

Ángela Fernández Rodríguez¹
Jaime Zabala Blanco²

1. Enfermera. Experta en Enfermería Geriátrica y Gerontológica. Centro de Atención a la Dependencia Sierrallana. Torrelavega. Cantabria.
2. Enfermero. Antropólogo. Máster en Bioética. Doctor por la Universidad de Cantabria.

Correspondencia:

Ángela Fernández Rodríguez
CAD Sierrallana
B.º Ganzo s/n
39300 Torrelavega (Cantabria)
E-mail: angela4fero@gmail.com

Restricción física: revisión y reflexión ética

Physical restraint: review and ethical reflection

RESUMEN

La restricción física es una medida terapéutica utilizada para controlar pacientes que presentan un riesgo de lesión para ellos mismos o para terceras personas. Dado que son técnicas que coartan la libertad de movimientos, algunos derechos de los pacientes pueden ser vulnerados. Para evitar esto, existen diversos protocolos a nivel nacional, una amplia base legal y preceptos éticos que respetar. En este artículo se revisarán los protocolos, se identificarán los aspectos legales y se analizarán sus implicaciones éticas.

Como reflexión principal, se hace imperativo que los profesionales conozcan las bases legales y las implicaciones éticas de estas medidas terapéuticas, así como las técnicas y los protocolos existentes, para lo cual se hace imprescindible la formación e información de los profesionales.

PALABRAS CLAVE: restricción física, ética, derechos de los pacientes, emociones, legislación sanitaria.

ABSTRACT

Physical restraint is a therapeutic measure useful to manage patients who are at risk of hurting themselves or others. These techniques restrict freedom of movement of the patients, so their rights may be violated. To avoid this, there are protocols all around the country. There is also a large legal basis, and the ethical precepts should be respected. This paper will briefly review those protocols, the legal issues, and the ethical implications of the use of the technique.

The main conclusion is that it's essential that professionals know the legal and the ethical implications, the techniques and protocols of this treatment. To achieve this aim, it becomes necessary that all the professionals receive the correct training.

KEYWORDS: Physical restraint, ethics, patient rights, emotions, health legislation.

■ INTRODUCCIÓN

La restricción física o contención mecánica es una medida terapéutica utilizada con cierta frecuencia para el manejo de pacientes agitados o en aquellos pacientes que potencialmente suponen un riesgo para la integridad física de ellos mismos o de quienes les rodean.

Las primeras referencias al uso de la restricción física nos llevan hasta la Grecia clásica, donde algunos textos, como el *Corpus Hippocraticum*, hablan de “diversas terapias que incluían la contención mediante cadenas de aquellos que podían representar un peligro para sí mismos o para los demás” (1).

Tras muchos siglos de evolución, llegamos a lo que hoy conocemos como restricción: “es el uso de procedimientos físicos o mecánicos dirigidos a limitar los movimientos de parte o de todo el cuerpo de un paciente, a fin de controlar sus actividades físicas y de protegerlos de las lesiones que pudiera infligirse a sí mismo o a otros” (2). Esta definición de restricción no incluye aquellos procedimientos de sujeción realizados de un modo habitual en algunos procesos diagnósticos y/o terapéuticos, como la sujeción del cuerpo en intervenciones quirúrgicas o en algunos métodos diagnósticos, la inmovilización del miembro superior para facilitar el acceso a una vía venosa, etc.

Como afirman Huf y cols. en su artículo publicado en 2011 (3), el uso de estas técnicas está extendido por prácticamente todo el mundo.

Como su propio nombre indica, esta técnica supone una restricción física y una limitación de la libertad de movimientos, lo que nos lleva a reflexionar acerca de varias cuestiones: ¿son claras sus indicaciones?, ¿se usa adecuadamente?, ¿existen alternativas?, ¿es conocido el protocolo por aquellos que la llevan a cabo?, ¿es aceptada por los propios profesionales, pacientes y allegados?

Hemos realizado una sucinta revisión de los planes de estudios de distintas universidades nacionales, en los cuales no hemos encontrado explícitamente alusiones a la enseñanza de estas técnicas desde el punto de vista teórico, práctico, ni ético.

Por otro lado, en nuestra experiencia profesional hemos encontrado múltiples restricciones físicas realizadas incorrectamente y lo que es más llamativo, hemos constatado que muchos profesionales, tanto de enfermería como auxiliares, desconocían las indicaciones y la técnica. Todo este desconocimiento origina en ocasiones que el tratamiento sea mal indicado y mal llevado a cabo, y que llegue a ser traumático y potencialmente lesivo tanto para el paciente como para los profesionales.

En términos generales, este tipo de procedimientos plantea problemas a todos los afectados directa o indirectamente. El profesional siente que está coartando la libertad del paciente, el paciente se siente humillado y sus familiares creen que está recibiendo un maltrato tanto físico como psicológico.

■ OBJETIVOS

Objetivo general: revisar los aspectos normativos, profesionales y éticos relacionados con la restricción física.

Objetivos específicos:

- Revisar las normativas nacionales, internacionales y protocolos sobre el uso e implantación de la restricción física.
- Examinar las alternativas, indicaciones y contraindicaciones para su implantación.
- Describir la técnica correcta para llevar a cabo una restricción física.
- Analizar la percepción de los pacientes y de los profesionales respecto a la técnica.
- Examinar los aspectos éticos implicados en la restricción física.

■ METODOLOGÍA

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en varias bases de datos, tales como PubMed, Cochrane Library Plus, Web of Knowledge, Medline Plus, Up to Date, Índex de enfermería, Dialnet, Google académico y la Biblioteca de la Universidad de Cantabria.

También hemos encontrado, en el buscador general Google, protocolos de varios hospitales y servicios de salud españoles.

Las palabras clave utilizadas han sido “contención mecánica”, “restricción física”, “physical restraint”, “ética”, “ethics”, “derechos de los pacientes” y “patients rights”.

■ ASPECTOS LEGALES Y NORMATIVOS

La inmovilización de un paciente es una medida terapéutica que se aplica a quien, por definición, el estado de agitación le hace incompetente, lo que hace que confluyan dos circunstancias: por un lado, la acción terapéutica no suele ir precedida de consentimiento informado; por otro, la privación de libertad (2).

Los documentos imprescindibles que hay que tener en cuenta para la no vulneración de los derechos de los pacientes sometidos a restricción física son:

- Declaración Universal de los Derechos Humanos, de 1948 (4): derecho a la vida, libertad y seguridad.
- Constitución Española, de 1978 (5): derecho a la libertad y a la seguridad.
- Ley 1/2000, de 7 de enero, de enjuiciamiento civil (6): regula el internamiento no voluntario.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (7): respeto a la personalidad, dignidad humana e intimidad.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (8): regula el derecho a la información sanitaria y al consentimiento informado.
- Algunas comunidades autónomas cuentan con regulación específica, por ejemplo la Ley de Cantabria 2/2007, de 27 de marzo, de Derechos y Servicios Sociales (9), que hace referencia al “Derecho a no ser sujeto a ningún tipo de restricción física o intelectual”.
- Código deontológico de la enfermería española (10): respeto a la dignidad humana y salvaguarda de los derechos humanos.

Por otra parte, desde el punto de vista más específicamente profesional, para la regulación de estas técnicas a nivel internacional encontramos el documento “Restraint and seclusion standards 2001”, editado en el año 2001 por The Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) (11). Se trata de un documento que describe las características organizacionales que debe cumplir un centro,

así como los requisitos de formación de los profesionales que ejercen en él, para que este sea acreditado por la entidad que lo edita.

A nivel nacional encontramos varios protocolos de diferentes hospitales y servicios autonómicos de salud, todos ellos desarrollados tomando como referencia, en menor o mayor medida, el libro *Contención mecánica. Restricción de movimientos y aislamiento. Manual de uso y protocolos de procedimiento* (2), de forma que encontramos, en todo el territorio nacional, bastante similitud a la hora de llevar a cabo estas técnicas:

- Protocolo de contención de pacientes, del Hospital Universitario Príncipe de Asturias (12).
- Protocolo de contención mecánica de movimientos, del Hospital Universitario 12 de Octubre (13).
- Protocolos que regulan el uso de medidas restrictivas en el curso de la hospitalización, del Comité de Ética Asistencial del Sagrat Cor de Serveis de Salut Mental (14).
- Protocolo de contención mecánica, del Servicio Andaluz de Salud (15).
- Protocolo de contención mecánica, del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (16).
- Protocolo de contención de movimientos de pacientes, del Hospital Clínico San Carlos y Hospital de Fonfría (17).
- Artículo “Actuación enfermera ante el paciente con agitación psicomotriz” (18), que describe el protocolo de actuación para los profesionales enfermeros.
- Artículo “Contención mecánica” (19), que además de contener el protocolo, describe las actuaciones de enfermería del paciente sometido a restricción física.

■ NORMAS BÁSICAS PARA LLEVAR A CABO LA RESTRICCIÓN FÍSICA

Dado que la restricción física o contención mecánica es una técnica que en sí misma limita ciertos derechos y libertades fundamentales, deberá siempre ser utilizada como último recurso, y únicamente en los pacientes que presenten muestras de agitación, una conducta violenta manifiesta o en aquellos que muestren signos reconocibles de que la violencia es inminente y se tenga la certeza de que el paciente está “a punto de explotar”, siempre y cuando hayan fracasado otros métodos de contención o se tenga la certeza de que la aplicación de tales métodos resultará inútil (2).

Alternativas, indicaciones y contraindicaciones

Previamente a la aplicación de la restricción física, hay que intentar controlar al paciente con los abordajes alternativos, como son la contención verbal o psicológica, el control ambiental, las medidas conductuales y la contención química o farmacológica (2,12-16,18,19).

La contención verbal o contención psicológica es una medida terapéutica útil en los casos en que la pérdida de control por parte del paciente no es total (12). Los objetivos de esta serán lograr una alianza con el paciente que permita realizar una exploración adecuada, negociar situaciones terapéuticas (administración voluntaria de tratamiento), disminución de la agresividad y prevención de la violencia y mantener la autoestima del paciente, a pesar del procedimiento que se utilice (20).

Durante la contención psicológica, tan importante como lo que se diga será la actitud no verbal, debiéndose seguir unas pautas de comunicación no verbal que aumentarán las probabilidades de éxito de la negociación. Estas pautas son: utilizar gestos no amenazantes ni defensivos, evitar gestos bruscos, utilizar una postura abierta que invite al diálogo y a la privacidad, utilizar un contacto ocular frecuente, no continuado y sin perder de vista al paciente (no mirarlo

de forma directa y continua, tampoco evitarlo), emplear un tono de voz suave, utilizar frases cortas y sencillas, evitar discutir, criticar o amenazar (20).

Dentro del control ambiental se pueden llevar a cabo varias acciones, como modificar el contexto procurando un ambiente tranquilo, retirando las fuentes que mayor excitación producen en el paciente (luz, ruido, corrientes de aire), incluir o excluir a alguna persona del ambiente, ya sea personal del centro, familiares u otros pacientes, y evitar las interrupciones (13,15,19,20).

Las medidas conductuales consisten en invitar al paciente a participar en tareas que le ayuden a disminuir la agitación o que sean incompatibles con esta, como dar un paseo, realizar una llamada telefónica o hablar con alguien que sea de su agrado, escuchar música, leer o ver la televisión, acudir a talleres de terapia ocupacional, realizar ejercicio físico o ayudar en las actividades diarias (2,13,15,18,19).

Para la contención química o farmacológica utilizaremos fármacos antipsicóticos y/o benzodiazepinas (19), pero al contrario que el resto de alternativas a la restricción física, esta vendrá precedida siempre de una orden facultativa.

Diferentes autores han concretado las situaciones susceptibles de aplicación de las técnicas de contención mecánica (12,13,15):

- Prevenir conductas que puedan dañar al propio paciente (autolesiones, caídas).
- Prevenir lesiones a otras personas (familiares, personal sanitario, otros pacientes).
- Evitar interferencias en el plan terapéutico del propio paciente o de los demás pacientes (retirada de vías, arrancamiento de sondas).
- Evitar daños materiales en el entorno del paciente.
- Evitar la fuga del paciente si se considera que ese riesgo existe.
- Cuando un paciente lo solicita voluntariamente y el facultativo considera que existen criterios clínicos de indicación.
- Como parte de un programa de modificación de conducta, si está previamente explicitado en el plan terapéutico.

Existe también un amplio consenso entre autores en las contraindicaciones de la restricción física (2,12,13,15,16,19):

- Que no esté indicada.
- Siempre que exista la posibilidad de aplicar abordajes alternativos.
- Si existe orden facultativa expresa de no restricción física.
- Como castigo o antipatía hacia el paciente.
- Por comodidad o conveniencia del personal o de otros pacientes.
- Si no existe personal suficiente o la situación es peligrosa (paciente armado).
- Si la violencia tiene intencionalidad delictiva (será competencia de las fuerzas de seguridad).

Técnica correcta para ejecutar una restricción física

La implantación de la restricción física requiere la intervención de los profesionales del equipo de salud: médicos, profesionales de enfermería, auxiliares y celadores. Ocasionalmente se solicitará la colaboración de otros profesionales, como el personal de seguridad.

La mayoría de los protocolos (2,11-13,15,16,18,19) establecen que el mínimo personal necesario para llevar a cabo una restricción física son cuatro personas, aunque lo óptimo sería cinco: una para controlar cada miembro y otra para sujetar la cabeza. El papel del quinto profesional es sumamente importante, ya que será quien dirija y coordine el procedimiento, evitando que los demás profesionales tengan que distraer su atención a la acción de sujetar. Además, mantendrá una comunicación constante con el paciente, informándole de los acontecimientos que estén o vayan a ocurrir para proporcionarle la máxima tranquilidad posible.

Generalmente será la enfermera, por su proximidad al paciente, quien valore la necesidad de contener al paciente. Si la necesidad de realizar la contención es imperiosa, el personal de enfermería indicará, realizará y coordinará dicha restricción, avisando inmediatamente al facultativo

responsable del paciente (o al facultativo de guardia en su defecto) para que valore al paciente y autorice o no dicha restricción (2,12,15,16,19).

El médico es el profesional que ostenta la máxima responsabilidad de la restricción, y tiene la capacidad de decidir en caso de disparidad de criterios. Deberá plasmar por escrito la orden médica, ya sea previa o posteriormente a la realización de la misma. En caso de estar presente durante la reducción física y la restricción, será él quien la coordine.

El personal auxiliar cooperará en la ejecución de la restricción física, y es responsable del control y sujeción de los miembros.

Los celadores colaborarán durante la reducción física y la restricción, así como en el eventual transporte del paciente.

El personal de seguridad del centro podrá ser requerido excepcionalmente para llevar a cabo la reducción física y colaborar en la restricción en caso de que el protocolo del centro así lo indique o que el personal existente en la unidad sea insuficiente para la realización segura de la misma.

Toda inmovilización de un paciente debe ponerse en conocimiento del juzgado en un plazo máximo de 24 horas tras la adopción de la medida (17). No existe ningún precepto legal que regule de manera explícita los procedimientos de restricción física de pacientes, por lo que debemos acudir a la ley de enjuiciamiento civil, que en su artículo 763 (6) establece que el internamiento de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí misma requerirá autorización judicial, aunque esté sometida a la patria potestad o tutela. En la comunicación al juzgado de dicho ingreso involuntario se contemplará la posibilidad de adoptar medidas terapéuticas no consentidas por el paciente. Si el ingreso ya tenía previamente carácter involuntario, se tramitará igualmente la solicitud de medidas terapéuticas no consentidas.

Una vez llevada a cabo la restricción, el paciente requerirá una valoración frecuente por parte del personal de enfermería y unos cuidados meticulosos, relacionados tanto con la propia restricción física como con su patología específica.

Complicaciones potenciales

La existencia de complicaciones dependientes del uso de sujeciones físicas está suficientemente documentada, de forma que podemos encontrar lesiones causadas directamente por el dispositivo de sujeción, así como efectos indirectos.

Como describen Galán Cabello y cols. (21), esas complicaciones pueden ser asfixia, isquemia en miembros, lesiones neurológicas (compresión del plexo braquial), magulladuras o laceraciones. Entre los efectos adversos producidos indirectamente se encuentra el aumento de las úlceras por presión, aumento del deterioro cognitivo, mayor frecuencia de incontinencia urinaria y fecal, además de un incremento de las tasas de mortalidad.

Otras complicaciones también pueden ser aumento de las infecciones, así como de las complicaciones respiratorias y cardiovasculares, alteraciones musculoesqueléticas como disminución de la fuerza muscular y aumento de la rigidez articular, desnutrición, estreñimiento, aumento de la dependencia para las actividades de la vida diaria, e incluso aumento de la agitación psicomotriz (22).

Asimismo pueden aparecer lesiones que se asocian de manera más específica a un tipo concreto de restricción, como pueden ser las muertes por atrapamiento entre la barandilla y el colchón de la cama (20).

■ SENSACIONES EXPERIMENTADAS POR PACIENTES Y PROFESIONALES

La bibliografía respecto a las sensaciones experimentadas por las partes implicadas en la restricción física es escasa. Concretamente, en lo que respecta a las

sensaciones y opiniones de familiares y allegados, no se ha encontrado ningún artículo durante la búsqueda bibliográfica.

En lo que concierne a los pacientes que han sido contenidos en algún momento, se encuentran sensaciones de “vergüenza e injusticia, revivir eventos traumáticos del pasado y sentirse abandonado y desatendido por las enfermeras” (23), “castigo por mis acciones”, “pánico, miedo, impotencia, ira y frustración, y un sentimiento de injusticia” (24), “reacciones emocionales negativas, como aversión, tristeza, ira, miedo/ansiedad y decepción” (25). Estas sensaciones negativas también han sido objetivadas, ya que algunos de los pacientes lloraron (25).

Entre los profesionales, también la mayoría de las sensaciones son negativas: se sienten “emocionalmente incómodo con esas medidas”, sienten “pena, miedo y angustia, y miedo de abusar de los derechos de los pacientes” (23), “realizar una restricción física puede ser angustioso y puede causar ansiedad al personal que lo realiza” (24), “miedo, ira, tristeza, preocupación, shock, frustración y duda de uno mismo” (25), “emociones negativas como compasión y culpa”, “el uso de la restricción puede ser cruel, malo e incómodo”, “sentimientos encontrados: el personal ve el uso de las restricciones físicas como una necesidad para la que no tiene alternativa” (26), “angustia, ansiedad e ira” (27).

También encontramos reacciones que reflejan el potencial trauma asociado a una restricción para la persona que realiza el procedimiento: “me hice ‘pis’ encima de lo asustada que estaba...” (28).

En mucha menor medida, sensaciones positivas también son descritas por los profesionales: “esperanza (porque el paciente se iba a calmar)”, “estás aportando control y previniendo daños o peligros” (25).

Algunos autores han explorado incluso las sensaciones de los profesionales antes de la intervención: “frustración”, “miedo, ira y angustia”, “un abrumador sentimiento de terror”, “sensación física de incremento de adrenalina”, así como después de esta: “físicamente exhausta”, “agotado” y “secuelas físicas y emocionales” (25).

A la vista de los datos obtenidos en la revisión bibliográfica, y dado que ninguno de los artículos encontrados analizaba población española, hemos realizado un cuestionario para obtener datos entre el personal directamente implicado en la restricción física en su centro de trabajo, el Centro de Atención a la Dependencia Sierrallana (Cantabria). La pretensión de dicho cuestionario ante la ya mencionada inexistencia de estudios es únicamente un diagnóstico local, dado que la insuficiencia de la muestra no otorga validez externa a los datos.

El cuestionario se entregó a un total de 90 profesionales de diferentes categorías profesionales, todos ellos potencialmente implicados en la indicación y realización de la restricción física. El índice de participación ha sido del 86,67%.

De entre los resultados obtenidos, cabe destacar la escasa formación en teoría y técnicas de restricción física (32,05%), así como la percepción de los profesionales de que esta formación sería necesaria para el desempeño de su puesto de trabajo (100%), ya que un altísimo porcentaje de profesionales ha tenido que llevar a cabo alguna vez este tipo de técnicas (96,15%).

Respecto a los sentimientos producidos por la realización de la restricción física, el 12,82% de los encuestados se abstuvo de responder a esta pregunta. Un amplio porcentaje (25,64% de los encuestados) respondió que “ninguno”, “depende del paciente” o racionalizó la respuesta: “necesidad de la misma para protección del paciente”, “en mi trabajo es normal, es para protección del usuario y demás residentes”, “es por el bien del paciente”, “es necesario”.

El resto de las respuestas han sido agrupadas en tres bloques: sentimientos positivos, sentimientos negativos y sentimientos contradictorios.

El grupo de sentimientos contradictorios (26,92%) engloba también descripciones de sentimientos que evolucionan con el tiempo o que son ambivalentes: “compasión por el paciente y al mismo tiempo sensación

de seguridad para él”, “contraste: deber cumplido y pena por el paciente”, “al principio, impotencia y tristeza, ahora lo veo necesario”, “tranquilidad y tristeza, depende de las circunstancias”, “alivio, pena, indiferencia”, “alivio y seguridad, tranquilidad, pena”, “en un principio parece cruel, pero cuando tienes experiencia ves la necesidad y lo entiendes”.

Un grupo minoritario relata únicamente sentimientos positivos (7,69%): “tranquilidad por el paciente”, “seguridad por él y los demás usuarios”, “protección del usuario, del personal y del entorno”.

Y la mayoría, al igual que en los estudios realizados en otros países, refiere sensaciones negativas (26,92%): “lastima, pena, abuso de poder”, “no me sentí bien”, “angustia”, “crueldad”, “a veces parece un castigo”, “pena, agobio”, resulta violento”, “impresión, tristeza”, “malestar, impotencia”, “miedo”, “desamparo”, “inseguridad”, “tensión”.

Si analizamos dos grupos en conjunto, el de sentimientos negativos y el de sentimientos contradictorios o que han evolucionado a lo largo del tiempo, obtenemos que más de un 60% de las personas que contestaron a la pregunta ha experimentado sentimientos negativos en alguna ocasión.

■ IMPLICACIONES ÉTICAS

El quehacer de las enfermeras consiste en velar por la promoción, protección y cuidado de la salud y en garantizar la seguridad de las personas que están a su cargo.

La utilización de medidas de restricción física puede potencialmente, si no responde a una correcta indicación o la realización técnica es inadecuada, vulnerar algunos de los derechos fundamentales de la persona. Para evitar que esto ocurra, siempre que se aplique una restricción física deberán tenerse en cuenta los principios éticos de no maleficencia, justicia, beneficencia y autonomía, así como tener especial cuidado con la intimidad y vulnerabilidad de la persona (29).

El principio de no maleficencia se refiere esencialmente a la obligación de no hacer daño, es el principio básico de todo sistema moral, entendiéndose por daño no únicamente el daño físico.

En el caso de la restricción física no se trata solamente de no hacerle daño durante la aplicación de la técnica en sí o durante su mantenimiento, sino también de si la técnica es adecuada para el paciente. Es decir, si el tratamiento no estuviera claramente justificado, debidamente indicado, o este fuera desproporcionado, el principio de no maleficencia se vería claramente vulnerado, lo cual significaría una mala praxis, moralmente inaceptable y jurídicamente sancionable, puesto que los principios éticos de mínimos no admiten excepciones.

El principio de justicia, en este caso, haría referencia también a la adecuada indicación de la técnica y al hecho de que esta indicación no venga motivada por razones que puedan implicar una discriminación de cualquier tipo en el uso de los recursos apropiados.

El principio de beneficencia u obligación de actuar en beneficio de otros es sumamente importante en los pacientes sometidos a restricción física, ya que ellos no están en disposición, debido a su incapacidad, de llevar a cabo por sí mismos acciones que garanticen su bienestar. Es importante resaltar que la incapacidad puede ser en muchos casos transitoria, por lo que la valoración por parte de los profesionales debe ser exhaustiva para no mantener una restricción física más allá de lo imprescindible.

El principio de autonomía, entendido como el respeto a la capacidad que tienen las personas para autogobernarse, para actuar con conocimiento de causa y para dotarse de un proyecto de vida sin coerción, se ve claramente limitado en estos pacientes y por eso debemos prestarle especial atención, ya que la privación de la libre movilidad implica necesariamente limitación en la realización de las actividades básicas de la vida diaria y cualquier otra actividad que requiera esa libertad de movilidad.

Pero habría que analizar este principio desde otra perspectiva, como es la toma de decisiones. El paciente contenido, en la mayoría de las ocasiones ha llegado a esa situación desde una agitación psicomotriz, situación en la cual las capacidades cognitivas suelen verse mermadas.

La restricción física se lleva a cabo en unas circunstancias en las que el paciente no solo no toma la decisión libremente, sino que muchas veces ni siquiera se le informa, y consecuentemente, en ciertas ocasiones, tampoco existe un consentimiento informado. Para evitar la vulneración, y teniendo en cuenta que la Ley de Autonomía del paciente obliga a informar “incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión” en su artículo 5.3, se podría promover la realización de un contrato terapéutico o un documento de voluntades psiquiátricas anticipadas (30) con aquellos pacientes cuya probabilidad de presentar agitación psicomotriz sea elevada, como pueden ser algunos de los pacientes ingresados en instituciones psiquiátricas.

En el caso de pacientes menores de edad, legalmente incapacitados o ingresados por orden judicial, el consentimiento informado debe ser por representación, es decir, por los tutores en el caso de los menores y por los familiares o por el representante designado en situación de incapacidad por parte del paciente.

En todo caso, la gestión del derecho a la información debe preservarse y habrá que informar siempre antes de la aplicación del tratamiento, adaptando al máximo dicha información a la capacidad del paciente, aunque se piense que no la está asimilando. Un buen momento para aportar esta información al paciente sería durante la contención psicológica.

Otros dos aspectos que hay que tener en cuenta son la intimidad y la vulnerabilidad. La persona contenida presenta una gran vulnerabilidad y un elevado nivel de dependencia, por lo que precisará una valoración integral frecuente. La intimidad de la persona deberá ser escrupulosamente respetada: la reducción y restricción física se llevará a cabo, siempre que sea posible, en un lugar protegido de la mirada de los demás, y durante el tiempo que dure el tratamiento se evitará que la persona quede expuesta innecesariamente a las miradas de terceros.

■ REFLEXIONES FINALES

La restricción física o contención mecánica es una medida terapéutica susceptible de vulnerar potencialmente algunos derechos fundamentales de los pacientes, si no se utiliza correctamente.

Al revisar las distintas normativas y protocolos encontramos, a nivel nacional, una importante homogeneidad en la descripción teórica de las técnicas y protocolos que guían estas prácticas, así como de sus indicaciones y contraindicaciones.

Asimismo, nos encontramos ante un marco legal estatal amplio que protege los derechos de los pacientes en materia de libertad y seguridad, respeto a la personalidad, dignidad humana e intimidad, derecho a la información sanitaria y consentimiento informado, así como normativa autonómica que acota el uso de la restricción física.

Las implicaciones éticas de estas técnicas son amplias si se obvian los protocolos establecidos y la normativa legal anteriormente mencionados; por lo tanto, es imperativo realizar una indicación justificada, y las técnicas deben ser escrupulosamente correctas, para que estos derechos no sean transgredidos.

Para alcanzar este objetivo, es fundamental que todos los profesionales encargados de indicarla y llevarla a cabo estén familiarizados tanto con su práctica como con sus aspectos teóricos, así como con los aspectos éticos y legales.

Asimismo, es fundamental que los profesionales conozcan el manejo del paciente que comienza a agitarse, para poder llevar a cabo las actuaciones previas, y reducir de esta manera las restricciones físicas a las mínimas e inevitables.

En cuanto a las sensaciones experimentadas, tanto pacientes como profesionales relatan mayoritariamente sensaciones negativas en algún momento del proceso. Si bien es imposible eliminar por completo las sensaciones negativas asociadas a estas técnicas, ya que estamos hablando de reacciones inherentes a la condición humana ante técnicas extremas, estas podrían verse disminuidas poniendo énfasis en la formación de los profesionales e información a pacientes y familiares ■

■ BIBLIOGRAFÍA

1. Yorston G, Haw C. Historical perspectives on restraint. En: Hughes R, editor. Reducing restraints in health and social care: practice and policy perspectives. Londres: Quay Books; 2009, pp. 5-19.
2. Ramos Breiva JA. Contención mecánica, restricción de movimientos y aislamiento. Barcelona: Masson; 1999.
3. Huf G, Coutinho ES, Ferreira MA, Ferreira S, Mello F, Adams CE: TREC-SAVE Collaborative group. TREC-SAVE: a randomised trial comparing mechanical restraints with use of seclusion for aggressive or violent seriously mentally ill people: study protocol for a randomised control trial. *Trials* 2011; 12: 180.
4. Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948. Disponible en: <https://www.un.org/es/documents/udhr/>
5. Constitución Española. Boletín oficial del Estado, n.º 311 (29-12-1978).
6. Ley de enjuiciamiento civil. Ley 1/2000, de 7 de enero. Boletín Oficial del Estado, n.º 7 (08-01-2000).
7. Ley General de Sanidad. Ley 14/1986, de 25 de abril. Boletín Oficial del Estado, n.º 102 (29-04-1986).
8. Ley básica reguladora de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley 41/2002, de 14 de noviembre. Boletín Oficial del Estado, n.º 274 (15-11-2002).
9. Ley de Derechos y Servicios Sociales. Ley de Cantabria 2/2007, de 27 de marzo. Boletín Oficial del Estado, n.º 94 (19-04-2007).
10. Código Deontológico de Enfermería Española, 1989. Disponible en: <http://www.terra.es/personal/duenas/codigo.htm>
11. JCAHO. Restraint and seclusion standards. 2001. Disponible en: <http://www.ohanet.org/csr/resource/restraintsseclusion.pdf>
12. Seoane Lago A, Alava Cascon T, Blanco Prieto M, Díaz Moreno H. Protocolo de contención de pacientes. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. 2005. Disponible en: http://www.fundacionmanantial.org/ssm_area_3/programas/guias/guia_contencion.pdf
13. Grupo de trabajo de contención mecánica. Protocolo de contención mecánica de movimientos. Hospital Universitario 12 de Octubre. 2003. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/doceoctubre-protocolo-01.pdf>
14. Comité de Ética Asistencial. Protocolos que regulan el uso de medidas restrictivas en el curso de la hospitalización. Sagrat Cor de Serveis de Salut Mental. 2004. Disponible en: http://www.revistahospitalarias.org/info_2004/01_175_04.htm
15. Grupo de trabajo sobre mejora del ambiente terapéutico. Protocolo de contención mecánica, Servicio Andaluz de Salud. 2010. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/librery/plantillas/externa.asp?pag=../publicaciones/datos/410/pdf/ProtocoloCM_Nov_2010.pdf
16. Rodríguez de Vera Selva ML, Alarcón Tobarra N, Ruiz García J, Pérez Mascuñán MD. Protocolo de contención mecánica. Complejo Hospitalario Universitario Albacete. Disponible en: <http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/2f2c033f33dc3ee760b-9836265c0b711.pdf>
17. Comité de ética para la asistencia sanitaria. Protocolo de contención de movimientos de pacientes. Hospital Clínico San Carlos. 2010. Disponible en: http://www.actasanitaria.com/fileset/doc_57886_FICHERO_NOTICIA_99413.pdf
18. López Sánchez O. Actuación enfermera ante el paciente con agitación psicomotriz. *Revista científica Hygia de enfermería* 2011; 76: 47-53.
19. Moriones Jiménez O, Muñoz Arrieta I. Contención mecánica. Informaciones psiquiátricas. Segundo semestre 2010; núm. 200. Disponible en: http://www.revistahospitalarias.org/info_2010/02_200_07.htm
20. Quintero-Uñibe LC, Blanco-Arriola L, Zarrabeitia MT. Muertes provocadas por cinturones de contención en ancianos encamados. *Rev Esp Med Legal* 2012; 38: 28-31.
21. Galán Cabello C, Trinidad Trinidad D, Ramos Cordero P, Gómez Fernández JP, Gregorio Alastruey Ruiz J, Onrubia Pecharrroman A y cols. Sección Clínica. Uso de sujeciones físicas en una población anciana ingresada en residencias públicas. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2008; 43: 208-13.
22. Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica. Hacia una cultura sin restricciones: las restricciones físicas en ancianos institucionalizados. 2003. Disponible en: http://arrakis.es/~seegg/documentos/doc_tec/doc_tec_03.pdf
23. Larue C, Dumais A, Ahern E, Bernheim E, Mailhot MP. Factors influencing decisions on seclusion and restraint. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2009; 16: 440-6.
24. Stubbs BC, Leadbetter D, Paterson B, Yorston G, Knight C, Davis S. Physical intervention: a review of the literature on its use, staff and patient views, and the impact of training. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2009; 16: 90-105.
25. Hawkins S, Allen D, Jenkins R. The use of physical interventions with people with intellectual disabilities and challenging behavior-the experiences of service users and staff members. *J Appl Res Intellect Disabil* 2005; 18: 19-34.
26. Saario R, Isola A. Nursing staff perceptions of the use of physical restraint in institutional care of older people in Finland. *J Clin Nurs* 2010; 19: 3197-207.
27. Stubbs B. The manual handling of the aggressive patient: a review of the risk of injury to nurses. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2009; 16: 395-400.
28. Winship G. Further thoughts on the process of restraint. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2006; 13: 55-60.
29. Comisión Deontológica. Consideraciones ante las contenciones físicas y/o mecánicas: aspectos éticos y legales. Colegio oficial de enfermería de Barcelona. 2006. Disponible en: http://www.arrakis.es/~seegg/documentos/doc_int/contencion_colg_bar.pdf
30. Gorrotabategi Iarrea M, Romero Cuesta J. Voluntades psiquiátricas: una herramienta terapéutica. *Norte de salud mental* 2012; 42: 11-17.