1): 36-42.

(30) Ley 21/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, del 14 de noviembre. Boletín Oficial del Estado, nº 274, (15-11-2002).

(31) Fundacionasilo.com [Internet]. Cantabria: Fundación Asilo; [acceso 15 marzo 2017]. Disponible en: <http://www.fundacionasilo.com/>

(32) Urrutia Beaskoa AM. Norma Libera-Ger. Fundación cuidados dignos; 2011.

(33) Eguren Marañón J, Cruz R. Proyecto de sujeciones: una buena práctica. Cantabria: Fundación Asilo; 2013.

(34) Cuidadosdignos.org [Internet]. Bizkaia: Fundación Cuidados Dignos; [acceso 15 marzo 2017]. Disponible en: <http://www.cuidadosdignos.org/>