



Universitat
de les Illes Balears

TESIS DOCTORAL
2023

**LA CULTURA DE LA CONTENCIÓN FÍSICA EN EL
PACIENTE GERIÁTRICO:
PERSPECTIVA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DE LOS
HOSPITALES DE ATENCIÓN INTERMEDIA EN MALLORCA.**

Alba Loreto Carrero Planells



Universitat
de les Illes Balears

TESIS DOCTORAL
2023

**Programa de Doctorado en Salud Global, Servicios
de Salud y Atención Sociosanitaria**

**LA CULTURA DE LA CONTENCIÓN FÍSICA EN EL
PACIENTE GERIÁTRICO:**

**PERSPECTIVA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DE LOS
HOSPITALES DE ATENCIÓN INTERMEDIA EN MALLORCA.**

Alba Loreto Carrero Planells

Directora: Cristina Moreno Mulet

Directora: Ana Maria Urrutia Beascoa

Tutor: Miquel Bennasar Veny

Doctora por la Universitat de les Illes Balears



Universitat
de les Illes Balears

Dra. Cristina Moreno Mulet, de la Universitat de les Illes Balears

DECLARO:

Que la tesis doctoral que lleva por título *La cultura de la contención física en el paciente geriátrico: perspectiva de los profesionales sanitarios de los hospitales de atención intermedia en Mallorca*, presentada por Alba Loreto Carrero Planells para la obtención del título de doctor, ha sido dirigida bajo mi supervisión.

Y para que quede constancia de ello firmo este documento.

Firma

Palma de Mallorca, mayo de 2023



Universitat
de les Illes Balears

Dra. Ana Maria Urrutia Beascoa, de la Fundació Cuidados Dignos

DECLARO:

Que la tesis doctoral que lleva por título *La cultura de la contención física en el paciente geriátrico: perspectiva de los profesionales sanitarios de los hospitales de atención intermedia en Mallorca*, presentada por Alba Loreto Carrero Planells para la obtención del título de doctor, ha sido dirigida bajo mi supervisión.

Y para que quede constancia de ello firmo este documento.

Firma

Palma de Mallorca, mayo de 2023

A Naia, por enseñarme a querer incondicionalmente;
A Elia, porque aún no has nacido y ya te queremos;
A Raúl, por acompañarme sin soltarme de la mano;
A mis padres y a mi hermana, por ser siempre sostén y refugio.



AGRADECIMIENTOS

A lo largo de esta tesis, me ha acompañado una sensación constante de no llegar, pero sí, he llegado. Más bien, hemos llegado, porque sin tantas personas que me han cogido de la mano no hubiese sido posible. La tesis es un proceso que me ha cambiado, me ha hecho ver que no puedo ni debo controlarlo todo, que el universo tiene planes diferentes a los que nos podíamos plantear (incluyendo una pandemia mundial) y que es mejor dejar fluir y dejar que, poco a poco y con (mucho) trabajo, los frutos lleguen. Así que, llegados a este punto, sólo puedo agradecer a todas las personas que me han acompañado y apoyado durante este camino, siendo consciente de que, escriba lo que escriba, nunca será suficiente.

Para comenzar, quiero dar las gracias a todos los médicos, las enfermeras y las auxiliares de enfermería que han participado en el estudio. Gracias por vuestro interés, vuestro tiempo y vuestro esfuerzo por compartir conmigo vuestro día a día, dándole sentido y forma a este proyecto. En esta línea, quiero agradecer a la Dirección del Hospital Joan March, el Hospital General y el Hospital Sant Joan de Déu de Palma por haber creído en este trabajo y haberme permitido entrar en sus unidades de hospitalización a través de las entrevistas a sus profesionales. Muy especialmente, quiero dar las gracias a los tres enfermeros que han colaborado en este estudio, Xisca Pozo, Rosario Serra y Gaizka Parra: gracias por vuestra inestimable ayuda en el reclutamiento de los participantes. Además, me gustaría darle las gracias a Angélica Miguélez, Subdirectora de Atención a la Cronicidad, por mostrar tanto interés por el proyecto y por explicarme la situación de la atención intermedia en Mallorca.

Para continuar, no puedo más que agradecer a mis Directoras de tesis su tiempo, su dedicación y su rigor. Muchas gracias por ser como sois. Sin saberlo, hace muchos años las dos fuisteis inspiración personal, profesional y académica, así que gracias a la tesis por permitirme trabajar con vosotras.

Por un lado, muchas gracias a Cristina Moreno, ese amor platónico que comenzó siendo alumna en las clases de ética y que ha superado, sin duda, todas las expectativas al descubrir a la persona. Gracias por creer siempre en mí y en este proyecto, por tu implicación y tu disponibilidad constante, por ayudarme a confiar en que todo irá bien y por tus aportaciones siempre valiosas y acertadas, aunque en algunos momentos yo lo veía todo tan negro que no era capaz de verlo. Y más allá de esta tesis, gracias por pensar siempre tanto y tan bien en mí, por cuidarme, protegerme y quererme como haces, en definitiva, gracias por convertirte en una persona fundamental en mi vida.

Por otro lado, muchas gracias a Ana Urrutia por ese taller en el hospital que me hizo reflexionar y que es el inicio de todo este proyecto. Gracias por abrirme las puertas de tu residencia y poder constatar que, efectivamente, otra forma de cuidar es posible. Muchas gracias por estar cerca pese a la distancia, por tu implicación, por tus palabras de ánimo y de reconocimiento al trabajo realizado y, sobre todo, muchas gracias por tu compromiso siempre contagioso e inspirador.

Quiero aprovechar la oportunidad para dar las gracias a mis compañeros del Departamento de Enfermería y Fisioterapia de la UIB. Soy muy afortunada de compartir vida laboral con vosotros, siempre me he sentido tan estimada y valorada que no puedo más que daros las gracias por vuestro ánimo y vuestro cariño. Muy especialmente, me gustaría agradecer a Noemí Sansó su cariño, sus cuidados y sus consejos que tanto me han ayudado. Gracias a Rosamaria Alberdi por ser la mejor madre adoptada con la que podía compartir espacio, confidencias y preocupaciones. También muchas gracias a Miquel Bennasar, Joan de Pedro, Aina Yáñez y Berta Artigas por vuestras palabras de aliento y por estar cuando os he necesitado. Gracias a Antonia Martín por haber creído en mí desde el principio.

Muchas gracias también a mis compañeros del Grupo de Investigación Crítica en Salud (GICS): Marga Miró, Rosa Miró, Andreu Bover, Carme Alorda, Concha Zaforteza, Mateu Nadal y Magda Borràs, gracias por crear este espacio de reflexión y aprendizaje. Gracias a Amélie Péron por tu mirada y tus aportaciones. Gracias Xim Valdivielso por acercarme a la teoría crítica y ayudarme a comprenderla.

Gracias a mis compañeras de asignaturas, muy especialmente a Sonia Del Águila, Candi Alamillos y Rosario Serra, ¡qué lujo trabajar con vosotras! Gracias por las palabras de ánimo y por hacerlo todo, siempre, tan fácil. Igualmente, muchas gracias a las tres alumnas colaboradoras por su ayuda y su predisposición: Loren Amador, Inés Picó y Lara López.

Y finalmente, muchas, muchas gracias a mis compañeros de aventura doctoral, sobre todo, a Camelia López, Patricia García y Sergio Fresneda. Muy especialmente, quiero darle las gracias a Sandra Pol, por su comprensión y su complicidad, por sus aportaciones, así como por las risas y las lágrimas compartidas, ¡qué suerte haberte (re)encontrado en esta aventura!

Para acabar, no puedo estar más agradecida a mi(s) familia(s), la de sangre y las de corazón. Muchas gracias a mis amigos por estar siempre y por ser fuente de diversión y felicidad. Gracias Marta, Pilar, Rafa, Jordi, Denise, Marina, Carol, Raquel y Nuria.

Muchas gracias a mi madre, por enseñarme a poner pasión en el trabajo y amor a la vida; y muchas gracias por su lectura minuciosa de esta tesis y sus aportaciones. Muchas gracias a mi padre por su lección de vida (y resiliencia) constante, enseñándonos que lo importante es la actitud con la que nos enfrentemos a los obstáculos. Muchas gracias a mi hermana Mar, por ser el mejor regalo que mis padres me podían hacer y por estar, siempre. Y a mis hermanos Juanja y Myriam, así como a mis sobrinos Claudia, Juan, Marina y Marc: ¡qué afortunada soy de teneros en mi vida! Muy especialmente, quiero agradecer a mi madre, a mi hermana y a Jaume toda la ayuda con Naia, gracias por darme esos espacios de tiempo sabiendo que ella estaba en las mejores manos (y más si también estaba Marc). También muchas gracias a mi familia de Lluçmajor y de Bilbao por cuidarnos y mimarnos tanto.

Muchas gracias a Raúl, gracias por haber creído en este proyecto y haber convertido una oportunidad personal en un proyecto común, lo hemos conseguido. Gracias por confiar en que todo tiene sentido y que todos los esfuerzos valen (y valdrán) la pena, gracias por ayudarme a levantar cuando me he caído. Y, por último, el mayor de los agradecimientos tiene también una parte de perdón a mis hijas, prácticamente co-autoras de esta tesis ya que ambas me han acompañado en este proceso desde antes de nacer. Moltes gràcies Naia per donar-li sentit a tot i per posar alegria i amor als nostres dies, gràcies per ser com ets i ajudar-nos a ser millors, ensenyant-nos què és el realment important. Moltes gràcies Elia per compartir aquests darrers mesos de nervis i compte enrere i haver-ho posat tan fàcil, estem desitjant conèixer-te i estimar-te (més encara).



ÍNDICE¹

RESUMEN	15
Capítulo 1. REFLEXIVIDAD Y POSICIONALIDAD	19
Capítulo 2. CONTEXTUALIZACIÓN	25
2.1. El envejecimiento poblacional: ¿triumfo, amenaza o reto?	25
2.2. Las políticas y la atención de las personas mayores en las instituciones sociosanitarias..	32
2.3. Las dos caras del cuidado a las personas mayores	34
Capítulo 3. INTRODUCCIÓN	41
3.1. Las contenciones físicas	41
3.2. Los efectos y las consecuencias del uso de las contenciones físicas	49
3.3. Los modelos emergentes frente al uso de las contenciones	71
3.4. El cuidado con o sin contenciones físicas desde la práctica basada en la evidencia	76
Capítulo 4. REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	81
4.1. La cultura de la contención física desde la perspectiva de los usuarios	81
4.2. La cultura de la contención física desde la perspectiva de los profesionales sanitarios ...	84
4.3. La cultura institucional de la contención física	99
Capítulo 5. MARCO TEÓRICO	103
5.1. El paradigma crítico-social	103
5.2. El entramado conceptual de Michel Foucault	104
5.3. La teoría de la deshumanización.....	122
Capítulo 6. METODOLOGÍA.....	145
6.1. Pregunta y objetivos de la investigación.....	145
6.2. Diseño de la investigación.....	145
6.3. Ámbito del estudio y participantes.....	148
6.4. Recogida de datos	151
6.5. Análisis (e interpretación) de los datos.....	154
6.6. Elementos de rigor	156
6.7. Aspectos éticos.....	158
6.8. Financiación.....	160
Capítulo 7. RESULTADOS.....	161
7.1. El posicionamiento de los profesionales respecto a las contenciones físicas.....	161
7.2. Las prácticas de los profesionales en relación al uso de las contenciones físicas	171
7.3. Los conflictos éticos en torno a las contenciones físicas	232

¹ Para simplificar la búsqueda en este índice, se presenta únicamente los capítulos de la tesis y sus apartados principales. En el anexo 1 (p. 355) se encuentra el índice extendido que incluye todos los subapartados que componen este trabajo.

7.4. El cuidado sin contenciones	243
7.5. Las similitudes y las diferencias en la práctica de la contención física según la categoría laboral	255
Capítulo 8. DISCUSIÓN	265
8.1. De persona mayor a paciente geriátrico: la deshumanización como desencadenante del uso de las contenciones físicas	265
8.2. La práctica de la contención física: la normalización del cuidado (no) centrado en la persona	274
8.3. El rol profesional como garante de la seguridad del paciente a través de la contención	285
8.4. La falta de reflexión ética sobre el uso de las contenciones físicas	290
8.5. Las instituciones sanitarias como espacios (in)seguros y disciplinarios de contención	301
8.6. Hacia una cultura sin contenciones físicas	310
8.7. Limitaciones y fortalezas del estudio	320
8.8. Implicaciones del estudio	321
Capítulo 9. CONCLUSIONES.....	329
Capítulo 10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	331
ANEXOS	355
Anexo 1. Índice extendido	355
Anexo 2. Los principios recogidos en los Códigos Deontológicos	361
Anexo 3. Publicación artículo: protocolo del estudio	363
Anexo 4. Formato de correo electrónico para el reclutamiento de los participantes	374
Anexo 5. Hoja de información al participante	375
Anexo 6. Documento de Consentimiento Informado.....	377
Anexo 7. Guion de las entrevistas individuales	378
Anexo 8. Ficha sociodemográfica	379
Anexo 9. Pautas para la transcripción literal de las entrevistas	380
Anexo 10. Informes favorables de los centros	381
Anexo 11. Informe favorable del Comité de Ética de la Investigación de las Islas Baleares	387
Anexo 12. Categorías y códigos resultantes del análisis de los resultados	388

LISTADO DE ABREVIATURAS

ABVD:	Actividades básicas de la vida diaria
ACD:	Análisis Crítico del Discurso
CBE:	Comité de Bioética de España
CEI-IB:	Comité de Ética de la Investigación de las Islas Baleares
CGE:	Consejo General de Enfermería
CIE:	Consejo Internacional de Enfermeras
COIB:	Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona
COIBA:	Colegio Oficial de Enfermería de las Islas Baleares
EH:	Exclusivamente Humanas
FGE:	Fiscalía General del Estado
IB-SALUT:	Servicio de Salud de las Islas Baleares
IMSERSO:	Instituto de Mayores y Servicios Sociales
MCS:	Modelo Con Sujeción
MSS:	Modelo Sin Sujeción
NANDA:	<i>North American Nursing Diagnosis Association</i>
NH:	Naturalmente Humanas
NIC:	<i>Nursing Interventions Classification</i>
OMC:	Organización Médica Colegial
OMS:	Organización Mundial de la Salud
ONU:	Organización de las Naciones Unidas
SAAD:	Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia
SEGG:	Sociedad Española de Geriátría y Gerontología
TCAE:	Técnico en cuidados auxiliares de enfermería

LISTADO DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Los efectos físicos y psicológicos sobre el paciente de la contención física (Fariña-López, 2011).	p. 49
Tabla 2. Las legislaciones autonómicas que regulan el uso de las contenciones físicas.	p. 67
Tabla 3. Traducción y adaptación de la lista de recomendaciones propuestas por Bellenger (2019) para evitar el uso de las contenciones físicas en las residencias de personas mayores.	p. 72
Tabla 4. Distribución de los profesionales según el centro de trabajo.	p. 149
Tabla 5. Criterios de inclusión y exclusión de los centros (y las unidades) de atención intermedia y los profesionales asistenciales.	p. 149
Tabla 6. Perfil de los participantes.	p. 151
Figura 1. La relación entre las características EH y la animalización (adaptado de Haslam (2006) por Martínez (2017)).	p. 128
Figura 2. La relación entre las características de NH y la mecanización (adaptado de Haslam (2006) por Martínez (2017)).	p. 129
Figura 3. Imagen de paciente contenido que sufre caída desde la cama mostrada durante la entrevista.	p. 153

Introducción: El uso de las contenciones físicas es una práctica habitual en el cuidado de las personas mayores hospitalizadas e institucionalizadas. Sin embargo, su uso es muy cuestionado en la actualidad por las repercusiones que conlleva a nivel físico, psicológico, moral, ético, jurídico y social. En la práctica de la contención física influyen tanto el propio paciente y sus familiares, como los profesionales sanitarios y la institución. En concreto, la bibliografía señala que los profesionales muestran una falta de conocimientos respecto a las contenciones físicas y presentan actitudes favorables a su uso, lo que se relaciona con una peor práctica.

Marco teórico: El estudio se enmarca en el paradigma crítico-social. En concreto, se ha decidido utilizar el pensamiento de Foucault, especialmente el entramado conceptual relacionado con la seguridad, la disciplina, la normalización y la resistencia. Como teoría de segundo rango, se ha optado por las teorías de la deshumanización de Haslam, entendida como el acto de despojar a la persona de ciertas cualidades propias de los humanos.

Objetivos: Conocer la cultura de la contención física del paciente geriátrico entre los profesionales sanitarios de los hospitales de atención intermedia en Mallorca. En concreto, se pretende explorar los conocimientos, las actitudes y las prácticas de los profesionales en relación al uso de las contenciones físicas, describir los factores institucionales que influyen en éste y analizar su impacto ético, identificando las similitudes y las diferencias en el discurso profesional según la disciplina y la categoría laboral.

Metodología: Diseño cualitativo de enfoque etnometodológico mediante análisis crítico del discurso. El estudio se desarrolló en los hospitales de atención intermedia de Mallorca. Se realizaron 22 entrevistas semiestructuradas a médicos, enfermeras y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, seleccionados mediante muestreo teórico-intencional. Se garantizó el rigor metodológico mediante la saturación de los datos, la triangulación y la reflexividad.

El estudio fue aprobado por la Comisión de Investigación de los centros incluidos y por el Comité de Ética de la Investigación de las Islas Baleares (IB 4026/19 PI). Todos los participantes otorgaron su consentimiento informado y sus datos fueron tratados confidencialmente.

Resultados: Los profesionales presentan falta de conocimientos sobre las propias contenciones físicas, el marco legal que las regula y los principios del cuidado sin contenciones. Las contenciones son valoradas como elementos necesarios, protectores e, incluso, terapéuticos en el cuidado de las personas mayores. La aplicación de las contenciones físicas conforma una práctica normalizada al ser utilizadas de forma automatizada, rutinaria, preventiva y prolongada en el tiempo. Además, los déficits arquitectónicos e institucionales propician su uso, que se mantiene ante la falta de control por parte de la organización sobre su aplicación. La práctica de la contención responde así a la cultura de seguridad y la disciplina de las instituciones sanitarias y a una visión deshumanizada de las personas mayores. Los profesionales presentan conflictos éticos derivados del debate entre la autonomía y la no maleficencia (entendida únicamente desde la esfera física) del paciente, para cuyo afrontamiento despliegan estrategias como la racionalización en base a la seguridad física o su rol profesional. La práctica de la contención física difiere según la categoría laboral, de tal forma que las auxiliares de enfermería asumen una función técnica; las enfermeras prescriben y coordinan el proceso; y los médicos se convierten en garantes legales de su prescripción.

Conclusiones: Las contenciones físicas conforman una práctica normalizada, deshumanizante y deshumanizada en el cuidado a las personas mayores, justificada por y para la seguridad física del paciente geriátrico y desarrollada ante la actitud permisiva de las instituciones. Los profesionales y las instituciones deben comprometerse con los cuidados centrados en la persona y libres de contenciones físicas.

Palabras clave: Restricción física; Conocimientos, actitudes y práctica en salud; Cultura organizacional; Personal de salud; Anciano; Hospitalización; Ética profesional; Investigación cualitativa.

RESUM

Introducció: L'ús de les contencions físiques és una pràctica habitual en la cura de les persones majors hospitalitzades i institucionalitzades. No obstant això, el seu ús és molt qüestionat en l'actualitat per les repercussions que comporta a nivell físic, psicològic, moral, ètic, jurídic i social. En la pràctica de la contenció física influeixen tant el propi pacient i els seus familiars, com els professionals sanitaris i la institució. En concret, la bibliografia assenyala que els professionals mostren falta de coneixements respecte a les contencions físiques i presenten actituds favorables al seu ús, el que es relaciona amb una pitjor pràctica.

Marc teòric: L'estudi s'emmarca en el paradigma crític-social. En concret, s'ha decidit utilitzar el pensament de Foucault, especialment l'entramat conceptual relacionat amb la seguretat, la disciplina, la normalització i la resistència. Com teoria de segon rang, s'ha optat per les teories de la deshumanització de Haslam, entesa com l'acte de despullar a la persona de certes qualitats pròpies dels humans.

Objectius: Conèixer la cultura de la contenció física del pacient geriàtric entre els professionals sanitaris dels hospitals d'atenció intermèdia a Mallorca. En concret, es pretén explorar els coneixements, les actituds i les pràctiques dels professionals en relació a l'ús de les contencions físiques, descriure els factors institucionals que hi influeixen i analitzar el seu impacte ètic, identificant les similituds i les diferències en el discurs dels professionals segons la seva disciplina i categoria laboral.

Metodologia: Disseny qualitatiu d'enfocament etnometodològic mitjançant l'anàlisi crític del discurs. L'estudi es va desenvolupar en els hospitals d'atenció intermèdia de Mallorca. Es varen realitzar 22 entrevistes semiestructurades a metges, infermeres i tècnics en cures auxiliars d'infermeria, seleccionats mitjançant mostreig teòric-intencional. Es va garantir el rigor metodològic mitjançant la saturació de les dades, la triangulació i la reflexivitat.

L'estudi es va aprovar per la Comissió d'Investigació dels centres inclosos i va ser avaluat positivament pel Comitè d'Ètica de la Investigació de les Illes Balears (IB 4026/19 PI). Tots els participants atorgaren el seu consentiment informat i les seves dades varen ser tractades de forma confidencial.

Resultats: Els professionals presenten falta de coneixements sobre les pròpies contencions físiques, el marc legal que els regula i els principis de la cura sense contencions. Les contencions

són valorades com a elements necessaris, protectors i, inclús, terapèutics en la cura de les persones majors. L'aplicació de les contencions físiques conforma una pràctica normalitzada essent utilitzades de forma automatitzada, rutinària, preventiva i prolongada en el temps. A més, els dèficits arquitectònics i institucionals propicien el seu ús, que es manté davant la falta de control per part de l'organització sobre la seva aplicació. La pràctica de la contenció respon així a la cultura de la seguretat física i la disciplina de les institucions sanitàries i a una visió deshumanitzada de les persones grans. Els professionals presenten conflictes ètics derivats del debat entre l'autonomia i la no maleficència (entesa només des de l'esfera física) del pacient, i per al seu afrontament despleguen estratègies com la racionalització d'acord amb la seguretat o el seu rol professional. La pràctica de la contenció física difereix segons la categoria laboral, de tal forma que les auxiliars d'infermeria assumeixen una funció tècnica; les infermeres prescriuen i coordinen el procés; i els metges es converteixen en garants legals de la seva prescripció.

Conclusions: Les contencions físiques conformen una pràctica normalitzada i deshumanitzada en la cura a les persones majors, justificada per la seguretat física del pacient geriàtric i desenvolupada davant l'actitud permissiva de les institucions. Els professionals i les institucions han de comprometre's amb les cures centrades en les persones i lliures de contencions físiques.

Paraules claus: Restricció física; Coneixements, actituds i pràctiques en salut; Cultura organitzacional; Personal de salut; Ancià; Hospitalització; Ètica professional; Investigació qualitativa.

ABSTRACT

Introduction: The use of physical restraints is a common practice in the care of hospitalized and institutionalized elderly. However, this practice is currently being questioned because of the physical, psychological, moral, ethical, legal and social repercussions that its use entails. The use of physical restraints is influenced by both the patient himself and his family, as well as the health professionals and the institution. Specifically, the literature indicates that professionals show a lack of knowledge regarding physical restraints and have attitudes favourable to their use, which is related to a worse practice.

Theoretical framework: The study is framed in the critical-social paradigm. Specifically, it has been decided to use Foucault's theoretical framework, especially, the conceptual framework related to safety, discipline, normalization, and resistance. The theory of Haslam's dehumanization has been chosen as a middle-range theory, meaning dehumanizing the act of stripping the person of certain qualities that are characteristic of humans.

Objectives: To explore the culture of physical restraint of geriatric patients among health professionals of intermediate care hospitals in Mallorca. Specifically, it is intended to describe the knowledge, attitudes and practices of professionals regarding the use of physical restraints, to describe the institutional factors that influence it and to analyse its ethical impact, identifying the similarities and differences in the discourse of healthcare professionals according to their discipline and professional category.

Methodology: Qualitative design with an ethnomethodological approach through critical discourse analysis. The study was conducted in intermediate care hospitals in Mallorca. Twenty-two semi-structured interviews were conducted with physicians, nurses, and nursing assistants, selected through theoretical-intentional sampling. Methodological rigour was guaranteed through data saturation, triangulation, and reflexivity.

The study was approved by the Research Commission of the centres included and was positively evaluated by the Research Ethics Committee of the Balearic Islands (IB 4026/19 PI). All participants gave their informed consent and their data were treated confidentially.

Results: The professionals have a lack of knowledge about physical restraints, the legal framework that regulates them and the principles of care without restraints. The restraints are valued as necessary, protective, and even therapeutic elements in the care of the elderly and constitute a standardized practice when they are used in an automated, routine, preventive, and prolonged manner. In addition, architectural and institutional deficits encourage their use, which is maintained due to the lack of control by the organization over its application. The practice of restraint responds thus to the culture of safety and discipline in health institutions and to a dehumanized view of the elderly. Professionals present ethical conflicts arising from the debate between patient autonomy and non-maleficence (understood only from the physical sphere). To deal with these conflicts, professionals deploy strategies such as rationalization based on physical security or their professional role. The practice of physical restraint differs depending on the professional category, in such a way that nursing assistants assume a technical function; nurses prescribe and coordinate the process; and doctors become legal guarantors of the prescription.

Conclusions: Physical restraint is a standardized, dehumanizing, and dehumanized practice in the care of the elderly, justified by and for the geriatric patient's physical security and developed in the presence of a permissive attitude of the institutions. Professionals and institutions must commit to person centred care and free from physical restraints.

Key words: Physical restraints; Health Knowledge, Attitudes, Practice; Organizational culture; Health Personnel; Aged; Hospitalization; Professional ethics; Qualitative research.

Capítulo 1. REFLEXIVIDAD Y POSICIONALIDAD

Este capítulo tiene la finalidad de exponer la reflexividad y la posicionalidad de la investigadora de esta tesis. La necesidad de llevar a cabo este proceso reflexivo deriva de la aceptación de la subjetividad en la generación de conocimiento y de la interacción entre el sujeto investigador y el objeto investigado (Bover, 2013). De esta forma, la reflexividad se impone como una herramienta para examinar críticamente el efecto del investigador tanto sobre el estudio y su desarrollo como sobre sus interacciones con los participantes. En definitiva, la reflexividad desafía las ideas de objetividad y distanciamiento (tan apreciadas en el paradigma positivista), a la vez que expresa la conciencia del investigador explicitando su conexión con la situación de la investigación (de la Cuesta-Benjumea, 2011). Por lo tanto, a través de este ejercicio reflexivo, se espera aportar coherencia teórico-metodológica al estudio (Bover, 2013), explicitando quién es la investigadora principal y cómo ha podido influir en él. Para ello, me voy a tomar la libertad de escribir este capítulo en primera persona.

Tal y como apuntan tanto el título de la tesis como el resumen expuestos hasta ahora, este estudio pretende explorar la cultura de los profesionales respecto al uso de las contenciones físicas en el cuidado del paciente geriátrico en los hospitales de atención intermedia de Mallorca. Me gustaría entonces abrir esta tesis confesando que yo he utilizado las contenciones físicas en mi ejercicio asistencial pero, para poder seguir desarrollando cómo ha sido mi práctica profesional, me gustaría empezar por el principio y explicar quién soy y de dónde vengo.

En la esfera personal, nunca he vivido de cerca la contención de ningún familiar. Por suerte (o por desgracia, pues la mayoría de mis abuelos fallecieron cuando yo era pequeña), no he presenciado el proceso de enfermedad ni de dependencia importante de ningún familiar cercano, por lo que nunca he vivido la contención desde la butaca de un hospital como acompañante ni nunca he participado en ninguna decisión relativa a su uso. Sin embargo, recientemente, mientras hablaba de esta tesis con mi tía, me contó que una de mis abuelas sí fue contenida durante su ingreso hospitalario. En sus palabras aún sonaba el disgusto porque su madre hubiese pasado por esta experiencia, que ella describía como injusta y arbitraria, sin ningún razonamiento basado en la protección del interés superior de su madre. De esta forma, mi tía relataba cómo mi abuela fue contenida de forma rutinaria y automática ante su ausencia (aunque fuese en el baño), aun estando tranquila y sin signos de desorientación. Además, me explicaba cómo ella solicitaba, sin éxito, que no la contuviesen, pero el criterio de los profesionales prevalecía sobre el interés de la paciente y la voluntad de sus familiares. Yo nunca había sido consciente de esta situación, pero me hizo reflexionar sobre el papel de los familiares y, especialmente, me hizo darme cuenta de que el relato de mi tía sobre una situación que ocurrió hace más de 20 años, sigue siendo (desgraciadamente) de total actualidad.

Sin embargo, sí estoy viviendo el envejecimiento de mi padre, que creo que puede enorgullecerse de ser nonagenario. Afortunadamente, está viviendo esta etapa desde la salud (biopsicosocial) y la independencia (en todos los sentidos). Por lo tanto, soy afortunada de poder disfrutar acompañándole desde mi rol de hija, sin tener que ejercer activamente como cuidadora. Tener la oportunidad de compartir esta etapa vital con mi padre me ha hecho enfrentarme en varias ocasiones a decisiones tuyas que yo no compartía, para las cuales yo (como hija y además enfermera) he tratado de hacerle cambiar de opinión (la mayoría de las veces sin éxito alguno). Esto (en frío), me ha hecho reflexionar sobre el derecho a la autonomía

de cada uno, la importancia de respetarlo y de promoverlo, aun cuando vaya en contra de lo que, desde el otro lado, podríamos considerar “lo mejor para el otro”.

A nivel profesional, soy enfermera, siempre había querido serlo (probablemente ser hija de médico y jugar en su consulta tenga algo que ver) y tuve la suerte de poder estudiar la carrera que quise. Y, sobre todo, he tenido la suerte de disfrutar ejerciendo como enfermera al acabar la carrera. En concreto, recién salida de la Facultad, tuve la oportunidad de trabajar en el Hospital Sant Joan de Déu de Palma, donde he trabajado a lo largo de toda mi etapa como enfermera asistencial. Mi trabajo se ha centrado, principalmente, en la unidad de ortogeriatría y rehabilitación funcional, en la que, además de a pacientes postquirúrgicos, cuidábamos, principalmente, a personas mayores con deterioro físico y/o cognitivo.

Durante esta etapa, las contenciones físicas han formado parte de mi actividad asistencial, recurriendo a ellas como un dispositivo de seguridad para evitar las caídas de los pacientes. Así, las utilizaba desde el convencimiento absoluto de que estaba protegiendo a los pacientes y nunca me planteé el impacto ético que pudiese derivar de dicho uso. Esta visión de las contenciones era compartida con mis compañeros, que de forma casi unánime las utilizábamos de forma rutinaria, especialmente para el cuidado de los pacientes con riesgo de caídas y a los que no era posible supervisar o acompañar. Además, llevábamos a cabo esta práctica sin un cuestionamiento sobre si este uso se ajustaba a los protocolos asistenciales ni, mucho menos, a la legislación vigente. Entre nosotros tampoco se producía una reflexión conjunta sobre la idoneidad de esta práctica ni sobre el modelo de cuidados (con o sin contenciones) que queríamos ofrecer. Incluso, cuando un paciente sufría una caída (y tenía indicación de contención física), lo primero que nos preguntábamos es si el paciente estaba contenido en el momento de la caída, entendiéndolo que si no lo estaba se había producido un fallo por parte del profesional responsable de ponerla. En definitiva, yo (nosotros) utilizaba (utilizábamos) las contenciones físicas con bastante frecuencia y normalidad en nuestro día a día, valorándolas positivamente y sin plantear dicha práctica desde la maleficencia ni la indignidad.

Un punto de inflexión para mí fue la asistencia a una charla sobre cuidados sin contenciones impartida por la Dra. Ana Urrutia Beaskoa, directora de la Fundación Cuidados Dignos que promueve un modelo de cuidados libre de sujeciones. Esta charla se produjo en el contexto de un intento por parte del hospital donde trabajaba por cambiar el paradigma de cuidado hacia una atención libre de contenciones físicas. Al asistir a la charla, el discurso de la Dra. Urrutia me hizo abrir los ojos frente a las contenciones físicas, pues el uso normalizado que estaba denunciando se correspondía con la práctica que yo desarrollaba sin cuestionamiento. A través de su ponencia, empecé a mirar a las contenciones de una forma diferente, dejándolas de ver como elementos protectores y reconociendo el componente indigno que suponen para la persona contenida. Además, la evidencia que mostró respecto a la (in)eficacia de estos dispositivos en la prevención de caídas, me hizo cuestionarme el sentido de su aplicación en el cuidado de las personas mayores. Finalmente, al mostrarnos algunas alternativas a su uso, me hizo ver que realmente era posible cuidar de otra forma, de una forma que yo nunca me había planteado ni su necesidad ni la posibilidad de su aplicación en mi ejercicio asistencial. Aunque esta charla me puso frente al espejo y me hizo tomar conciencia del uso que estaba haciendo, lo cierto es que no se tradujo en un cambio significativo en mi práctica clínica. Sí intenté racionalizar el uso de las contenciones físicas, buscando ciertas estrategias de acompañamiento que pudiesen evitar su aplicación en el cuidado de una persona mayor por el solo hecho de no estar acompañada. He de decir que esta tendencia a intentar evitar las contenciones fue relativamente generalizada, pues ya se empezaban a escuchar voces que apelaban a usarlas

racionalmente y, desde el hospital, además de la formación, se estaban desarrollando estrategias en esta línea (como la formación de un grupo de trabajo al respecto). Por lo tanto, en el hospital se empezó a reducir y a evitar las contenciones físicas, destacando algunos profesionales que empezaban a cuestionar su aplicación en pacientes concretos. Sin embargo, en ese momento ni disponía de los conocimientos ni tenía las herramientas para cuidar sin sujeciones, pero debo reconocer que tampoco los busqué activamente. Por lo tanto, aunque sí que algo se modificó en mi interior, el cuidado sin contenciones no se convirtió en una transformación prioritaria en mi praxis profesional, por lo que no tuve un papel activo en el cuestionamiento de la práctica ni lideré ningún proceso de cambio en mi organización.

Otro momento clave en el proceso de reflexividad fue cuando recuperé una foto que había realizado poco tiempo antes de acabar mi etapa asistencial y que muestro a continuación.



Esta fotografía fue tomada una tarde de domingo. En ese momento del turno, la carga asistencial era baja, así que aprovechamos el buen tiempo para salir a la terraza con varios pacientes que no estaban acompañados por sus familiares. Con el tiempo, más allá de evocar un recuerdo bonito, esta foto también me ha ayudado a tomar conciencia del uso que hice de las contenciones. Al recuperarla (una vez iniciada la tesis), me di cuenta de que una de las pacientes (la segunda a la izquierda) estaba contenida. Esto me hizo reflexionar sobre el uso abusivo que había estado haciendo de las contenciones físicas, llegando a utilizarlas en una situación tan idílica como la de la foto, teniendo contenida a una paciente que estaba tranquila y acompañada por nosotros. Además, me hizo ser consciente de lo normalizadas que las tenía, que llegaban a ser un elemento invisible a mis ojos.

Paralelamente al ejercicio asistencial, inicié mis estudios de máster y, sin una intencionalidad clara, empecé a abordar el fenómeno de la contención física desde varias perspectivas en los diferentes trabajos que tuve que realizar. De esta forma, acabé realizando mi trabajo final de máster que ha servido de diseño inicial para esta tesis. A modo de ilustración del estado en el que me encontraba cuando acabé el máster e inicié esta tesis, me gustaría recuperar y compartir un fragmento de la reflexividad de dicho trabajo final de máster (junio 2018).

Ahora mismo, me encuentro ante una situación ambigua. Una parte de mí siente que, en determinados momentos, necesitamos las contenciones físicas. Ante la falta de alternativas y la imposibilidad de supervisar continuamente a nuestros pacientes, la restricción acaba siendo muchas veces la 'única opción'. Sin embargo, entiendo que las contenciones son dispositivos éticamente inaceptables y que deberían ser evitados, por lo que su uso me produce discomfort. En consecuencia, las contenciones no se han erradicado de mi día a día profesional. [...] En muchas ocasiones acaba siendo inevitable iniciarlas y mantener su uso, pues no basta con retirarlas, sino que hay que establecer mecanismos para suplirlas y estos no siempre están disponibles o son factibles.

Creo que este fragmento refleja mi transición desde la práctica normalizada a la mirada crítica que he ido adquiriendo en estos 4 años de tesis doctoral, representando el frágil (des)equilibrio entre posturas que, inclinada en uno u otro lado según el momento, me ha acompañado a lo largo de todo este proceso. Así que, desde el convencimiento de la necesidad de profundizar en el discurso de los profesionales, decidí seguir este camino e iniciar mis estudios de doctorado. En concreto, partía de la base de que saber por qué nos comportamos de una determinada forma es imprescindible para llegar a actuar de otra. Por lo tanto, opté por la metodología cualitativa para desarrollar este estudio, con la intención de comprender la perspectiva de los profesionales y así generar un conocimiento en profundidad y con un carácter contextual que permita plantear después líneas de actuación estratégicas que se adapten y den respuesta a las necesidades particulares de los profesionales asistenciales en este entorno. Más específicamente, opté por llevar a cabo una investigación crítica, desde el convencimiento de que la práctica de la contención que se lleva a cabo en el cuidado de las personas mayores debe ser visibilizada y denunciada para poder ser modificada.

A lo largo de este proceso académico, he tenido la oportunidad de empaparme de literatura científica respecto al fenómeno de la contención física en el cuidado de las personas mayores, profundizando en *el lado oscuro* de su uso y constatando por otro lado que cuidar con seguridad y sin contenciones físicas es posible. Esto me ha permitido ir cultivando una mirada crítica hacia esta práctica y tomar conciencia de la importancia y la urgencia de cambiar el paradigma de cuidado. Sin embargo, este viraje hacia la denuncia no me ha impedido empatizar en muchos momentos con los profesionales que han participado en el estudio, pues soy consciente de que si yo hubiese participado en él hace unos años, mi actitud también hubiese podido catalogarse de pro-contención y mis prácticas de normalización. Pero a la vez, creo que el haber sido conocedora y participe de esta práctica, también me ha hecho ser crítica con el grado de normalización con la que se aplica en el contexto actual, entendiendo que es necesario empezar a dejar de lado aquellas justificaciones que la mantienen discursivamente pero que no tienen cabida ni en un modelo de atención centrado en la persona ni con la evidencia ni las experiencias disponibles. Además, el marco teórico adoptado -basado en la teoría de la deshumanización y en los conceptos de seguridad, disciplina, normalización y resistencia- ha determinado mi mirada al fenómeno, orientando el análisis a la denuncia y entendiendo la contención como una práctica indigna e insegura. Por todo ello, he tomado conciencia de la importancia de la formación y de que los profesionales tengan la oportunidad de descubrir que un modelo de cuidados alternativos, más dignos y centrados en la persona, es posible. Esto también me sirve de motivación para seguir en este proyecto, pues tengo la convicción de que la sensibilización y la capacitación de los profesionales permitiría que muchos de ellos cambiasen sus actitudes y, con el apoyo y el compromiso de la institución, modificasen poco a poco su práctica asistencial.

En cualquier caso, creo que no es posible culpar del uso de las contenciones físicas a los profesionales a nivel individual, sino que considero que la institución juega un papel fundamental en dicha práctica. En concreto y en mi opinión, las instituciones están siendo cómplices e, indirectamente, promotoras de la contención, por lo que me parece muy injusto reducir la responsabilidad de la práctica a quienes la aplican directamente. Este motivo, y en concordancia con el paradigma crítico-social que guía esta tesis, me ha llevado a plantear en este estudio el análisis de los factores institucionales que influyen en esta práctica como un objetivo específico. Además, estoy convencida de que el compromiso y el apoyo de la institución son imprescindibles para cambiar el paradigma de cuidado, por lo que creo que la colaboración con los centros supone una oportunidad para trabajar el cambio en la práctica clínica de los profesionales.

Aun así, durante el proceso me he dado cuenta de que sigo manteniendo una cierta actitud normalizadora frente a la práctica. Muy especialmente, al discutir los resultados de este trabajo con una de mis directoras de tesis, Ana Urrutia, me ha llamado la atención lo poco que me he sorprendido yo y lo mucho que se ha sorprendido ella. Esto me ha llevado a reafirmarme que he convivido en un entorno asistencial de normalización que, desgraciadamente, se mantiene (casi) intacto en la actualidad. Además, si mañana volviese a trabajar en la unidad asistencial donde estaba, creo que me seguirían faltando herramientas para realmente poder cuidar sin contenciones. En concreto, una vez superada la sensibilización, considero que necesitaría más formación específica para saber qué hacer y qué no hacer y, además, tengo el convencimiento de que es un modelo de cuidado que no puede ser implantado únicamente a nivel individual, sino que requiere del compromiso colectivo e institucional. Sin embargo, la diferencia ahora respecto a hace cuatro años es que siento que el cuidado sin contenciones no es una opción, sino una obligación de los profesionales y de las instituciones, así como un derecho de los pacientes. Por ello, una vez acabada la tesis, espero poder seguir con esta línea de trabajo para poder colaborar en este cambio de modelo de cuidado, orientado hacia una atención más individualizada, centrada en la persona, desde el respeto a sus derechos y a su dignidad, y libre de contenciones físicas.

Respecto a mi posición frente a los participantes en el estudio, creo que ha estado libre de relaciones de poder. En concreto, creo que el hecho de ser joven y externa a la gestión sanitaria, además de no ser identificada ni como una autoridad externa ni como una activista del cuidado sin contenciones, ha permitido que los participantes expresasen su discurso libremente. En cualquier caso, creo que el elevado grado de normalización en el uso de las contenciones físicas ha facilitado que los participantes describan libremente sus prácticas y expresen su discurso sin sentirse cohibidos ni fiscalizados. Paralelamente, en cuanto a las relaciones de poder disciplinares, creo que aquellas profesionales en una situación de mayor vulnerabilidad han sido las auxiliares de enfermería, debido a la tradicional relación de subordinación respecto a las enfermeras. Sin embargo, creo que ellas están muy empoderadas en cuanto a la práctica de la contención física, por lo que esta aparente relación de poder ha quedado anulada a la hora de poder compartir su discurso. A mi parecer, esto se ha visto facilitado igualmente por la superioridad tanto en edad como en experiencia profesional de las participantes respecto a mí.

En cualquier caso, espero que este proceso reflexivo permita al lector situarse en una mejor posición para comprender, interpretar y juzgar esta tesis.

Capítulo 2. CONTEXTUALIZACIÓN

2.1. El envejecimiento poblacional: ¿triumfo, amenaza o reto?

El envejecimiento poblacional es una realidad en nuestro entorno. Pese a que se trata de uno de los grandes triunfos de la humanidad, también supone uno de sus mayores retos (Comas-d'Argemir & Soronellas-Masdeu, 2021; Gómez-Ayala, 2005). En concreto, está aumentando tanto la proporción como el número absoluto de personas mayores, convirtiendo al envejecimiento poblacional en una cuestión política clave (OMS, 2015).

En 2022, se contabilizaron en España 9.310.828 personas mayores de 65 años, lo que supone el 19,65% de la población. Según las proyecciones del Instituto Nacional de Estadística, en 2035 podría haber casi 13 millones de personas mayores, alcanzando el 25,6% de la población. A su vez, habrá un aumento mayor de la proporción de octogenarios, resultando en un “envejecimiento del envejecimiento”. Pese a reproducir la tendencia hacia el envejecimiento, Baleares se sitúa entre las comunidades menos envejecidas del país, en concreto, el 16% de su población supera los 65 años (Pérez Díaz et al., 2022).

El envejecimiento poblacional está influenciado, por un lado, por el aumento de la esperanza de vida, a lo que han contribuido la mejora en la asistencia sanitaria, las iniciativas de salud pública y los cambios en los estilos de vida y los hábitos en etapas anteriores. Además, han cambiado las causas de muerte en la vejez, siendo las enfermedades no transmisibles las principales en todos los contextos (OMS, 2015). En este punto, es importante destacar el efecto que la pandemia por COVID-19 ha tenido en la población mayor, sobre todo durante la primera ola, cuando se produjo un incremento del 77,9% de la mortalidad excesiva entre los mayores de 75 años. Muy particularmente, la COVID-19 afectó a las personas mayores institucionalizadas en residencias, donde se estima que la suma de fallecidos ascendió a 39.000 personas (Secretaría de Estado de Derechos Sociales, 2020). De ser válida esta estimación, el caso español se situaría, en cuanto a porcentaje de fallecimientos de usuarios de centros residenciales respecto al total de fallecidos por COVID-19, en unos parámetros similares a los de otros países europeos como Reino Unido (45%) o Francia (46%); sensiblemente por debajo de Bélgica (61%) o Eslovenia (81%); y por encima de Austria (36%) o Alemania (39%) (Comas-Herrera et al., 2020).

El aumento de la esperanza de vida ha hecho que las personas mayores de 65 años sean cada vez más numerosas, pero en ningún caso se les puede considerar como miembros de un grupo homogéneo. Son tales las diferencias que, sólo atendiendo a la edad cronológica, el término de tercera edad, utilizado para denominar a los mayores de 65 años, ha quedado obsoleto para referirse a todo este conjunto poblacional. Es por este motivo que han surgido los términos ‘tercera edad’ y cuarta edad’. La tercera edad comprende el intervalo entre los 65 y 79 años, y la cuarta edad designa a las personas mayores de 80 años (Comas-d'Argemir & Soronellas-Masdeu, 2021; IMSERSO, 2011).

Más allá de la edad cronológica, otros rasgos se asocian con la tercera y la cuarta edad. La tercera edad hace referencia a las personas mayores que mantienen una funcionalidad óptima, es decir, una buena salud y autonomía personal. Por otro lado, la cuarta edad se relaciona con aquel grupo de personas mayores que presentan una edad funcional con alto deterioro, mala salud, baja autonomía y amplio nivel de fragilidad. Existe una cierta relación entre la funcionalidad y la edad, siendo más probable mantener una buena salud y funcionalidad física entre los 65 y 79

años, mientras que la cuarta edad (entendida desde la perspectiva de la funcionalidad) es más habitual a partir de los 80 años. Para superar este emparejamiento entre edad y enfermedad, se ha denominado envejecimiento primario al declive o déficit producidos por la edad y envejecimiento secundario a las consecuencias o secuelas de la enfermedad. Sea como sea, y a pesar de todas estas clasificaciones, la variabilidad en las formas de envejecer es extraordinaria, por lo que cualquier clasificación dicotómica puede polarizar excesivamente las múltiples formas de envejecer (IMSERSO, 2011).

En ocasiones, el envejecimiento poblacional es visto como un problema. Los cambios demográficos, junto al incremento de las tasas de dependencia, plantean nuevos retos y requerimientos en el entorno socioeconómico, cultural y sanitario que deben ser afrontados como sociedad (Abades Porcel & Rayón Valpuesta, 2012; Zaidi, 2008).

A nivel económico, el mantenimiento del sistema de pensiones es un desafío pues estas serán percibidas por más gente durante un periodo de tiempo más prolongado (Zaidi, 2008). Al mayor número de receptores de pensiones, hay que sumarle una menor población activa, determinado tanto por el descenso de la tasa de natalidad, los saldos migratorios negativos y el retraso en el inicio de la vida laboral (Herce, 2016). En cualquier caso, las sociedades tienen el reto de proporcionar pensiones económicamente sostenibles (Zaidi, 2008).

Desde un punto de social, el envejecimiento poblacional implica la convivencia intergeneracional. Ante esta situación, se plantea cómo debe alcanzarse la cohesión social entre generaciones para que el apoyo a las personas mayores no lleve a considerarlas una carga para la sociedad (Zaidi, 2008). Por lo tanto, es necesario desarrollar políticas que permitan construir una sociedad inclusiva, con independencia de la edad y la funcionalidad.

A nivel sanitario, el envejecimiento poblacional plantea, por un lado, un problema sobre la sostenibilidad del sistema, al considerar que el envejecimiento conlleva mayores necesidades de tipo sanitario y cuidados a la dependencia. Sin embargo, Herce (2016) se opone a esta afirmación, defendiendo que la población llega a un periodo de senectud cada vez más reducido a edades más avanzadas. Por otro, es imprescindible reorientar el sistema sanitario para responder a las necesidades de atención sanitaria y sociosanitaria ocasionadas por el envejecimiento de la población y el incremento de los procesos crónicos, garantizando la calidad, la seguridad, la continuidad en los cuidados, la equidad y la participación social (IMSERSO, 2017). Además, las sociedades deben asegurar mecanismos formales e informales de atención que estén coordinados para responder a las necesidades de cuidado de larga duración de los mayores (Zaidi, 2008). Hay que tener en cuenta que, en ocasiones, a los problemas de salud hay que sumar la falta de soporte social y las condiciones inadecuadas para ejercer el rol de cuidador. Por todo ello, es imprescindible contar con recursos sociales y sanitarios para atender estas necesidades (Abades Porcel & Rayón Valpuesta, 2012). En cualquier caso, esta reorientación para responder a las demandas de este nuevo perfil poblacional brinda la oportunidad para crear nuevos modelos de cuidado que promuevan la calidad de vida de las personas mayores.

Independientemente de las medidas sociales a adoptar para afrontar esta realidad social, esta visión catastrofista del envejecimiento poblacional, que relaciona la vejez con la enfermedad, la dependencia y la falta de productividad, ha quedado desfasada y no refleja la realidad actual. El envejecimiento de la población debe ser considerado como un logro de nuestras sociedades, en la medida que ha aumentado la esperanza de vida y, al mismo tiempo, ha tenido lugar una mejora continua de la calidad de vida de las personas mayores, favoreciendo el envejecimiento

activo (Rodríguez-Cabrero, 2019). De hecho, la mayoría de las personas se adapta a los cambios con la edad y sigue siendo autónoma. El comienzo de la enfermedad y el declive funcional relacionado con el envejecimiento pueden evitarse o retrasarse a cualquier edad. Para ello, es necesario considerar a las personas mayores miembros activos de una sociedad que integre el envejecimiento, a la par que contribuyentes activos y beneficiarios del desarrollo. Esto incluye el reconocimiento de las aportaciones de las personas ancianas, independientemente de su estado de salud, fragilidad o vulnerabilidad y la defensa de sus derechos de asistencia y seguridad (OMS, 2002b). En nuestra sociedad, las personas mayores, además de ser un pilar fundamental en el interior de las familias, permiten el funcionamiento y el desarrollo social, siendo generadoras de riqueza a través de su papel como consumidores, como cuidadores e, incluso, como sostén económico familiar, entre otras múltiples aportaciones. Además, aunque la atención a la dependencia pueda ser vista como un gasto, estas necesidades de cuidado a las personas mayores generan múltiples puestos de trabajo tanto en la atención directa como en el ámbito de la gestión y el desarrollo tecnológico.

En definitiva, el envejecimiento de la población puede entenderse bien como un peligro o bien como una oportunidad para la sociedad, dependiendo de cómo estemos preparados para ello. La perspectiva respecto al envejecimiento poblacional determinará la valoración de las personas mayores, que pueden ser vistas desde el déficit o desde las capacidades, tal y como se aborda en el siguiente apartado.

2.1.1. Salud en el envejecimiento: de la promoción del envejecimiento saludable a la visión del déficit

Todas estas transformaciones hacen que, en el contexto de las sociedades europeas contemporáneas se pueda hablar de nuevos envejecimientos, pues esta “segunda edad adulta” se caracteriza por su gran vitalidad y su elevada participación social y política, rompiendo con los estereotipos asociados a la vejez. En este sentido, las personas mayores no pueden identificarse principalmente con personas en situación de dependencia, sino como sujetos activos en la vida social y política (Comas-d’Argemir & Soronellas-Masdeu, 2021)

Para afrontar este reto, tanto las instituciones como la sociedad civil deben promulgar políticas y programas de envejecimiento activo (Sanchis Sánchez et al., 2014). La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002b) lo define como “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”.

Este paradigma está fundamentado en tres pilares: la salud, la participación y la seguridad. Respecto a la salud, se defiende que las personas disfrutan de más años y más calidad de vida cuando los factores de riesgo de las enfermedades crónicas (tanto ambientales como conductuales) y el declive funcional se mantienen en niveles bajos y los factores protectores son elevados. En el caso de las personas que necesitan asistencia, deben tener acceso a todos los recursos sociales y sanitarios que aborden sus necesidades y respeten sus derechos. En cuanto a la participación, este modelo promueve que las personas mayores sigan haciendo una contribución productiva a la sociedad en actividades tanto remuneradas como sin remunerar, de acuerdo con sus derechos humanos básicos, sus capacidades, sus necesidades y sus preferencias. Finalmente, en relación a la seguridad, el envejecimiento activo sostiene que las personas mayores, especialmente aquellas que no pueden mantenerse y protegerse a sí

mismas, verán garantizadas su protección, dignidad y asistencia cuando las políticas y los programas sociales aborden sus necesidades sanitarias, sociales, económicas y de seguridad física, así como sus derechos (OMS, 2002b). En cualquier caso, este paradigma integra a todas las personas mayores, sean cuales sean sus condiciones y capacidades e implica el reconocimiento de un conjunto de derechos y deberes (IMSERSO, 2011).

El envejecimiento activo es un modelo aplicable tanto a individuos como a grupos de población, que permite a las personas alcanzar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, sus deseos y sus capacidades, a la vez que les proporciona seguridad, protección y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia (OMS, 2002b). Este modelo postula el reconocimiento de los derechos humanos de los mayores y los principios de independencia, participación, dignidad, cuidados y realización de los propios deseos. Por ello, las políticas y los programas de envejecimiento activo plantean la necesidad de fomentar y equilibrar la responsabilidad personal (autocuidado), los entornos adecuados para las personas de edad y la solidaridad intergeneracional (Sanchis Sánchez et al., 2014). Dichas políticas promueven estilos de vida personal y de participación social que combinen el incremento de la esperanza de vida libre de discapacidad con actividades socialmente útiles e individualmente satisfactorias. Se trata así de una doble inversión en prevención de la dependencia y en mejoras de la calidad de vida, así como en promoción del capital social e individual adquirido (Rodríguez-Cabrero, 2019).

El término envejecimiento activo fue adoptado por la OMS a finales de los años 90 con la intención de transmitir un mensaje más inclusivo que el de 'envejecimiento saludable' y reconocer otros factores que afectan a la manera de envejecer de los individuos y las poblaciones además de la salud (IMSERSO, 2011).

El envejecimiento saludable es, según la OMS (2015), el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar de la vejez. Por un lado, la capacidad funcional comprende los atributos relacionados con la salud que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella y está compuesta por la capacidad intrínseca de la persona (la combinación de todas las capacidades físicas y mentales con las que cuenta), las características del entorno que afectan a esa capacidad y las interacciones entre la persona y esas características. El entorno comprende todos los factores del mundo exterior que forman el contexto de vida de una persona, incluyendo el hogar, la comunidad y la sociedad en general, así como las personas y sus relaciones, las actitudes y los valores, las políticas sociales y de salud y los servicios prestados. En este sentido, que las personas mayores puedan realizarse dependerá de sus capacidades intrínsecas y de las interacciones con su entorno, determinando así su capacidad funcional. Una forma de evaluar la interacción de las personas con el entorno es mediante el concepto 'ajuste entre la persona y su entorno', que refleja la relación dinámica y recíproca entre ambos. Cuando este ajuste es bueno, la persona tiene mayores oportunidades de fomentar y mantener tanto su capacidad intrínseca como su capacidad funcional. Este concepto incluye a la persona, sus características de salud y sus capacidades, las necesidades y los recursos de la sociedad, la naturaleza dinámica e interactiva de la relación entre las personas mayores y los entornos que habitan y los cambios que se producen en las personas y los lugares en el tiempo.

La promoción del envejecimiento saludable tiene por objetivo promover la capacidad funcional. Esto se persigue, por un lado, fomentando y manteniendo la capacidad intrínseca de la persona y, por otro lado, facilitando que las personas que tienen la capacidad funcional disminuida hagan las cosas que son importantes para ellas. Una respuesta de salud a las necesidades de las

personas mayores que presentan pérdidas significativas de la capacidad, o tienen riesgo de presentarlas, se encuentra en los cuidados a largo plazo. Estos sistemas cumplen la función de posibilitar que las personas mayores mantengan un nivel de capacidad funcional conforme con sus derechos básicos, sus libertades fundamentales y la dignidad humana (OMS, 2015).

En definitiva, estos modelos de envejecimiento convergen en la necesidad de superar las visiones restringidas e integrar criterios objetivos con la subjetividad de las personas interesadas, así como de promover modelos de envejecimiento que sean inclusivos y den a todas las personas la misma dignidad de envejecer (Petretto et al., 2016).

Si bien las distintas organizaciones sanitarias proponen el modelo del envejecimiento activo como la meta que permita disfrutar a los ancianos del mañana de la mejor calidad de vida posible (entendida ésta como bienestar físico, psíquico y social), la realidad es que los ancianos de hoy, sobre todo los de más edad se ven expuestos a un riesgo creciente de desarrollar enfermedades a medida que envejecen (OMS, 2002b). A consecuencia de ello, y aunque se realicen los mejores esfuerzos en promover la salud y prevenir las enfermedades, las personas pueden sufrir diversos cuadros patológicos que disminuyen notablemente su salud y, en consecuencia, su calidad de vida (Gómez-Ayala, 2005). Además, una mayor longevidad aumenta el riesgo de pérdida de autonomía y la consiguiente necesidad de apoyos para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Así longevidad y dependencia forman muchas veces parte de una misma realidad social (OMS, 2002a). Esto lleva a que en muchas ocasiones y en diferentes entornos asistenciales y residenciales, las personas mayores sean vistas y tratadas desde el déficit, obviando sus potencialidades y sus capacidades.

El envejecimiento se puede acompañar de una disminución de la capacidad funcional del individuo que, si bien no implica intrínsecamente la enfermedad, implica una mayor vulnerabilidad a los cambios y a los entornos desfavorables. A medida que las personas se van haciendo mayores, el peso de los procesos agudos sobre la morbilidad y la mortalidad va disminuyendo, de manera que los procesos crónicos son cada vez más frecuentes convirtiendo la multimorbilidad en la norma y no la excepción en nuestro sistema sanitario (Miguélez Chamorro et al., 2017).

La literatura refleja una relación causal entre ciertas patologías y el proceso desencadenante de la invalidez. El comienzo de la discapacidad es, a menudo, un proceso dinámico y progresivo derivado de la aparición de patologías asociadas al envejecimiento o el resultado de enfermedades crónicas. Entre las enfermedades más asociadas a la discapacidad física encontramos la artritis, la fractura de cadera, las disfunciones cognitivas y las enfermedades cardíacas. Así, entre las personas mayores que padecen enfermedades crónicas, la probabilidad de discapacidad es mayor y, a la vez, aquellas personas con discapacidad son más propensas a sufrir enfermedades crónicas. Por otro lado, determinadas enfermedades motivan la hospitalización de personas de avanzada edad, ocasionándoles una mayor discapacidad. Entre los diagnósticos de hospitalización más frecuentes aparecen los accidentes cerebrovasculares, la insuficiencia cardíaca, las enfermedades pulmonares crónicas y agudas, las fracturas de cadera y las enfermedades neoplásicas. Durante el ingreso, tanto la enfermedad como la propia hospitalización pueden provocar complicaciones, entre ellas el deterioro funcional que puede incrementar la necesidad de cuidados al alta. Igualmente, hay una mayor prevalencia de la dependencia psíquica relacionada por la enfermedad de Alzheimer y otros tipos de demencias (Rodríguez-Cabrero & Monserrat-Codorniú, 2002).

Con el envejecimiento, las grandes cargas de discapacidad y la muerte sobrevienen debido a la pérdida de audición, visión y movilidad y a las enfermedades no transmisibles, como las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares, las enfermedades respiratorias crónicas, el cáncer y la demencia (OMS, 2015). A continuación, se describen los cambios fundamentales que suelen ocurrir en algún grado en todas las personas a medida que envejecen.

A nivel de movilidad, la masa muscular de las personas mayores tiende a disminuir, lo que se asocia a un deterioro de la fuerza y la función musculoesquelética. Además, el envejecimiento también se asocia con importantes cambios óseos y articulares. Por un lado, se produce una disminución de la densidad ósea, especialmente en las mujeres posmenopáusicas, aumentando el riesgo de fractura que ocasiona discapacidad, peor calidad de vida y mortalidad (OMS, 2015). Según el Registro Nacional de Fracturas de Cadera, en España se estima que la incidencia de fracturas de cadera es de 104 casos por cada 100.000 habitantes, lo que supone unas 45.000 a 50.000 fracturas de cadera al año, con una pérdida de 7,2 años de vida. En concreto, la media de edad a la que se sufre una fractura de cadera es de 87 años y se da, sobre todo, en mujeres (76%) (Sáez López et al., 2019). Por otro lado, el desgaste del cartílago y la disminución del líquido sinovial, vuelven la articulación más rígida y frágil. Con todo ello, la función musculoesquelética y el movimiento se ven afectados, produciéndose una disminución de la movilidad, la velocidad de la marcha y la independencia funcional (Salech et al., 2012).

En cuanto a las funciones sensoriales, el envejecimiento físico a menudo se asocia con la disminución de la visión y la audición, aunque con diferencias a nivel individual. La hipoacusia relacionada con la vejez es bilateral y más marcada en las frecuencias más altas. Esta puede tener implicaciones en la vida cotidiana de los mayores, afectando a su comunicación, contribuyendo al aislamiento social y a la pérdida de autonomía y aumentando la ansiedad, la depresión y el deterioro cognitivo. Paralelamente, se producen cambios a nivel ocular que dan lugar a la presbicia y al aumento de la opacidad del cristalino que puede provocar cataratas o degeneración macular senil. Estas deficiencias pueden limitar la movilidad, afectar a las interacciones interpersonales, desencadenar depresión, obstaculizar el acceso a la información y a los medios sociales y aumentar el riesgo de caídas y accidentes (OMS, 2015).

Los cambios en el desempeño cognitivo asociados al envejecimiento se correlacionan con múltiples cambios morfológicos y funcionales en el sistema nervioso central y son de gran relevancia puesto que, además de ser muy frecuentes, pueden ser determinantes importantes de discapacidad (Salech et al., 2012). Entre las funciones cognitivas alteradas, son comunes los fallos de memoria o la disminución de la velocidad de procesamiento de la información. Aunque el envejecimiento está asociado con una menor capacidad para hacer frente a tareas complejas que requieren atender a varias cuestiones al mismo tiempo o cambiar el centro de atención, no parece que disminuya la capacidad para mantener la concentración o evitar la distracción. Igualmente, se relaciona con una menor capacidad de aprender y dominar tareas que implican manipular, reorganizar, integrar o anticipar activamente varios elementos de la memoria, no así con la memoria sobre los hechos, el conocimiento de las palabras y los conceptos, la memoria relacionada con el pasado personal y la memoria procedimental. En definitiva, no todas las funciones cognitivas se deterioran con la edad, y las funciones asociadas con el lenguaje, como la comprensión, la capacidad de leer y el vocabulario se mantienen estables durante toda la vida (OMS, 2015).

El concepto de síndrome geriátrico se utiliza para referirse a un conjunto de cuadros, originados por la conjunción de una serie de enfermedades que alcanzan una alta prevalencia en el anciano, y que son frecuentemente origen de incapacidad funcional o social (Gómez-Ayala, 2005). Entre

estos síndromes se encuentran la fragilidad, la incontinencia urinaria, las caídas, el síndrome confusional y las úlceras por presión (Gómez-Ayala, 2005; OMS, 2015).

La fragilidad es el deterioro progresivo relacionado con la edad de los sistemas fisiológicos que provoca una disminución de las reservas de la capacidad intrínseca, lo que confiere extrema vulnerabilidad a factores de estrés y aumenta el riesgo de una serie de resultados sanitarios adversos. Este concepto se relaciona con la comorbilidad y la dependencia para los cuidados (OMS, 2015). Santos-Eggimann (2009) llevó a cabo un estudio en diez países europeos para cuantificar la prevalencia de fragilidad en personas mayores de 65 años. Los resultados correspondientes a España muestran cómo el 50,9% de los mayores de 65 años cumplen los criterios de fragilidad y el 27,3% los de pre-fragilidad. Sin embargo, entre los identificados como frágiles, sólo el 21% no presenta discapacidad, frente al 53,7% de los pre-frágiles.

En particular, las caídas son un problema de salud importante para las personas mayores. Las caídas se definen, según la OMS (OMS, 2021), como “sucesos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en el suelo o en otra superficie firme que lo detenga”. El origen de este síndrome es multifactorial, incluyendo la enfermedad osteoarticular, la cardiovascular, la neuropsiquiátrica, las causas extrínsecas (obstáculos físicos, calzado, domicilio, escaleras, etc.) y los efectos secundarios de ciertos fármacos (narcóticos, hipnóticos, ansiolíticos, vasodilatadores, antidepresivos, diuréticos, digitálicos, bloqueantes beta). Los factores de riesgo más importantes para la aparición de este síndrome se encuentran la debilidad muscular, las alteraciones de la marcha y el equilibrio, el deterioro de las funciones mentales, el deterioro en las actividades de la vida diaria y la polimedicación (Gómez-Ayala, 2005). Se calcula que el 30% de las personas mayores de 65 años sufren al menos una caída al año, aumentando esta cifra hasta un 50% entre los mayores de 85 años. En los centros de larga estancia este problema es aún más común, llegando al 50% entre las personas mayores de 65 años (OMS, 2015). Entre las personas que viven en la comunidad, el estudio realizado en nuestro país por Rodríguez-Molinero (2015) refleja que el 28,4% de los mayores de 65 años presentó al menos una caída al año y una de cada diez lo hizo de manera repetida, siendo más habitual entre las mujeres que entre los hombres y aumentando la incidencia con la edad. Las caídas fueron mayores entre aquellas personas con mayor discapacidad según el índice de Katz y también entre quienes vivían solas, aunque estas diferencias no se observaron entre los menores de 79 años. En el estudio de Carballo-Rodríguez (2018), se analizaron las caídas que se producen en una residencia de Castilla y León, obteniendo que el 32% de las personas mayores institucionalizadas sufrieron alguna caída. Respecto a las consecuencias de las caídas, en el estudio de Rodríguez-Molinero (2015), el 29% de las personas que sufrió caída tuvo que acudir a urgencias y el 7,3% fue ingresado. Entre las lesiones, el 55,3% fueron contusiones y el 6,8% alguna fractura, siendo la más habitual la fractura de cadera (2,3%).

La dependencia ocurre cuando la capacidad funcional disminuye hasta el punto en el que la persona ya no es capaz de llevar a cabo las ABVD. En este caso, el deterioro de la capacidad ya no puede compensarse con otros aspectos del entorno o con el uso de los dispositivos de apoyo disponibles (OMS, 2015). A nivel nacional, el informe del IMSERSO (2017) muestra cómo el 20,7% de las personas mayores de 65 años tienen dificultad para realizar alguna de las ABVD y esta cifra aumenta con la edad, afectando al 53,7% de los mayores de 85 años. Las limitaciones más frecuentes aparecen para el aseo (17,3%), seguido del vestido (14%), siendo la alimentación la menos frecuente (5,4%). Respecto a las actividades instrumentales, el 47,2% de la población mayor de 65 años y el 83,6% de los mayores de 85 años presentan alguna dificultad para realizarlas. La dificultad para moverse aumenta con la edad. Frente a un 71,3% de personas de

65 a 74 años que no declara dificultad, el porcentaje desciende a un 44,9% entre las de 75 a 84 años, siendo del 20,7% en las de 85 años y más. Sin embargo, la dependencia de cuidados no es incompatible con el mantenimiento de la autonomía si las personas mayores conservan la capacidad de tomar decisiones (OMS, 2015).

En definitiva, tal y como se desprende de este apartado, al envejecer es importante tener una adecuada calidad de vida, por lo que es necesario implementar acciones que permitan al adulto mayor tener una vejez con el menor riesgo de enfermar o de curarse con una discapacidad, es decir, tener un envejecimiento exitoso o satisfactorio (Carrasco-Peña et al., 2018). Al ser la mayoría de los problemas de salud de las personas mayores el resultado de condiciones de cronicidad, los sistemas sanitarios deben reaccionar y adaptarse a esta realidad, ofreciendo una respuesta a las nuevas necesidades sociales.

2.2. Las políticas y la atención de las personas mayores en las instituciones sociosanitarias

Son numerosos los motivos que justifican la destinación de recursos públicos para mejorar la salud de las personas de edad avanzada. Ante todo, las personas mayores tienen derecho al más alto nivel de salud posible. Además, se ha demostrado que los sistemas de salud que tienen en cuenta las necesidades complejas de la vejez y se ocupan de ellas de una manera integrada son más eficaces que los servicios que simplemente reaccionan a las enfermedades específicas por separado (OMS, 2015).

Dos instrumentos internacionales de política han guiado la acción sobre el envejecimiento desde el año 2002: el *Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento* de la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2003) y *Envejecimiento activo: un marco político* de la OMS (2002b). Estos documentos celebran el aumento de la esperanza de vida y reconocen el potencial de las poblaciones de edad para el desarrollo futuro. En ellos, se señala una amplia variedad de ámbitos en los que las políticas pueden favorecer sus contribuciones y garantizar su seguridad. Además, se advierte de la necesidad de redirigir los sistemas de salud hacia la reducción de las consecuencias de la cronicidad y los cuidados a largo plazo (OMS, 2015).

En España, la *Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*, reconoce la atención a las personas en situación de dependencia y la promoción de su autonomía personal como uno de los retos de la política social. De esta forma, se busca atender las necesidades de aquellas personas que, por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad, requieren de apoyos para desarrollar las actividades esenciales de su vida diaria, alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía (Jefatura del Estado Español, 2006).

El aumento de la esperanza de vida de la población y la mejora de las condiciones físicas de los mayores de 65 años hacen que la enfermedad, la dependencia y la discapacidad puedan aparecer en edades más avanzadas que en décadas anteriores. Los cambios migratorios, la incorporación de la mujer al mercado laboral y, por lo tanto, la falta de cuidadores en la propia familia hacen que, cuando una persona enferma, necesite de la acción sinérgica y coordinada entre los servicios sociales y los sanitarios, debiéndose evitar una provisión dicotómica de los mismos (Gómez Picard et al., 2010). Las personas dependientes necesitan de cuidados que, en unos momentos, pueden ser puntuales y, en otros, continuados. El estado de salud de la persona

determinará la intensidad, la frecuencia, así como la tipología de los servicios que precise. En concreto, según el contexto de la dependencia y del entorno familiar, podrán ser suministrados por una organización que preste el servicio sanitario y social de forma integrada, como un centro sociosanitario o un hospital geriátrico (Rodríguez-Cabrero & Monserrat-Codorníu, 2002).

La atención sociosanitaria es definida como “aquel conjunto integrado de servicios y/o prestaciones sociales y sanitarias, públicas y privadas, que se destinan a la rehabilitación y a los cuidados de personas que se encuentran en diferentes situaciones de dependencia que les impiden realizar actividades personales y/o instrumentales de la vida diaria”. Su cometido es garantizar un continuo asistencial de calidad que favorezca la independencia, la dignidad y el bienestar de la persona dependiente y, en su caso, del cuidador (Rodríguez-Cabrero & Monserrat-Codorníu, 2002). Uno de los requisitos para que se dé una buena atención sociosanitaria es que haya una buena coordinación entre los profesionales de la salud, pero también entre los distintos entornos y niveles asistenciales, especialmente entre la vertiente sanitaria y la social (OMS, 2015; Rodríguez-Cabrero & Monserrat-Codorníu, 2002). Además, el enfoque no puede ser episódico, sino que la atención debe plantearse desde una perspectiva holística (OMS, 2015).

La atención sociosanitaria es una necesidad social y representa la respuesta social e institucional a las diferentes situaciones de dependencia y cronicidad (Miguélez Chamorro et al., 2017; OMS, 2015; Rodríguez-Cabrero & Monserrat-Codorníu, 2002). En el caso de los pacientes crónicos complejos, al ingresar en un hospital de agudos, a menudo presentan una mayor polifarmacia y complicaciones añadidas al motivo de ingreso. Entre estos problemas destacan: la pérdida funcional, las caídas, el deterioro cognitivo, los déficits auditivos y visuales, el insomnio, la sintomatología depresiva, la malnutrición y las úlceras cutáneas. Todo ello provoca dependencia para las ABVD y las actividades instrumentales. Por otro lado, la prevención de las complicaciones evitables en este perfil de población debe ser un objetivo fundamental en la atención hospitalaria, no sólo para mejorar la calidad asistencial, sino también por eficiencia y sostenibilidad del sistema sanitario (Miguélez Chamorro et al., 2017).

Desde este planteamiento, las unidades de media estancia o convalecencia fueron definidas en 1996 por el Instituto Nacional de la Salud como el nivel asistencial hospitalario destinado a restablecer aquellas funciones, actividades o secuelas, alteradas como resultado de diferentes procesos previos. Los objetivos primordiales de estas unidades son la recuperación funcional y la reducción de la incidencia de institucionalización definitiva. La consecución de estos objetivos debe ajustarse a un tiempo de atención no muy prolongado, buscando la eficiencia de estas unidades. En cuanto a los resultados asistenciales alcanzados, los pacientes que han sido atendidos en estas unidades presentan menores tasas de mortalidad, institucionalización, mejoría de la situación funcional (tanto en las ABVD como en las instrumentales), cognitiva y afectiva, así como una reducción de la estancia hospitalaria, los reingresos y los costes de atención (Miguélez Chamorro et al., 2017).

En concreto, el plan de atención a las personas con enfermedades crónicas de las Islas Baleares recomienda la creación de unidades específicas en los hospitales para que los pacientes mayores con pluripatología sean atendidos en una estructura física adecuada y por un equipo interdisciplinar experto en cronicidad compleja, que potencie la movilización, la deambulación precoz y la conservación de las ABVD y que favorezca siempre la reintegración en el domicilio (Miguélez Chamorro et al., 2017). En Mallorca, la atención sociosanitaria se lleva a cabo en dos hospitales públicos (Hospital General y Hospital Joan March) y tres centros privados mediante

un convenio con la administración pública (Hospital Sant Joan de Déu de Palma e Inca y Hospital Cruz Roja).

En definitiva, los cuidados a largo plazo deben perseguir el mantenimiento de un nivel de capacidad funcional de la persona mayor, conforme con sus derechos básicos, sus libertades fundamentales y la dignidad humana. Por ello, las personas mayores, independientemente de si presentan un importante deterioro funcional, tienen un proyecto de vida y, por tanto, tienen derecho a hacer realidad sus aspiraciones continuas de bienestar, plenitud y respeto. Estos cuidados deben orientarse a optimizar la capacidad intrínseca, así como a compensar la falta de capacidad funcional de la persona mayor. La atención debe brindarse defendiendo en todo caso los derechos humanos de las personas mayores dependientes de cuidados, de manera que se respete su dignidad a la vez que posibilite su autoexpresión y, cuando sea posible, su capacidad para tomar decisiones, siendo inaceptable que las personas mayores dependientes de cuidados reciban un trato despersonalizado, degradante o abusivo (OMS, 2015).

2.3. Las dos caras del cuidado a las personas mayores

En la atención a la persona mayor, conviven diferentes modelos de cuidado. En algunos casos, la persona mayor es colocada en el centro del sistema, como en el modelo de atención centrado en la persona. Sin embargo, los modelos de atención tradicional han venido determinados por procedimientos uniformes derivados de necesidades asociadas a clasificaciones de enfermedades y grados de dependencia, así como por condicionantes organizativos. Estos modelos de cuidado son denominados como modelos de atención centrada en los servicios (Martínez-Rodríguez et al., 2015). En estos casos, se crean entornos en los que la persona mayor es más susceptible de ser víctima de discriminación por motivos de edad o de maltrato.

2.3.1. *El modelo de atención centrada en la persona*

La atención centrada en la persona es un modelo profesionalizado de cuidado que busca apoyar a las personas para que puedan seguir teniendo control en su entorno, en sus cuidados y en su vida cotidiana, desarrollando sus capacidades y mejorando su calidad de vida (Martínez-Rodríguez et al., 2015). Este modelo promueve que quien recibe la atención sea capaz, mediante los apoyos precisos, de ver minimizada su situación de fragilidad, discapacidad o dependencia y, al mismo tiempo, poder potenciar al máximo su autonomía personal para seguir desarrollando y controlando su propio proyecto de vida (Rodríguez Rodríguez, 2013). Para ello, este modelo de atención reivindica que las personas receptoras de cuidados necesitan de un entorno social enriquecido que compense sus limitaciones y promueva sus oportunidades de crecimiento personal (Amer Forteza et al., 2017).

En concreto, el modelo de atención integral y centrada en la persona propuesto por la Fundación Pilares “promueve las condiciones necesarias para la consecución de mejoras en todos los ámbitos de calidad de vida y bienestar de la persona, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias, contando con su participación efectiva”. Las dimensiones básicas de dicho modelo son la integralidad y la personalización. Por un lado, la integralidad implica contemplar de manera holística todos los aspectos -biomédicos, psicológicos, sociales y medioambientales- que componen a una persona. Por otro lado, la personalización parte del reconocimiento del derecho a desarrollar y controlar nuestros propios

planes de vida, íntimamente relacionado con la dignidad y la autonomía (Rodríguez Rodríguez, 2013).

En general, los modelos de atención centrada en la persona se caracterizan por ser integrales y perseguir una auténtica personalización (Amer Forteza et al., 2017; Rodríguez Rodríguez, 2013). El respeto a la persona mayor y su dignidad son unos de los principales valores de este modelo, que pone el foco de la atención en la persona y no en su enfermedad (Amer Forteza et al., 2017). La aplicación de la atención centrada en la persona implica una visión de las personas mayores que parte del reconocimiento de su valor y singularidad, que fija su mirada en sus capacidades frente a sus déficits y que apoya su autodeterminación (Martinez-Rodríguez et al., 2015). De esta forma, sus fortalezas y sus habilidades prevalecen sobre sus limitaciones y debilidades, considerando a la persona como un fin en sí mismo (Amer Forteza et al., 2017). Por lo tanto, las personas son tratadas como individuos y se fomentan sus derechos como ciudadanos, aceptando que cada persona tiene una trayectoria y una personalidad únicas y unos recursos personales, familiares y sociales concretos. La perspectiva adoptada es la de la persona cuidada, teniendo en cuenta que cada una tiene sus experiencias y vivencias propias y considerando que empatizar con ellas tiene potencial terapéutico *per sé* (Amer Forteza et al., 2017).

Otro de los principios de este modelo de atención es la participación activa de la persona en la planificación de la atención y el autocuidado, independientemente de su estado cognitivo y/o físico y sin excluir a los miembros de su entorno afectivo (Amer Forteza et al., 2017; OMS, 2015; Rodríguez Rodríguez, 2013). Para que la persona mayor y su entorno puedan participar en la toma de decisiones y en el desarrollo, la implantación y la evaluación de las diferentes iniciativas, la información que se comparta debe ser completa y actualizada (Amer Forteza et al., 2017). Por lo tanto, la atención va más allá de la atención individualizada clásica ya que, además de satisfacer las necesidades detectadas en la persona adaptándose a sus características individuales, fomenta la participación activa de la persona en su proceso de atención. Para ello, resulta imprescindible conocer su biografía, sus preferencias y sus deseos, e identificar sus capacidades personales (incluso cuando se trate de casos con importante deterioro) y, desde ellas, ofrecer los apoyos relacionados con su propio plan de vida (Rodríguez Rodríguez, 2013).

Para la implantación de este modelo, se requiere de esfuerzo e implicación por parte de los profesionales, a la vez que liderazgo y compromiso de los responsables de los centros y las organizaciones (Martinez-Rodríguez et al., 2015). Por un lado, para que el trabajo bajo este modelo sea una realidad, es necesario que los profesionales conecten emocionalmente con las personas atendidas, garantizando así una buena actitud hacia ellas. Para ello, son esenciales la formación continuada, el reconocimiento y la implicación de los profesionales, además de un enfoque interdisciplinar. Los profesionales, además de proteger a las personas y atender sus necesidades diversas, se convierten en empoderadores de las personas usuarias. En este paradigma, los proveedores de cuidados se relacionan desde el conocimiento de las historias de vida y desde la escucha, buscando oportunidades y apoyos para que cada persona usuaria pueda desarrollar sus capacidades, tener control sobre su vida cotidiana y, en consecuencia, sentirse mejor (Amer Forteza et al., 2017; Martinez-Rodríguez et al., 2015).

Por otro lado, el entorno y la organización tienen un papel fundamental en la aplicación del modelo de atención centrada en la persona, siendo necesario cambiar el paradigma según el cual se financian, gestionan y prestan los servicios de salud (Martinez-Rodríguez et al., 2015; OMS, 2015). En concreto, tanto las entidades responsables de políticas sociales como los proveedores de servicios deben realizar cambios organizativos, normativos y funcionales que sean flexibles y estén adaptados a las personas destinatarias (Rodríguez Rodríguez, 2013).

Cuando este modelo es aplicado en los centros sociosanitarios, mejora en la calidad de los cuidados, repercutiendo positivamente en el bienestar emocional y la satisfacción tanto de la persona cuidada y su entorno como del personal del centro (Amer Forteza et al., 2017).

Algunas características de las instituciones propician una atención centrada en la persona, como los entornos hogareños y accesibles, la provisión de actividades significativas, las relaciones familiares y sociales, la cercanía a la comunidad y la flexibilidad organizativa (Martinez-Rodríguez et al., 2015). Los principios de este paradigma pueden aplicarse a todas las interacciones en una residencia de personas mayores, ya sea al ayudar a alguien a ir al baño o al pedirle una opinión (OMS, 2015).

En definitiva, desde este modelo de cuidado, los servicios formales se consideran un apoyo para el bienestar de las personas y para favorecer la continuidad de sus proyectos de vida. Su misión consiste en atender, proteger, mediar, coordinar y ofrecer cuidados, basados en evidencia científica, pero, siempre con el fin último de desarrollar una intervención profesional de calidad e individualizada, dirigida a contribuir a que quienes precisan apoyos vivan mejor y puedan participar activamente en su entorno, controlando sus propias vidas, ya sea en decisiones importantes o en acontecimientos cotidianos (Rodríguez Rodríguez, 2013). Además, este modelo de atención centrada en la persona permite el cuidado sin sujeción, siendo ésta una característica intrínseca a dicho modelo (el uso de las contenciones físicas en el cuidado a las personas mayores será abordado ampliamente en el siguiente capítulo). Sin embargo, en la actualidad siguen conviviendo otros modelos de cuidado en los que el paciente no sólo no es el centro de la atención, sino que sus necesidades son secundarias a las de la organización, llegando en ocasiones a ser víctima de maltrato.

2.3.2. Cuando la atención causa daño: el maltrato a la persona mayor

El maltrato a las personas mayores es reconocido como un problema global y ha suscitado un gran interés y preocupación en las últimas décadas. Según la OMS (2015), el maltrato a las personas mayores es “un acto único o repetido que causa daño o sufrimiento a una persona mayor, o la falta de medidas apropiadas para evitarlo, que ocurre en una relación basada en la confianza”. Respecto a esta definición, O’Brien (2016) discute la necesidad de que la relación sea de confianza para que sea considerado maltrato, pues en una relación de cuidado abusiva, se puede haber perdido dicha confianza pero mantenerse la relación de dependencia de cuidados.

El maltrato puede ser físico, psicológico, emocional, sexual, financiero y material, e incluir diferentes formas como el abandono, la negligencia y las pérdidas graves de dignidad y respeto (OMS, 2015). Por un lado, causar dolor o lesiones, ejercer coerción física o restringir la libertad de movimientos mediante la fuerza o el uso de drogas es considerado como maltrato físico. Por otro lado, el maltrato psíquico o emocional implica infligir sufrimiento psíquico (OMS, 2003). Este tipo de maltrato, pese a estar muy extendido, es poco visible (M. O’Brien et al., 2016). En cuanto al económico, supone la explotación a una persona mayor o hacer uso de sus fondos o recursos de forma ilícita o indebida. Finalmente, mantener contacto sexual no consentido de cualquier tipo con una persona mayor es considerado abuso sexual (OMS, 2003). Otras referencias hacen también alusión al maltrato legal, que supone privar a una persona mayor de sus derechos civiles o declararla legalmente incapaz más allá del alcance real de sus condiciones mentales y físicas (M. O’Brien et al., 2016).

Además, en el maltrato a las personas mayores aparecen diferentes fenómenos como la infantilización (tratarle como si fuera un niño irresponsable en el que no se puede confiar), la despersonalización (proporcionar servicios que desatienden las necesidades particulares de la persona u olvidarse de los aspectos biopsicosociales individuales), la deshumanización (no sólo ignorar al anciano, sino despojarlo de su intimidad, de su capacidad para asumir responsabilidades sobre su propia vida) y la victimización (ataques a la integridad física y moral de las personas mayores mediante amenazas, intimidación y agresiones verbales, robo, chantaje o castigos corporales) (Caballero García & Remolar, 2000; CBE, 2016). Cabe destacar que las normas culturales y las tradiciones, como los prejuicios contra la vejez, el sexismo y la cultura de la violencia, también desempeñan un papel importante en el maltrato a la persona mayor (OMS, 2003).

Se estima que al menos una de cada diez personas mayores que viven en la comunidad sufre maltrato. Sin embargo, es probable que esta cifra sea una subestimación debido a la escasez de denuncias, la falta de reconocimiento y la atribución de fallecimientos a causas naturales cuando en realidad pueden haber sido consecuencia de maltrato o descuido (OMS, 2003, 2015). Según la revisión de Zapater (2021), la prevalencia del maltrato a las personas mayores oscila entre el 0,8% y el 4,7%, mientras que las estimaciones de sospecha de maltrato son superiores, entre el 11,9% y el 55,9%. En concreto, los más habituales son el maltrato psicológico y la negligencia, mientras que el abuso sexual es el menos frecuente.

Igualmente, se han estudiado cuáles son los factores de riesgo para el maltrato de las personas mayores. Por lo general, las personas mayores víctimas de maltrato son mujeres, mayores de 80 años, con mal estado de salud, deterioro cognitivo y físico, sintomatología depresiva, ingresos bajos y apoyo social pobre (M. O'Brien et al., 2016). Especialmente, las personas con 3 o 4 factores de riesgo tienen cuatro veces más probabilidades de sufrir abuso y aquellas con 5 factores de riesgo tienen 26 veces más probabilidades (Dong & Simon, 2014).

Finalmente, en relación al perfil de la persona que maltrata, en el entorno domiciliario, el maltrato es principalmente llevado a cabo por los hijos adultos y la pareja (M. O'Brien et al., 2016). En cuanto al ámbito institucional, éste puede ser infligido por los profesionales, otro residente, un visitante, familiares y amigos (OMS, 2003). En el entorno residencial, el abuso a las personas mayores es raramente notificado, siendo la omisión o negligencia la forma más habitual. En este sentido, diferentes estudios llevados a cabo en Finlandia estiman que el maltrato a las personas mayores por parte de profesionales sanitarios es un fenómeno cotidiano, aunque invisible por el miedo de estas a denunciarlo y sufrir represalias (M. O'Brien et al., 2016).

2.3.3. El maltrato institucional a la persona mayor

Según O'Brien (2016), el abuso institucional incluye modelos de atención deficientes, rutinas rígidas y respuestas inadecuadas a las necesidades complejas de las personas mayores en los entornos de cuidado. En el entorno residencial se encuentran varias categorías de abuso: los comportamientos abusivos (como golpear o tirar), las prácticas abusivas (incluida la alimentación forzosa, el uso de contenciones y la sobre-medicación) y las actitudes abusivas (por ejemplo, la humillación y la falta de privacidad). A nivel internacional, la prevalencia de maltrato institucional es alta. En concreto, un metaanálisis señala que el 64,2% de los profesionales de residencias reconoce haber realizado algún tipo de abuso a personas mayores en el último año.

Además, según los abusos informados por los residentes, el abuso más frecuente es el psicológico (33,4%), seguido del físico (14,1%), el financiero (13,88%), la negligencia (11,6%) y el abuso sexual (1,9%) (Yon et al., 2019).

En la práctica, resulta difícil determinar si el maltrato o el descuido acaecidos en una institución son consecuencia de actos individuales o se originan a partir de fallas institucionales, pues en muchos casos se superponen (OMS, 2003). Son numerosos los factores que se asocian con los actos de maltrato en las instituciones.

Por un lado, los profesionales, pese a poder experimentar poco empoderamiento como trabajadores, adquieren posiciones de poder respecto a las personas cuidadas. Además, las actitudes edadistas de los profesionales tienen un impacto en el trato que reciben las personas institucionalizadas y suponen un factor de riesgo para el maltrato (M. O'Brien et al., 2016). Al mismo tiempo, las dificultades en la interacción entre el personal y los residentes, tales como la falta de comunicación, la agresividad de los residentes y las diferencias culturales, predicen la aparición de dicho maltrato (OMS, 2003). Igualmente, las condiciones laborales también condicionan el abuso a la persona anciana. Entre ellas destacan los altos niveles de burnout y la baja satisfacción de los profesionales, el trabajo en turnos de noche, la continuidad de la atención a las personas mayores (durante 11 o 20 años), la falta de formación, la falta de tiempo, el trabajo centrado en tareas, las ratios bajas de personal, los salarios bajos y la falta de conciencia de abuso del anciano (M. O'Brien et al., 2016).

Paralelamente, algunas características de la organización pueden conducir a una práctica inadecuada, como el tamaño de la residencia (M. O'Brien et al., 2016; OMS, 2003). En concreto, la frecuencia de maltrato es mayor en aquellos centros que ofrecen escasa privacidad y estimulación sensorial a los residentes, con deterioro en sus instalaciones, con mayor número de accidentes y que hacen uso de medios de inmovilización (OMS, 2003). Además, el maltrato se da en instituciones enfocadas en la custodia de sus usuarios, en las que las personas tienden a ser vistas como sujetos pasivos y sin identidad personal. Los conflictos entre los profesionales y los residentes (por ejemplo, cuando este último no quiere vestirse o quiere irse a su casa) reflejan cómo las personas mayores son percibidas como incapaces de tomar decisiones (M. O'Brien et al., 2016). Por último, forma parte de la cultura organizacional abusiva la presencia de políticas y protocolos demasiado estandarizados y poco enfocados al problema. En este sentido, destacan las políticas que se adoptan en mayor beneficio de la institución que de los residentes y les dejan pocas posibilidades de elección, las actitudes de indiferencia hacia los residentes, la escasez y la elevada rotación de personal y el manejo fraudulento de las pertenencias o el dinero de los pacientes (OMS, 2003).

Por último, y en cuanto a los factores sociales y políticos, la falta de políticas respecto al maltrato a los ancianos les sitúa en una posición de riesgo. Estos factores reflejan la relación entre la micro-interacción (explicaciones interpersonales del abuso), los elementos institucionales (características de la organización) y los macro-elementos (edadismo) (M. O'Brien et al., 2016). Por desgracia, la pandemia por COVID-19 ha acentuado el edadismo a nivel internacional, tal y como se evidencia en el trato recibido por las personas mayores en determinadas residencias y hospitales. En este sentido, la pandemia ha sacado a la luz los limitados recursos disponibles en las residencias y las actitudes edadistas de políticos y profesionales (Morley et al., 2021).

En cuanto al abordaje de este problema, en la Declaración de Toronto para la prevención global del Maltrato de las Personas Mayores de la OMS (2002a), la falta de marcos legales es identificada como un obstáculo para el abordaje de los casos de maltrato. Es fundamental una

perspectiva que incluya los aspectos culturales para comprender el fenómeno en profundidad. Hay que tener en cuenta que sólo se podrá prevenir este maltrato de forma eficaz si se desarrolla una cultura que favorezca la solidaridad intergeneracional y que rechace la violencia, pues “la prevención del maltrato de las personas mayores en un mundo que envejece, nos concierne a todos”. La OMS (2003) identifica tres prioridades para afrontar y erradicar este problema: 1) la formación, 2) la legislación y la política, y 3) la aplicación de estrategias de prevención.

Según la Organización Panamericana de la Salud (2008), los gestores de los centros deben asegurar que el ingreso, el trato y el cuidado de las personas mayores se corresponden a los estándares y a las normas que protegen los derechos humanos, garantizando que todo el personal las conozca y comprenda claramente. Por otro lado, los profesionales sanitarios deben estar familiarizados con los derechos de las personas mayores, aplicarlos y asegurar su cumplimiento. De esta forma, esta organización internacional sitúa a los trabajadores en “la última línea de defensa para proteger la integridad física, psicológica y moral de las personas mayores que no pueden cuidar de sí mismas”. En caso de que sean testigos de algún abuso, están obligados a actuar para detenerlo y denunciarlo ante las autoridades responsables. Las familias tienen igualmente un papel importante como garantes de la protección y la promoción de los derechos humanos de las personas mayores. Desde el ámbito político, es necesario que las leyes, las políticas y los planes nacionales se ajusten a las obligaciones derivadas de las convenciones y a los estándares internacionales.

En definitiva, la protección y la promoción de la salud y la seguridad socioeconómica de las personas mayores es un tema no sólo de política pública, sino también de derechos humanos universales. En este sentido, para prevenir los abusos, es necesario que al reconocimiento le siga la acción (Organización Panamericana de la Salud, 2008). Es necesario un cambio en la mentalidad para que el envejecimiento se considere una parte natural del ciclo vital y los ancianos tengan el derecho a vivir con dignidad, sin sufrir malos tratos ni explotación, brindándoles la posibilidad de participar plenamente en las actividades educativas, culturales, espirituales y económicas (OMS, 2003). En esta línea, Morley (2021) defiende que la pandemia por COVID-19 ha brindado la oportunidad de transformar los cuidados de larga duración, para lo que es necesario alejarse de la visión negativa y edadista y adquirir una visión positiva que reconozca los derechos de las personas mayores a envejecer con dignidad y autonomía.

En el contexto del maltrato institucional a las personas mayores, encontramos el debate respecto al uso de las contenciones físicas, tal y como se detalla en el siguiente capítulo.

Como se ha visto en el capítulo anterior, envejecimiento de la población se asocia a un aumento de personas mayores dependientes que deben ser atendidas. Además, las dificultades que tienen las familias para cuidar de sus mayores en sus casas ha provocado el crecimiento del número de centros que proporcionan cuidados residenciales a personas mayores (Estévez-Guerra, 2017; Rodríguez-Cabrero & Monserrat-Codorniu, 2002). En España hay más de 5.500 residencias (Abellán García et al., 2021). En la mayoría de ellas se atiende a personas mayores con pluripatología asociada a un importante deterioro funcional y cognitivo. En concreto, muchas de estas personas presentan cuadros de desorientación, agitación, vagabundeo, alteraciones posturales y/o riesgo de caídas, pudiendo ser además portadoras de dispositivos sanitarios que a veces manipulan de forma constante. Para manejar estos numerosos problemas asistenciales y de seguridad, los profesionales utilizan en ocasiones mecanismos de restricción física (Fariña-López et al., 2013; Fernández Rodríguez & Zabala Blanco, 2014; Karagozoglu et al., 2013; Øye et al., 2017; Wazen Hervás, 2012).

3.1. Las contenciones físicas

Las contenciones físicas son definidas como “cualquier acción o procedimiento que impide la libertad de movimiento de una persona a una posición de elección y/o el acceso normal a su cuerpo mediante el uso de cualquier método, adjunto o adyacente a su cuerpo que él/ella no puede controlar ni retirar con facilidad” (Bleijlevens et al., 2016).

Habitualmente, los términos sujeción, contención y restricción se usan indistintamente para denominar el mismo concepto. Sin embargo, esta sinonimia lleva a la elusión del reconocimiento de uso de las mismas, no pudiendo cuantificar su magnitud real (Aristin Ortega et al., 2017; SEGG, 2014). La Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG, 2014) recoge las múltiples clasificaciones de los tipos de sujeción:

- Según el método de aplicación: sujeciones físicas o mecánicas y sujeciones químicas o farmacológicas².
- Según los diferentes dispositivos, utensilios o equipos: muñequeras, tobilleras, cinturón abdominal o pélvico, peto torácico, cinturón de cama, sábanas inmovilizadoras, etc.
- Según el carácter temporal:
 - Agudas, episódicas o esporádicas: se utilizan de forma excepcional y puntual en determinados momentos, horas y días (inferior a 2-3 días) en los que la persona sufre un episodio agudo de excitación y agitación, entrando en una situación de riesgo y no es posible calmarle de otra forma.

² La sujeción química (farmacológica) es “el uso de fármacos, fundamentalmente aquellos que actúan a nivel del sistema nervioso central, que reducen la movilidad de la persona, de manera que quedan inhibidas sus actividades con el objetivo de manejar o controlar una conducta inadecuada o molesta, que no tiene base en un desorden psiquiátrico diagnosticado. Dicho de otro modo, es el uso de fármacos (psicotrópicos o no) para manejar un problema para el cual existe un tratamiento mejor” (Urrutia Beaskoa, 2015).

- Crónicas o permanentes: aquellas cuya utilización es superior a 2-3 días o una semana y, en muchos casos, se pautan y no se revisan o, si se revisan, se limitan a ser corroboradas indefinidamente.

En la actualidad, los procedimientos más habituales de contención física son las restricciones de tronco y miembros o los dispositivos como las barandillas laterales en cama, las sillas limitadoras de movilidad o las sábanas inmovilizadoras (Estévez-Guerra, 2017; Fariña-López et al., 2013; Galán Cabello et al., 2008; González-Expósito et al., 2017; Gulpers et al., 2010; Hamers et al., 2009; Øye et al., 2017; Saarnio & Isola, 2010; Urrutia Beaskoa, 2015; Wazen Hervás, 2012). La SEGG (2014) recoge la discusión existente acerca de qué mecanismos deben ser considerados sujeciones mecánicas, como sucede con las barandillas de camas articuladas o determinados mobiliarios geriátricos ergonómicos. En el caso de las barandillas, estas pueden considerarse dispositivos de contención cuando imposibilitan la salida de la cama y su retirada no es posible por el propio usuario. Sin embargo, cuando su uso responde a una petición del paciente y no impide su salida de la cama, la barandilla no debería considerarse una restricción mecánica, aunque debería tenerse en cuenta la existencia de otros dispositivos y productos de apoyo más adecuados para realizar las transferencias y las movilizaciones en cama o garantizar su seguridad física. Es necesario tener en cuenta que se trata de métodos de sujeción mecánica con un alto riesgo de siniestralidad y accidentes, producidos por el atrapamiento de partes del cuerpo en los huecos existentes. Por otro lado, algunos dispositivos de mobiliario ergonómico adaptado (como los sillones) disponen de bandejas que, a la vez que facilitan algunas actividades, también limitan la libertad de movimiento de los pacientes, impidiéndoles salir o liberarse ante una situación de peligro. Por lo tanto, aunque se utilicen terapéuticamente para mantener la postura corporal o por demanda de la persona, constituyen una restricción mecánica, salvo los casos en los que la persona esté entrenada para poder liberarse de la misma. La SEGG recomienda utilizar mobiliario convencional para favorecer las relaciones sociales y utilizar estos dispositivos de forma excepcional para terapias grupales y siempre bajo la dirección y la supervisión de profesionales entrenados para su retirada en caso de que se produzca una situación de emergencia. Además, denuncia el uso restrictivo de mobiliario no adaptado (p.ej.: reclinación de silla de ruedas, uso de mesas que dejan atrapadas a la persona, colocación de un sillón frente a un obstáculo), siendo una mala praxis que debe desterrarse.

Históricamente, las sujeciones han sido consideradas como elementos necesarios e incluso terapéuticos en el cuidado de muchos grupos de pacientes (Fariña-López & Estévez-Guerra, 2011a; Lockwood et al., 2018; Urrutia Beaskoa, 2015). Las primeras referencias al uso de la restricción física las encontramos en un texto de la Grecia Clásica como el Corpus Hippocraticum. Este mencionaba diversas terapias que incluían la contención mediante cadenas de aquellos que podían representar un peligro para sí mismos o para los demás (Fariña-López & Estévez-Guerra, 2011a). Históricamente, la sujeción surge como una medida de control y de seguridad, tanto para el paciente como para su cuidador, frente a la conducta problemática de los pacientes psiquiátricos, utilizándose de forma episódica y puntual (Fariña-López & Estévez-Guerra, 2011b, 2011a; Urrutia Beaskoa, 2015). Con el envejecimiento poblacional y el aumento de la prevalencia de pacientes mayores con enfermedades crónicas, dependencia y, sobre todo, demencia, la prevalencia del uso de las sujeciones en el anciano se dispara. Este aumento es notable sobre todo en el paciente geriátrico demente, con trastornos de comportamiento y/o peligro de caídas y receptor de cuidados de larga duración (Urrutia Beaskoa, 2015).

Hasta la década de 1990, las sujeciones apenas adquirían consideración en el proceso asistencial, no existía ninguna normativa específica al respecto y su uso venía determinado por

el grado de sensibilidad y la buena praxis de los profesionales, ocasionando así una gran disparidad en su uso. En ese momento, se utilizaban elementos o utensilios no homologados diseñados para otros fines como sábanas, mantas, cinturones, etc. Su uso a menudo se ocultaba, de tal forma que no se comunicaba a los familiares, quienes no participaban en la toma de decisiones ni se solicitaba su consentimiento. Una vez decidido su uso, habitualmente de forma unilateral por parte de algún profesional, no se sometían a ninguna regulación, seguimiento o control, permaneciendo la persona con ellas de forma indefinida. A comienzos del siglo XXI, comenzó a surgir entre ciudadanos, pacientes, familiares y profesionales una preocupación creciente en torno a las sujeciones mecánicas por diferentes motivos: por los efectos que producían sobre los usuarios, por el posible efecto protector que se presuponía ejercían sobre los accidentes y las caídas y por las reclamaciones, las demandas y las sentencias judiciales dispares ante hechos similares. Se procedió así a publicarse procedimientos, protocolos, guías y manuales sobre su uso. De esta forma, actualmente, se determinan las condiciones de su aplicación, pero sin tener en cuenta el compromiso con los derechos, los principios, los valores y la autoestima de las personas atendidas. La existencia de protocolos acabó convirtiéndose en un aval que confiere inmunidad para sujetar sin control y un elemento defensivo frente a posibles reclamaciones o demandas por accidentes, caídas y agresiones. Entre 2005 y 2010, empezaron a sopesarse las repercusiones jurídicas, sociales, morales y éticas tanto de los profesionales como de las instituciones encargadas de la atención a los mayores, en tanto que comprometen el derecho a la libertad, a la integridad física y moral, a no sufrir trato inhumano o degradante (Constitución Española), al principio de autonomía y a valores como la dignidad persona y la percepción de la autoestima (SEGG, 2014).

Paralelamente a su historia, el uso de la sujeción ha sido siempre considerado como un procedimiento controvertido y siempre han existido voces contrarias a su utilización (Urrutia Beaskoa, 2015). En la actualidad existen importantes movimientos profesionales y sociales que plantean seguir avanzando y generar nuevas apuestas que mejoren la calidad de vida, la seguridad, la autoestima y la dignidad de las personas atendidas (SEGG, 2014). Pese a los esfuerzos realizados, el uso de las contenciones físicas en el cuidado de las personas mayores sigue siendo una realidad.

3.1.1. La prevalencia de uso de las contenciones

En la actualidad, el uso de las restricciones es un problema común y conocido tanto en entornos de agudos como crónicos o residenciales (Scheepmans et al., 2017). La prevalencia de uso está muy relacionada con las características de las instituciones y el perfil de los usuarios (Fernández Ibáñez et al., 2020; Thomann et al., 2021; Urrutia Beaskoa, 2015).

A nivel internacional, se ha estimado la prevalencia de uso de las contenciones físicas en el 33% de los usuarios residencias. En concreto, las cifras más bajas se observan en América del Norte (22%), seguidas de Europa (37%) (Lee et al., 2021). Igualmente, esta prevalencia varía según los países, desde un 6% en Suiza hasta un 31% en Canadá (Feng et al., 2009). España se encuentra a la cabeza en el uso de sujeciones físicas por encima de otros países como Italia, Francia o EEUU (Aristin Ortega et al., 2017). Las prevalencias de uso oscilan entre el 15-66% en residencias, y el 8-68% en hospitales (González-Expósito et al., 2017). Sin embargo, la prevalencia global resulta difícil de estimar y su gran variación puede ser explicada por el uso de diferentes definiciones de restricciones físicas, los diferentes métodos de recogida de los datos, la legislación o la cultura en las instituciones (Gulpers et al., 2012; Haut et al., 2010; Lee et al., 2021; Lockwood et al.,

2018; SEGG, 2014). Sin embargo, esta elevada variabilidad en el uso de las contenciones físicas también demuestra que es posible reducir dicha práctica en estos entornos (Hofmann et al., 2015).

En relación a los tipos de contención, según Galán (2008), el 63,4% de las sujeciones empleadas eran barandillas en cama; los mecanismos de restricción de tronco se utilizaban en el 17,8% de los casos, la restricción de miembros en el 3% y las sillas de sujeción en el 15,9%. Analizando el número de sistemas de sujeción usados para cada residente, se observa que en la mayoría de ellos (62,6%) se utiliza sólo un dispositivo, frente a un 23,4% de los casos en los que se utilizan dos sistemas, en el 13,2% tres sistemas y en el 0,9% del total se utilizan 4 medidas de restricción.

Por un lado, la prevalencia de uso viene determinada por los dispositivos que se incluyan. En primer lugar, en un estudio realizado en residencias de nuestro país, se concluyó que la prevalencia de residentes con al menos una contención es del 84,9%, con una variabilidad entre centros desde el 70,3% al 96,6% (Estévez-Guerra et al., 2017). En segundo lugar, en el estudio de Blasco (2020) realizado en residencias de la Comunidad Valenciana, el 23,8% de los residentes eran portadores de, al menos, una contención física. Las contenciones inguinales/abdominales fueron las más utilizadas (18,2%). En tercer lugar, en un estudio transversal realizado en la comunidad de Madrid por Galán (2008), concluyeron que el 8,4% de los residentes eran sometidos a algún tipo de medida de sujeción. Este porcentaje aumenta hasta el 20,8% si se incluye la utilización de la doble barandilla en cama. En cuarto lugar, en un estudio realizado por Fernández-Ibáñez (2020) en una residencia de Ciudad Real, la prevalencia de uso de algún tipo de contención física era del 45,1%. Al excluir el uso de barandillas bilaterales, la prevalencia de sujeciones era del 30,4%. Por lo tanto, como reflejan los datos, las cifras de prevalencia aumentan de manera importante en los estudios cuando se incluyen las barandillas laterales en cama (Delvalle et al., 2020; Hofmann et al., 2015; Lee et al., 2021; Urrutia Beaskoa, 2015).

Por otro lado, el estado de las personas mayores influye en el uso de la contención (Aristin Ortega et al., 2017; Blasco et al., 2020; Fernández Ibáñez et al., 2020; Galán Cabello et al., 2008; Urrutia Beaskoa, 2015; Wazen Hervás, 2012). El proyecto “Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer” investigó 63 residencias observando que en los centros en los que más del 80% de los residentes sufrían demencia, la prevalencia era del 48,2% (sin incluir barreras laterales) frente a los centros en los que menos del 20% de los residentes sufrían demencia, donde era del 9,8%. Por todo ello se concluyó que el deterioro cognitivo incrementa el uso de sujeciones (Aristin Ortega et al., 2017; Elsdén De Digon et al., 2003; Wazen Hervás, 2012). En el estudio de Galán (2008), la proporción de residentes sometidos a dispositivos de sujeción mecánica sin tener ningún tipo de deterioro cognitivo ni dependencia para las actividades de la vida diaria es el 3,9%. Sin embargo, entre el 16,7% y el 23,7% de los residentes que tienen deterioro cognitivo entre moderado y muy severo son sometidos a restricciones. Sorprende que el 22,4% de las barandillas se utilizan con residentes sin ningún tipo de deterioro cognitivo. Igualmente, en el estudio de Fernández-Ibáñez (2020), los residentes con deterioro cognitivo se contuvieron un 75,8% más que aquellos sin deterioro cognitivo, siendo la prevalencia de residentes sometidos a algún tipo de contención física del 45,1% y del 55,7% en el caso de aquellos con deterioro cognitivo. En la misma línea apuntan los resultados de un estudio realizado en Austria y Suiza. El riesgo de ser contenido es 40 veces superior en pacientes totalmente dependientes que en pacientes independientes y superior al doble entre pacientes con trastornos mentales y conductuales respecto a aquellos sin dichos trastornos (Thomann et al., 2021). Además, la prevalencia de uso es mayor al aumentar la edad del paciente (Urrutia Beaskoa, 2015).

Por todo ello, el perfil de la persona residente a la que se le aplica contención física es el de una mujer anciana, desorientada, con tendencia a la deambulaci3n, diagnosticada de demencia, dependiente para las actividades de la vida diaria, con doble incontinencia, en tratamiento con neurol3pticos, que mantiene cierta actividad social y con historia de caídas previas durante los últimos seis meses (Urrutia Beaskoa, 2015). Otras de las características del residente que se asocian con el uso de restricciones físicas son la movilidad reducida, la disminuci3n de la capacidad funcional, la elevada dependencia y los problemas conductuales (Aristin Ortega et al., 2017; Est3vez-Guerra, 2017; Hofmann & Hahn, 2014; Øye et al., 2017; Scheepmans et al., 2017). En concreto, seg3n Fern3ndez-Ib3ñez (2020), los pacientes con contenci3n física presentan de forma significativa m3s dependencia, menor capacidad de caminar, mayor grado de deterioro cognitivo y m3s riesgo de caídas que los residentes no sujetos; sin embargo, el antecedente de caídas en residentes con sujeci3n física es menor que en los no sujetos. En un estudio realizado en unidades de hospitalizaci3n, se ańadieron otras características de los pacientes que se asociaban a un mayor uso de contenciones físicas en este entorno: bajo nivel educativo, estado civil soltero, cambios en el nivel de conciencia durante la hospitalizaci3n, malnutrici3n y uso de dispositivos invasivos como cat3teres intravenosos, nasog3stricos o urinarios (Chou et al., 2020).

En contraposici3n a esta alta prevalencia de uso, los expertos entienden que, para conseguir una atenci3n de calidad, 3sta debería ser entre el 0 y el 5%, por las graves complicaciones asociadas a su uso (Gulpers et al., 2012).

A continuaci3n, se analiza el uso que se lleva a cabo de las contenciones en el cuidado de las personas mayores, distinguiendo entre las indicaciones y las causas de uso.

3.1.2. El uso de las contenciones

Las medidas de contenci3n son fundamentalmente empleadas en las unidades de cuidados intensivos, las unidades psiqui3tricas, las unidades geri3tricas, las unidades de pacientes vulnerables (como centros de menores o con personas privadas de libertad), los servicios de urgencias y el 3mbito domiciliario (OMC, 2015).

En concreto, en las unidades de cuidados postquir3rgicos y en las unidades de cuidados intensivos, las contenciones físicas se utilizan por el riesgo que presentan los pacientes de autorretirada de vías venosas, sondas o tubos de ventilaci3n respiratoria vitales para el mantenimiento de los cuidados y los tratamientos especiales. Tambi3n se utilizan en las unidades de hospitalizaci3n de neurología o medicina interna ante pacientes con movimientos irreflexivos, incontrolados o desordenados, producto de enfermedades agudas o cr3nicas, así como ante cuadros de agitaci3n y estados confusionales. En las áreas de urgencias se recurre a ellas como medidas de prevenci3n o para posibilitar los tratamientos en casos de intoxicaciones o estados confusionales agudos. En pediatria tambi3n es frecuente el uso de medidas de sujeci3n (fundamentalmente manual) para restringir el movimiento del nińo y así facilitar la realizaci3n de algunas técnicas. En cambio, en las unidades de salud mental, el uso de la contenci3n mecánica está asociado a un internamiento no voluntario, con características legales propias y combinándose con la contenci3n farmacol3gica. Un caso especial son los Centros de Menores o de personas privadas de libertad, en los que la contenci3n mecánica es utilizada como medida de castigo, circunstancia rechazada desde la propia deontología y en la que ning3n profesional sanitario debería colaborar (CBE, 2016). Finalmente, en las unidades geri3tricas, las contenciones físicas se utilizan principalmente en personas con autonomía disminuida y especial

vulnerabilidad y fragilidad. La estructura asistencial de algunas residencias geriátricas (numerosos residentes e insuficiente personal asistencial) propicia situaciones que acarrearán un riesgo de utilización de medidas de contención no siempre justificadas (CBE, 2016; OMC, 2015). Finalmente, en el ámbito domiciliario, la contención mecánica se aplica a personas mayores o afectadas de enfermedades de tipo neurológico, degenerativo o mental que están al cuidado de familiares cuidadores (CBE, 2016; OMC, 2015).

Volviendo al uso de las contenciones físicas en las personas mayores, éste se justifica habitualmente por motivos terapéuticos, especialmente en términos de seguridad asociada con la prevención de daños y la reducción de riesgos (Tolson & Morley, 2012). Sin embargo, hay una gran controversia acerca de si realmente existe alguna indicación para el uso de sujeciones, ya que se estima que, en la mayoría de los casos, se podrían evitar implantando intervenciones alternativas menos cruentas y más dignificantes para las personas (SEGG, 2014).

La SEGG (2014) ha revisado las indicaciones contempladas en las guías, los protocolos y los procedimientos de uso de las contenciones mecánicas:

- Instauración y aseguramiento de medidas o cualquier otro tipo de procedimiento terapéuticos necesarios para la supervivencia, como el uso de sondajes, la sueroterapia por vía parenteral, la utilización de oxigenoterapia o la cura de úlceras cutáneas;
- Control de la agitación y otras alteraciones conductuales como la auto o heteroagresión, los intentos autolíticos y las conductas suicidas;
- Para garantizar la inmovilización o descarga prescrita en determinados procesos traumatológicos que así lo requieren (p.ej.: fractura de fémur);
- Prevención de las caídas o los siniestros por vagabundeo errático no controlado (representa el 75% de las sujeciones);
- Control postural.

La Fundación Cuidados Dignos (2012) recoge una serie de situaciones en las que el uso de las contenciones físicas está indicado:

- Situaciones o conductas que representen una amenaza para la integridad física de la persona cuidada (p.ej.: prevención de autolesiones);
- Situaciones o conductas que representen una amenaza para la integridad física de otras personas (como en cuadros psicóticos agresivos para la prevención de lesiones que conviven con la persona cuidada);
- Protección de programas terapéuticos del paciente (para evitar la autorretirada de catéteres, por ejemplo);
- Necesidad de reposo (como puede ser con un paciente no colaborador con fractura).

Asimismo, la Fundación informa de los motivos para los que está contraindicado su uso:

- Como castigo ante una trasgresión o como demostración de fuerza hacia la persona cuidada;
- Por conveniencia o comodidad de las personas que le cuidan o con las que convive, como sustitutivo de vigilancia;
- Por desconocimiento del estado general de salud de la persona usuaria;
- Para evitar caídas;
- Para el manejo de los trastornos disruptivos.

Por su parte, la SEGG (2014) recoge una serie de situaciones utilizadas habitualmente para justificar la aplicación de las contenciones físicas, pero cuyo uso es calificado de claramente como inapropiado e inadmisibles:

- existencia de otras alternativas;
- imposibilidad de prestar supervisión continuada y cuidados complementarios;
- material o dispositivos inadecuados, no homologados y que puedan poner en riesgo la seguridad de la persona a la que se aplican;
- evitar el erratismo o vagabundeo;
- mejorar el control ambiental (para disminuir los ruidos, por ejemplo);
- presión de los profesionales, los familiares o los propios usuarios;
- conveniencia, comodidad o dejadez de los profesionales o del personal cuidador;
- déficit de personal cuidador para la supervisión y el control;
- falta de formación e información sobre el uso de sujeciones en los profesionales, así como la falta de información a pacientes y familiares;
- asistencia defensiva frente a las reclamaciones o las demandas judiciales;
- no haber efectuado una valoración geriátrica integral que permita detectar el origen de los trastornos de conducta y corregirlos con otra metodología más adecuada, más digna y menos cruenta.

La Sociedad Americana de Geriátrica (American Geriatrics Society, 2014) recomienda evitar las contenciones físicas en el manejo sintomatológico del comportamiento de los adultos mayores hospitalizados con delirium. Estos dispositivos pueden acarrear lesiones serias y empeorar la agitación y el delirio. Las alternativas efectivas incluyen estrategias para prevenir y tratar el delirio, la identificación y el manejo de las condiciones que causan el discomfort del paciente, las modificaciones del entorno para promover su orientación, los ciclos efectivos de sueño-vigilia, el contacto frecuente con la familia y la interacción de apoyo con los profesionales. Por otro lado, las iniciativas enfermeras educativas, así como los modelos innovadores de atención han mostrado ser efectivos en la implementación de cuidados libres de restricciones en la atención a personas con delirium. Por lo tanto, para la reducción del uso de las sujeciones físicas en las personas mayores hospitalizadas es necesario una mayor atención a sus circunstancias individuales, el empleo de múltiples enfoques dirigidos a la prevención de caídas, las modificaciones del entorno físico (incluidas las camas) y el manejo de la conducta problemática.

A continuación, se analiza cuáles son los motivos por los que se recurre a las sujeciones físicas en la práctica asistencial. En la mayoría de los casos, se utilizan como dispositivos de seguridad (Estévez-Guerra, 2017; González-Expósito et al., 2017; Hamers et al., 2009). Los motivos por los que los profesionales justifican el uso de sujeciones son: evitar las caídas, controlar los cuadros de agitación o el vagabundeo, evitar la manipulación de dispositivos, compensar el déficit de personal, controlar el comportamiento, mantener la posición corporal, facilitar la administración de medicación o la solicitud de sujeción por parte de las familias (Estévez-Guerra, 2017; Fariña-López, 2012; Fariña-López et al., 2013; Galán Cabello et al., 2008; Goethals et al., 2012; Gulpers et al., 2010; Möhler et al., 2011; Muñiz et al., 2016; Øye et al., 2017; Saarnio & Isola, 2010; Santana et al., 2018; Urrutia Beaskoa, 2015). Sin embargo, en muchas ocasiones, la indicación de este tipo de medidas está más relacionada con el logro de metas organizacionales de los centros (como el cumplimiento de horarios), el mantenimiento de entornos sociales cómodos (evitar que los residentes molesten), aliviar problemas de escasez de personal asistencial o su

falta de formación, así como para enmendar defectos en el diseño de los espacios físicos dedicados a la atención de personas mayores (Galán Cabello et al., 2008; Øye et al., 2017).

Según la Organización Médica Colegial (OMC, 2015), a la hora de utilizar las contenciones físicas, es necesario tener en cuenta algunas directrices médico-legales y ético-deontológicas, que incluyen:

- Es imprescindible que, cuando se utilice la sujeción mecánica, se haya adoptado un protocolo de aplicación consensuado por los profesionales implicados en el proceso.
- El respeto a la autonomía del paciente debe llevarse hasta el límite posible en la aplicación de las medidas de contención mecánica. En esta dirección, es adecuada la anticipación a la necesidad de su utilización y así poder informar a los pacientes de esta posibilidad. De esta forma, se cumplirá con el deber de información y se contará con la voluntad del paciente. En el caso de pacientes con trastornos mentales, neurológicos o degenerativos, o con personas mayores, se les puede hacer partícipes de la posibilidad de utilizar estas medidas en un futuro, antes de que se produzca un deterioro avanzado. Se trataría de una expresión de voluntades anticipadas respecto a esta medida, dentro de una planificación más general de las futuras medidas asistenciales.
- Se trata de una medida terapéutica que debe pautar un médico, aunque su aplicación la realicen, habitualmente, las enfermeras. En caso de aplicarse como una medida de urgencia, debe ser ratificada por un médico en un plazo corto de tiempo.
- Es necesario “que el personal la acepte como tal medida terapéutica en una escala de medidas de protección que ya se han agotado y que se han mostrado ineficaces”. El personal, además de estar entrenado en la aplicación de las medidas, debe conocer los riesgos y beneficios de cada una de ellas y conocer la necesidad de supervisar al paciente que está inmovilizado, valorando los posibles efectos locales y generales.
- La duración debe ser la más corta posible.
- En ningún caso se aplicará para favorecer el descanso del personal o justificarse por la escasez de personal cuidador.

Respecto a cómo se utiliza la sujeción física en los pacientes psicogeriátricos o con alto riesgo de caídas, ésta se caracteriza por ser habitual y diaria (Urrutia Beaskoa, 2015). En el estudio de Galán (2008), se destaca la gran utilización de sujeciones físicas de forma permanente (71,4%), lo que refleja la tendencia a su uso de forma indefinida y sin reevaluaciones.

Son numerosos los factores que condicionan la utilización de las restricciones físicas en las personas mayores. Entre ellos se encuentran el nivel de deterioro de los usuarios, la formación y las ratios de personal, las presiones de las familias, algunas cuestiones arquitectónicas y los aspectos legales, entre otros (Fariña-López et al., 2016). En particular, entre los factores internos predictores de su uso aparecen la edad, la movilidad deficiente, la elevada dependencia, el deterioro cognitivo o el riesgo (y los antecedentes) de caídas (Blasco et al., 2020; Chou et al., 2020; Elsdén De Digon et al., 2003; Fernández Ibáñez et al., 2020; Gulpers et al., 2012; Hofmann & Hahn, 2014; Lam et al., 2017; Scheepmans et al., 2019). Por otro lado, entre los determinantes externos al paciente, destacan las creencias de los profesionales respecto a los beneficios y la aceptabilidad del procedimiento, sus conocimientos respecto a los efectos adversos, la práctica local habitual, las ratios de personal, la posibilidad de realizar una supervisión continua, las percepciones respecto a la legalidad de su aplicación, así como las normas culturales de la institución y la sociedad (Tolson & Morley, 2012).

En definitiva, la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica defiende que la única razón legítima para usar restricciones debería ser la terapéutica: garantizar la seguridad, mejorar el bienestar y asegurar la aplicación sin riesgo de otros procedimientos. Sin embargo, no hay evidencias que avalen la consecución de estos objetivos mediante su aplicación. En cambio, existen estudios que ponen de manifiesto las consecuencias negativas de tal procedimiento (Elsden De Digon et al., 2003; Tolson & Morley, 2012).

3.2. Los efectos y las consecuencias del uso de las contenciones físicas

Pese a que la contención física ha sido utilizada con la intención de proteger a la persona cuidada, se acompaña de numerosas repercusiones físicas, psicológicas y sociales. Además, sustituye el rol del cuidador que debería acompañar, proteger y tranquilizar a la persona, ayudando a mantener su autonomía. Al mismo tiempo, los pacientes pueden sentir que su uso, pese a estar basado en la seguridad, atenta contra su libertad y su dignidad (Javet, 2018).

3.2.1. Los efectos físicos y psicológicos de las contenciones sobre el paciente

A pesar de su intencionalidad protectora, el uso de las restricciones físicas es cuestionado debido a sus posibles efectos o secuelas sobre los ancianos. Numerosos estudios afirman que su aplicación tiene importantes efectos negativos sobre la salud de los pacientes, incrementando la complejidad y el coste de la asistencia (Fariña-López, 2011).

Está demostrado que las restricciones físicas producen perjuicios sobre la salud física, psicológica y social de los pacientes, tal y como recoge Emilio Fariña-López (2011) en su revisión bibliográfica y que se muestran en la siguiente tabla 1.

Tabla 1. Los efectos físicos y psicológicos sobre el paciente de la contención física (Fariña-López, 2011).

Efectos físicos	Efectos psicológicos
Úlceras por Presión	Confusión
Pérdida del tono muscular	Agitación
Pérdida de masa ósea	Miedo
Infecciones	Retraimiento
Disminución del apetito	Humillación
Deshidratación	
Estreñimiento	
Incontinencias (urinaria y fecal)	
Lesiones por caídas	
Riesgo de asfixia	
Muerte súbita por el estrés que produce	

En primer lugar y en cuanto al efecto de estos dispositivos en la seguridad física del paciente, está documentado que la contención física se relaciona con graves efectos adversos que suceden cuando las personas quedan atrapadas por los dispositivos en una posición que genera un riesgo de asfixia. La asfixia mecánica puede producirse por la mala colocación de un mecanismo de sujeción, ocasionando una presión en el cuello, el tórax o la parte superior del

abdomen que dificulte así la entrada de aire en los pulmones. Por otro lado, la muerte súbita se relaciona con el uso de las contenciones mecánicas que causan gran estrés físico y emocional, acompañado de ansiedad intensa, resistencia y agitación, lo que desencadena una fuerte descarga de glucocorticoides y catecolaminas. Estas pueden sobreestimar el corazón y provocar una arritmia fatal en pacientes con enfermedad vascular previa. Finalmente, las lesiones por caídas y golpes son frecuentes tras el intento de los ancianos de salir de la cama pasando por encima de la barra lateral. En este caso, las consecuencias de las lesiones se suelen agravar al incrementar de forma considerable la altura respecto al suelo (Fariña-López, 2011).

Los dispositivos más implicados en estos daños físicos son las barras laterales de la cama, siendo frecuentes las caídas al sortearlas, los cinturones o chalecos de sujeción (probablemente debido a que son los utilizados más frecuentemente) y los dispositivos no homologados (CBE, 2016; Fariña-López, 2011). Una combinación especialmente peligrosa son las barras laterales más cinturones en personas con movilidad (CBE, 2016).

En relación a las caídas, Fernández-Ibáñez (2020) ha analizado el papel de las contenciones físicas en la prevención de caídas en residentes. Sus resultados apuntan que los residentes sin sujeción física sufren de forma significativa un mayor número de caídas respecto a aquellos con sujeción física, aunque no se encuentran diferencias respecto a las lesiones producidas. Sin embargo, al incluir en el análisis la capacidad de caminar, se ha observado que la proporción de caídas en los residentes ambulantes con contención física es mayor que los residentes ambulantes sin contención física, aunque la diferencia no sea estadísticamente significativa. En cambio, la sujeción física en los residentes que no caminan (independientemente de si presentan deterioro cognitivo) se asocia a un menor riesgo de caídas y lesiones, por lo que no se puede determinar si la disminución de las caídas se debe al uso de las contenciones físicas o a la falta de movilidad. Por otro lado, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación al número de lesiones y caídas de repetición entre los residentes con y sin contención física. Por lo tanto, los residentes con sujeción física no están protegidos de nuevas caídas ni de lesiones tras caerse.

A nivel funcional, el uso de las contenciones físicas se asocia a un mayor deterioro funcional (Chou et al., 2020; Foebel et al., 2016; Freeman et al., 2017; Soeno et al., 2021). Este riesgo aumenta especialmente entre los pacientes que reciben simultáneamente tratamiento con antipsicóticos, sugiriendo un efecto acumulativo (Foebel et al., 2016). Sin embargo, hay estudios que apuntan que, en casos aislados, la sujeción puede mejorar la capacidad funcional de un residente si su uso sirve de apoyo y es limitado en el tiempo, contribuyendo a la ejecución autónoma de alguna actividad (por ejemplo, el cinturón de la silla de ruedas soporta el tronco mientras el residente empuja las ruedas) (Wazen Hervás, 2012). Además, los pacientes contenidos físicamente tienen más riesgo de deterioro cognitivo independientemente de si tenían previamente un diagnóstico de demencia, afectando negativamente a su calidad de vida (Freeman et al., 2017; Javet, 2018), así como a un menor rendimiento cognitivo (Hofmann & Hahn, 2014). Igualmente, el uso de contenciones físicas aumenta el tiempo de estancia hospitalaria y la mortalidad (Chou et al., 2020; Francis-Coad et al., 2020).

En segundo lugar, las repercusiones psicológicas relacionadas con la pérdida de integridad psíquica y social secundarias a la contención física no siempre son tenidas en cuenta (Javet, 2018). Algunas de las consecuencias negativas sobre la esfera psíquica incluyen el aislamiento social y del entorno, la pérdida de autoestima y dignidad, la ansiedad, la depresión, el estrés, la inquietud y la agresividad (SEGG, 2014). Además, la restricción del poder de autodeterminación y la pérdida de autonomía pueden desencadenar que el paciente se sienta excluido,

encarcelado, humillado, y que perciba una pérdida de su dignidad (Fernández Rodríguez & Zabala Blanco, 2014; Gastmans & Milisen, 2006; Javet, 2018; Saarnio & Isola, 2009). Por otro lado, los efectos sobre la propia imagen, aunque más silenciosos, son igualmente dolorosos para la persona que, expuesta a la opinión de los demás, puede vivirlo como una regresión infantil (Javet, 2018). Igualmente, estos sentimientos provocan desconfianza hacia los profesionales y la percepción de pérdida de dignidad (Saarnio & Isola, 2009).

A modo de conclusión, los estudios de Anderson y Blair (2020, 2021) analiza las relaciones entre la calidad de los cuidados profesionales ofrecidos a las personas mayores institucionalizadas y su calidad de vida. Las autoras concluyen que las contenciones físicas son dañinas para las personas mayores. En concreto, los residentes contenidos físicamente presentan más dolor y síntomas depresivos, menos ingesta alimentaria, menor índice de masa corporal, así como peor calidad de vida. Además, se sienten menos cómodos y menos comprometidos con los profesionales. Por lo tanto, la calidad de los cuidados, incluyendo el uso de contenciones físicas, tiene un impacto real en la calidad de vida de las personas mayores, que se mantiene en el tiempo. En esta línea, la situación de los usuarios de las residencias en España es especialmente preocupante. El estudio de Beerens (2014) ha analizado la variabilidad en la calidad de vida y la calidad de los cuidados (siendo uno de los indicadores el uso de contenciones físicas) en ocho países europeos, concluyendo que los niveles más bajos de calidad de vida de los residentes se encuentran en España. En definitiva, las contenciones físicas son peligrosas y, tal y como apunta Tolson (2012), “hacen más daño que bien”.

Además de las consecuencias físicas y psicológicas, han sido apuntadas las implicaciones morales, éticas, sociales y jurídicas asociadas al empleo de sujeciones físicas.

3.2.2. Análisis ético y deontológico (del uso) de las contenciones físicas

La práctica de la contención se cuestiona mucho en la actualidad por varias razones. A las complicaciones físicas y psicológicas que acabamos de ver y la escasa evidencia que respalda su uso en la prevención de caídas, hay que añadir la pérdida de la dignidad y derechos que supone para el paciente (Fariña-López et al., 2008; González-Expósito et al., 2017; Rodríguez-Montejano et al., 2022; Tolson & Morley, 2012; Urrutia Beaskoa, 2015).

Desde un punto de vista ético, la contención física es una medida de urgencia que debe utilizarse como último recurso, después de que hayan fracasado el resto de medidas alternativas y tras haber valorado sus beneficios para la seguridad del paciente respecto a sus desventajas y sus riesgos (Astigarraga Suárez et al., 2012; M. O'Brien et al., 2016; Sharifi et al., 2021; Urrutia Beaskoa, 2015). En aras a la protección de sus derechos y su dignidad, los pacientes tienen derecho a estar libres de restricciones o cualquier procedimiento impuesto como medida de coerción, disciplina, conveniencia o represalia; sólo puede estar indicada para garantizar la seguridad física del paciente, de un miembro del equipo u otros y deberá interrumpirse en el menor tiempo posible (Gastmans & Milisen, 2006; Urrutia Beaskoa, 2015).

El uso regular de las contenciones es entendido como un indicador implícito o explícito de baja calidad de cuidados (Muñiz et al., 2016; Rodríguez Sánchez et al., 2021). En este sentido, Hofman (2014) argumenta que el uso de las contenciones físicas es incompatible con la dignidad de los usuarios y con los valores del cuidado enfermero. Asimismo, es considerado como una forma clara de maltrato físico y psicológico a los mayores, que lleva a una práctica deshumanizada (Elsden De Digon et al., 2003; M. O'Brien et al., 2016; Urrutia Beaskoa, 2018; Wazen Hervás,

2012). La SEGG entiende la utilización de restricciones físicas en personas mayores como un atentado contra las bases fundamentales del cuidado, radicadas en el mantenimiento del mayor grado de autonomía e independencia de la persona cuidada en cualquier entorno (Elsden De Digon et al., 2003).

Por un lado, al ser medidas que pueden atentar contra la dignidad y los derechos fundamentales de la persona, puede interferir en las posibilidades de ser cuidado conforme a las propias expectativas en momentos de alta vulnerabilidad. La percepción negativa y la sensación de maltrato y abuso que la persona puede sentir pueden comprometer su sintonía con sus cuidadores y generar situaciones conflictivas en la asistencia diaria. Por otro lado, desde una perspectiva social, se trata de un hecho normal y normalizado, que supone un mal ejemplo al entorno familiar, en el que se instruye en valores cívicos y derechos fundamentales (CBE, 2016). Finalmente, la intimidad de la persona contenida debe ser respetada escrupulosamente, por lo que es indispensable que la contención sea realizada en un lugar protegido de la mirada de los demás, especialmente si la persona ofrece resistencia (CBE, 2016).

Gastmans (2006) llevó a cabo un análisis de los valores y las normas que son importantes para una evaluación ética de las contenciones físicas. En primer lugar, la dignidad humana no puede ser negada por motivos de enfermedad, discapacidad o proximidad de la muerte, por lo que los cuidadores deben priorizar el respeto a la dignidad de las personas mayores. En segundo lugar y en cuanto al principio de autonomía, las personas mayores deben considerarse siempre como personas responsables, que actúan acorde con su conciencia y en libertad. Por lo tanto, su capacidad para tomar decisiones debe ser siempre respetada en el contexto del uso de las contenciones físicas. En este sentido, es imprescindible informar a las personas mayores sin deterioro cognitivo y obtener su consentimiento. En el caso de personas con deterioro cognitivo, se las debe involucrar en la toma de decisiones en todo lo posible y, en caso de que no lo sea, son los familiares quienes deben determinar qué hubiese querido la persona mayor. En tercer lugar, en la práctica asistencial se da gran importancia a los aspectos físicos y existe una preocupación por las posibles reclamaciones que pudiesen derivarse de los daños a este nivel. Por ello, las contenciones físicas son bien aceptadas como mecanismos para evitar las caídas. Sin embargo, y considerando a las personas mayores como personas de pleno derecho, su bienestar incluye mucho más que sólo la prevención de daños físicos, siendo necesario el respeto al bienestar en un sentido más amplio, incluyendo la dimensión social, la psicológica y la moral. En cuarto lugar, el fomento de la independencia de las personas mayores a través de las actividades ordinarias del día a día merece ser la máxima prioridad. Con el fin de mantener dicha independencia, el uso de las contenciones físicas debe ser una medida para circunstancias excepcionales en las que haya un riesgo para la persona mayor o para terceros, y siempre que las medidas preventivas hayan fracasado.

En cuanto a los aspectos éticos que deben tenerse en cuenta en la toma de decisiones, Gastmans (2006) defiende que los beneficios deben superar los inconvenientes. De esta forma, únicamente debe considerarse recurrir a un sistema de sujeción física si la salud, la integridad o el entorno pudiese estar seriamente dañado en caso de no usarse. En cualquier caso, se debe utilizar el sistema menos restrictivo posible y durante el menos tiempo posible, debiendo existir una relación proporcional y razonable entre la contención física y el daño que se pretende evitar. Asimismo, la decisión de utilizar o no las contenciones debe basarse en una valoración individual de la persona y, en caso de que se opte por ellas, se deben tomar medidas adicionales de cuidado, tanto para respetar la dignidad de la persona como para evitar complicaciones. Finalmente, esta toma de decisiones es un proceso que debe involucrar a todos los implicados.

A nivel organizacional, es necesario apostar por una reflexión ética previa al uso de las contenciones entre los profesionales y entrenarles en la aplicación de los métodos de contención de acuerdo con los aspectos éticos y legales, los riesgos y las indicaciones, así como las alternativas disponibles. Es necesaria también una buena comunicación que asegure que todos los implicados son conscientes de la política institucional sobre esta práctica. A nivel de los cuidadores, deberían reflexionar sobre su responsabilidad en su uso, buscando nuevas formas de promover el bienestar de la persona mayor. En cuanto a la persona mayor, ésta debe ser integrada lo máximo posible en el proceso de toma de decisiones, independientemente de si presenta deterioro cognitivo. Por último, los familiares deben recibir toda la información y participar activamente en dicha toma de decisiones, teniendo en cuenta la situación de estrés por la que pueden estar pasando.

En el contexto de la toma de decisiones, y según la OMC (2015), la aplicación de medidas de contención mecánica debe someterse a diferentes procesos. En primer lugar, el juicio clínico mediante el cual se deben identificar los síntomas y su tratamiento, siendo las contenciones mecánicas una posibilidad ante alteraciones de la conducta que puedan afectar a la seguridad del paciente. En segundo lugar, el juicio médico-legal que recoge el derecho del paciente a su autonomía y a tomar sobre sí mismo y su situación respecto a las medidas que le sean más favorables, o sus familiares en caso necesario. En tercer lugar, el juicio ético-deontológico valora la situación del paciente que necesita medidas de contención.

En cualquier caso, siempre que esté justificada la aplicación de una contención deberán respetarse los principios éticos básicos planteados en el Informe Belmont (1979) de autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia. A continuación, se recoge el análisis de la aplicación de estos principios en la práctica de la contención que diferentes organizaciones, como el Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona (COIB, 2006) o la OMC (2015), han realizado.

En primer lugar, en relación a la autonomía, cualquier persona es un agente moral autónomo, es decir, tiene derecho a tomar decisiones sobre su vida y su salud. Por eso, la persona que requiera la aplicación de una contención mecánica deberá estar informada del uso de esta medida y, siempre que sea posible, se deberá solicitar su consentimiento (COIB, 2006).

En segundo lugar, respecto a la justicia, ocurre una injusticia al negarle a una persona algún beneficio al que tiene derecho sin que para ello haya una buena razón, o se le impone indebidamente alguna carga. Otra manera de concebir el principio de la justicia es que los iguales deben ser igualmente tratados, por lo que la aplicación de una medida de sujeción no puede actuar jamás como causa de discriminación de la persona por parte de los profesionales. En cualquier situación, la persona merece ser tratada con la máxima consideración y el máximo respeto (COIB, 2006).

En tercer lugar, la beneficencia se formula bajo la premisa de no hacer daño, aumentar los beneficios y disminuir los posibles daños lo más que sea posible. En el caso de las contenciones, se utilizan con la voluntad de proteger físicamente al paciente, a su entorno y al personal sanitario cuando la propia seguridad está comprometida (OMC, 2015). Cuando se decide aplicar una de estas medidas, los profesionales deben esforzarse por garantizar el bienestar de la persona y no sólo por protegerla de posibles daños, asegurándose de que los beneficios siempre sean superiores a los perjuicios.

En cuarto lugar, la no maleficencia hace referencia al evitar el daño al paciente, evitando realizar actos clínicos contradictorios o técnicamente mal hechos.

Según la OMC (2015), la contención mecánica supone, desde el punto de vista ético, una confrontación entre los principios de autonomía -por la limitación de la libertad del paciente en contra de su voluntad-, y de beneficencia -al perseguir su protección-. Este conflicto se une a los riesgos que pueden interferir con el principio de no maleficencia, como son la inmovilización de la persona o las posibles lesiones de diferente naturaleza asociadas a su uso. Sus implicaciones legales exigen la existencia de procedimientos y normativas que regulen su prescripción, su aplicación y el consentimiento informado.

Al estar los principios éticos basados en valores, y al ser estos asumidos de forma distinta por cada profesional, en el uso de las contenciones ha habido convivencia entre el *Modelo Con Sujeción* (MCS) y el *Modelo Sin Sujeción*³ (MSS) (Urrutia Beaskoa, 2015). A continuación, se analizará la aplicación de los principios del Informe Belmont en ambos modelos.

El MCS entiende que, para que el uso de las contenciones no sea una práctica maleficente, basta con utilizarlas de una manera correcta, no vejatoria y ajustada a la ley. Sin embargo, el MSS plantea que, más allá de los efectos secundarios, el propio uso de las restricciones puede resultar vejatorio o transgredir la dignidad de las personas y, por tanto, es *per se* maleficente. Este modelo también puede resultar maleficente si no se analiza lo que la persona cuidada considera digno para sí misma. En cuanto al principio de beneficencia, el uso de las contenciones ha sido calificado como un tratamiento fútil ya que, según el MSS, en la mayoría de los casos, estas se podrían evitar implantando otras intervenciones alternativas menos cruentas y más dignificantes para las personas. El MSS es un modelo de autonomía, que posibilita el desarrollo de la persona cuidada a través de la visualización y la potenciación de sus capacidades y el respeto de sus derechos. Por el contrario, el MCS es un modelo paternalista en el que los profesionales y la familia toman las decisiones “por el paciente pero sin el paciente”. Finalmente, no hay diferencias significativas en cuanto al principio de justicia. En el MSS los recursos de los centros deben ser redistribuidos sin que ello implique un aumento de costes (Urrutia Beaskoa, 2015).

Por un lado, el MSS entiende que el individuo sometido a una sujeción corre el riesgo de convertirse prácticamente en un objeto. Además, defiende que el uso de contenciones mecánicas genera un conflicto entre los principios de dignidad y autonomía al limitar las posibilidades de interacción de la persona, especialmente entre aquellas con deterioro cognitivo (Urrutia Beaskoa, 2015). Desde este paradigma, se considera a la persona cuidada plena de derechos y se fomenta su autonomía favoreciendo una toma de decisiones autónoma tanto desde la capacidad como desde la incapacidad y la dependencia. Entiende que las personas tienen libertad de movimiento, asumiendo los riesgos que ello conlleva. A su vez, el modelo se fundamenta en la beneficencia, desarrollada desde el papel del profesional como asesor o acompañante en la toma de decisiones, no desde el paternalismo (Urrutia Beaskoa, 2015).

Por otro lado, el MCS suele darse en aquellos centros asistenciales con mayores dificultades para entender y manejar el comportamiento de los mayores con deterioro cognitivo. En estos centros, el principio de beneficencia está muy interiorizado, motivando a utilizar las contenciones en busca de una atención segura (Urrutia Beaskoa, 2015). El MSS está dispuesto a correr riesgos, incluso considera que es necesario, entendiendo que “el riesgo es un derecho” y “negárselo es en cierto modo negarle el derecho a la vida”. En este sentido, la geriatra afirma que “los primeros (cuidadores) tratan de evitarlo por miedo a las denuncias por negligencias y,

³ La forma de catalogar el *Modelo con Sujeción* y el *Modelo Sin Sujeción* es propia de la Dra. Ana Urrutia y se va a utilizar en las siguientes páginas.

por qué no decirlo, por comodidad y rutina; y los segundos (las familias de los dependientes), por miedo a los accidentes y a las caídas” (Urrutia Beaskoa, 2018, p. 18).

El MSS discute el uso de las contenciones y su eficacia. Según Urrutia (2018, pp. 17, 18, 21), es frecuente que la manera que tenemos de proteger desproteja y la manera de calmar en realidad agite. Además, defiende que la transformación que requiere el cuidado hacia este modelo parte del cambio en la manera de cuidar a “los frágiles”, valorándolos “como auténticas personas y no como seres cosificados”. Para ello “los cuidadores tenemos la obligación moral y también profesional de procurarles un entorno sociocultural dinámico y abierto, acorde a sus recuerdos y a sus deseos, para que vivan su vida con dignidad, aunque eso represente a veces un riesgo”, además, “debemos cambiar a enfoques de cuidado menos paternalistas que permitan cuidar y garantizar la seguridad, protegiendo a la vez los derechos y la autonomía de las personas a quienes cuidamos”. Para ello, es necesario humanizar los cuidados “potenciando los valores relacionados no tanto con tratar y curar como con tratar y cuidar”.

Por todo ello, Urrutia (2018, p. 22) se pregunta si “¿debe primar la seguridad frente a la dignidad?”, pues existe un “desequilibrio entre seguridad y derechos, entre seguridad y dignidad, donde claramente ha desequilibrado la balanza la locura de querer defender al cien por cien la seguridad, obviando la humanidad”.

Los centros que trabajan bajo el MCS garantizan la seguridad mediante estos dispositivos frente a los que trabajan sin ellos que crean exhaustivos procedimientos de seguridad y vigilancia de los pacientes para conseguir el equilibrio entre la seguridad y la libertad. Ante esta forma de trabajar, el MSS ha sido considerado como menos seguro (Urrutia Beaskoa, 2015). Sin embargo, la evidencia científica (tal y como se abordará más ampliamente más adelante) demuestra que no se producen más caídas ni aumenta la gravedad de las lesiones asociadas al no utilizar estos mecanismos (Urrutia Beaskoa, 2015).

En cuanto al concepto de dignidad, el MSS entiende que lo prioritario es el respeto a la dignidad desde la perspectiva de la persona cuidada, por encima de si es correcto o no sujetar. Por ello, la toma de decisiones de los cuidadores debe estar fundamentada en ese respeto a la dignidad de la persona cuidada, que es propia e irrenunciable y está muy ligada con la concepción individual de calidad de vida. Sin embargo, en la práctica asistencial, los profesionales del cuidado asumen la responsabilidad de decidir sobre la dignidad de pacientes incapaces de tomar decisiones por su falta de autonomía. Ante esta dificultad para conocer qué concibe como digno la persona cuidada, este modelo aporta herramientas para tratar de descubrirlo (Urrutia Beaskoa, 2015, 2018).

Desde otro punto de vista, según el Comité de Bioética de España (CBE, 2016), lo que determina el conflicto ético es la intención y/o las consecuencias del uso de la contención, más que el dispositivo en sí. Así, por ejemplo, cuando a una persona mayor dependiente con demencia avanzada se le pone un cinturón abdominal para facilitar la sedestación, “a pesar de ser una medida de restricción, no estaríamos obligatoriamente asociando su uso al maltrato o a la violencia, a no ser que fuese utilizado con intención de dominación, abuso de poder, castigo o conveniencia, o bien que estuviese produciendo un daño o sufrimiento al paciente que pudiera ser evitado”.

En esta misma línea, y ante la generalización de las afirmaciones en contra y la ausencia de referencias positivas sobre el uso de las contenciones mecánicas en las personas mayores, Rodríguez (2013) lleva a cabo un análisis ético que aporta una mirada diferente. En primer lugar, propone anteponer el diálogo ético a los argumentos basados en la evidencia, rechazando la

asignación directa del componente violento al dispositivo en sí mismo. Entiende que lo que determina el conflicto ético es la intención de uso, más que los mecanismos en sí, por lo que discrepa de las campañas de retirada de esos mecanismos basadas en prevalencia, considerando que ésta sólo es un dato estadístico si no se contextualiza con la ética y la realidad asistencial. En segundo lugar, propone definir las contenciones mecánicas en función de su intencionalidad: ampliar el concepto a “cualquier procedimiento, o dispositivo técnico, mobiliario o textil en contacto o muy cercano a la persona cuya intención sea la de restringir, limitar o dificultar la movilidad de una o varias partes de su cuerpo”. En tercer lugar, de cara al uso de las sujeciones por riesgo de caídas, considera que utilizar un dispositivo de sujeción como primera opción es tan inapropiado como renunciar a ponerlo cuando hay un riesgo severo e inmediato, si no se ha sido capaz de prevenirlo de otra manera.

A nivel deontológico, ni el Código de Deontología Médica del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM, 2011) ni el Código Deontológico de la Enfermería Española del Consejo General de Enfermería (CGE, 1989) ni el del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE, 2021) hacen referencia directa al uso de las contenciones por parte de médicos y enfermeras. A continuación, se analizan aquellos principios que recogen estos códigos deontológicos y que son aplicables en el uso de las contenciones físicas.

En primer lugar, los códigos recogen el compromiso profesional: “el médico tiene el deber de prestar a todos los pacientes una atención médica de calidad humana y científica” (CGCOM, 2011); “la responsabilidad profesional primordial de la enfermera es para con las personas que necesitan cuidados y servicios profesionales de enfermería” (CIE, 2021); y la enfermera “administrará los cuidados en función exclusivamente de las necesidades de sus pacientes” (CGE, 1989). En segundo lugar, todos ellos promueven el respeto a los derechos humanos y a la dignidad, sin discriminación por ningún motivo, incluyendo la edad. Respecto a la seguridad, por un lado, el Código del CGE recoge que “toda persona tiene derecho a la seguridad de su persona”. Por otro lado, el Código del CIE recoge que las enfermeras “facilitan una cultura de seguridad en los entornos sanitarios”, siendo la seguridad uno de los valores profesionales relacionados con la práctica enfermera. En tercer lugar, todos los Códigos recogen el derecho del paciente a ser informado y a dar su consentimiento o rechazar cualquier tratamiento e intervención. En caso de que el paciente no esté en condiciones de dar su consentimiento, se buscará a través de los familiares o allegados. Únicamente el Código médico plantea el abordaje ante una situación de riesgo inmediato grave: “el médico tomará las decisiones que considere adecuadas cuando se dé una situación de riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del paciente y no sea posible conseguir su consentimiento”. En cuarto lugar, los Códigos nacionales se posicionan ante los malos tratos: ningún profesional puede participar en ninguna forma de tortura o maltrato. Por el contrario, los profesionales deben denunciar estas situaciones, proteger al paciente y defender sus derechos. En quinto lugar, tanto los médicos como las enfermeras tienen el deber de actualizar sus conocimientos para mejorar su práctica. Finalmente, en sexto lugar, el Código enfermero nacional aborda explícitamente la atención a las personas mayores en el capítulo “la enfermería ante el derecho a una ancianidad más digna”. En él, insta a las enfermeras a “prestar atención de salud tanto al anciano enfermo como al sano, al objeto de mantener su independencia, fomentando su autocuidado para garantizar un mejoramiento de la calidad de vida”. En el anexo 2 muestran detalladamente los principios recogidos en los Códigos Deontológicos que deben ser tenidos en cuenta en la práctica de la contención.

Una mención especial merece el Código de Ética del Consejo de Colegios de Enfermeras y Enfermeros de Cataluña (2013). En este documento, se defiende que “la dignidad de la persona es el valor fundamental inherente a la naturaleza humana y a la ciencia enfermera. El carácter ético de la disciplina enfermera parte del reconocimiento que la persona, por razón de su dignidad, posee derechos inalienables y por eso merece ser cuidada con la máxima consideración y respeto. [...] Las enfermeras suscribimos que la dignidad no se conquista, sino que se posee”. En primer lugar, entre los compromisos éticos relacionados con el valor de la responsabilidad, destaca que la enfermera respeta, protege y promueve los derechos humanos, así como la dignidad de la persona atendida y, ante la vulneración de algún derecho, emprende medidas para que este se respete, incluyendo la comunicación formal a la autoridad responsable. En cuanto a la seguridad de la persona atendida, la enfermera se niega a colaborar en prácticas que no garanticen la seguridad de las personas y se compromete a llevar a cabo acciones que corrijan la situación. Además, la enfermera se esfuerza en detectar y prevenir toda forma de violencia, evaluando los riesgos y anticipándose a la situación violenta. Cuando esto no es posible, toma las medidas necesarias para minimizar los riesgos y lo denuncia con la finalidad de proteger a las personas y a ella misma. En segundo lugar, en relación al valor de la autonomía, las enfermeras reconocen la autonomía de las personas y respetan su derecho a ser informadas y a tomar sus decisiones libremente. En este sentido, la enfermera colabora con otros profesionales para solicitar el consentimiento ante cualquier actuación asistencial. En concreto, la enfermera tiene un especial cuidado y sensibilidad para garantizar la comprensión de la información, especialmente en relación a las personas que no tienen suficiente competencia para comprender y decidir. Además, la enfermera vela para que, ante situaciones de incapacidad de la persona cuidada, las decisiones que toman sus representantes aseguren el mayor beneficio de esta. En tercer lugar, respecto al valor de justicia social, la enfermera no puede discriminar a nadie por motivos de edad. Igualmente, respeta los derechos humanos de la persona atendida y asume la responsabilidad de generar conciencia social ante la vulneración de estos derechos, especialmente ante situaciones de violencia o maltrato, las cuales debe denunciar. Además, la enfermera tiene el deber de atender a todas las personas con la misma calidad humana y técnica, así como de velar por que los otros profesionales actúen de la misma forma. En cuarto lugar, según los compromisos del valor del compromiso profesional, y en concreto en la relación con los compañeros, el equipo de cuidados y el equipo de salud, cuando la enfermera observe que algún miembro del equipo puede poner en peligro la salud de la persona atendida tiene el deber de evitar el riesgo que esto pueda suponer, debiendo comunicarlo formalmente a la autoridad que corresponda en caso de que no se resuelva. Además, la enfermera actúa con criterio profesional según sus competencias y, si considera que una indicación que recibe de otros profesionales del equipo es errónea o puede causar un daño, procurará que no se lleve a cabo, absteniéndose de participar e informando a la autoridad correspondiente. Por otro lado, en relación a la formación, la enfermera está comprometida con la actualización de su competencia durante toda la carrera profesional.

En definitiva, el uso de las contenciones físicas (también las farmacológicas), constituye en la actualidad un tema muy controvertido dentro de la asistencia geriátrica, sobre todo en los centros de larga estancia y los sociosanitarios, debido a las repercusiones morales, éticas, sociales y jurídicas que conlleva. Pese a ello, no existe un marco normativo o legislativo a nivel estatal que afecte a todos los ámbitos asistenciales, encontrando normativa reguladora en algunas comunidades autónomas aplicable a sus respectivos marcos territoriales. En el siguiente apartado se analiza el marco legal que regula el uso de las contenciones.

3.2.3. El marco legal que regula el uso de las contenciones físicas

Las personas mayores gozan jurídicamente de los mismos derechos, libertades y deberes civiles y políticos constitucionales que los demás ciudadanos. Sin embargo, en la práctica, la vulnerabilidad del anciano dificulta el ejercicio real de dichos derechos, siendo más susceptibles a ser víctimas de violencia y discriminación (Martínez Ques, 2015). En la práctica de la contención, es necesario tener en cuenta los derechos de las personas mayores y las diferentes legislaciones que directa o indirectamente regulan su uso, tanto a nivel internacional, nacional y autonómico. A continuación, se van a presentar estos documentos en orden cronológico, según su ámbito de aplicación y de si regulan específicamente o no el uso de las contenciones físicas.

Para empezar, a nivel internacional, se encuentran numerosos tratados que regulan los derechos de las personas mayores y que deberían considerarse al utilizar las contenciones mecánicas.

En primer lugar, la Asamblea General de las Naciones Unidas (1991a) aprobó los Principios en favor de las personas de edad, con la intención de alentar a los gobiernos a que introduzcan en sus programas nacionales los siguientes principios:

- Tener acceso a una atención de salud adecuada (principio 1);
- Tener la posibilidad de vivir en entornos seguros y adaptables a sus preferencias personales y a sus capacidades en continuo cambio (principio 5);
- Poder disfrutar de los cuidados y la protección de la familia y la comunidad de conformidad con el sistema de valores culturales de cada sociedad (principio 10);
- Tener acceso a “servicios de atención a la salud que les ayuden a mantener o recuperar un nivel óptimo de bienestar físico, mental y emocional” (principio 11) y a “servicios sociales y jurídicos que les aseguren mayores niveles de autonomía, protección y cuidado” (principio 12);
- Tener acceso a medios apropiados de atención institucional que les proporcionen protección, rehabilitación y estímulo social y mental en un entorno humano y seguro (principio 13);
- Poder disfrutar de sus derechos humanos y libertades fundamentales cuando residan en hogares o instituciones donde se les brinden cuidados o tratamiento, con pleno derecho de su dignidad, creencias, necesidades e intimidad, así como de su derecho a adoptar decisiones sobre su cuidado y su calidad de vida (principio 14);
- Poder vivir con dignidad y seguridad y verse libres de explotaciones y de malos tratos físicos o mentales (principio 17);
- Recibir un trato digno, independientemente de la edad, el sexo, la raza o la procedencia étnica, la discapacidad u otras condiciones, y han de ser valoradas independientemente de su contribución económica (principio 18).

En segundo lugar, en la misma fecha, se aprobaron los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y el mejoramiento de la atención de salud mental (1991b). Defiende el derecho a ser tratado lo menos restrictivamente posible y a recibir el tratamiento menos restrictivo y alterador que corresponda a sus necesidades de salud y a la necesidad de proteger la seguridad física de terceros (9.1). Únicamente recoge el uso de la restricción física “para evitar un daño inminente y sólo durante el tiempo estrictamente necesario, debiendo quedar registrado en el historial y manteniendo al paciente en condiciones dignas y bajo el

cuidado y la supervisión de personal cualificado” (11.11). Estos principios deberían ser tenidos en cuenta en nuestro ámbito de estudio si consideramos que algunos pacientes geriátricos contenidos pueden presentar alguna enfermedad de salud mental.

En tercer lugar, en 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, ratificado por la Jefatura del Estado (1999), los estados se comprometen a proteger al ser humano en su dignidad y su identidad, y a garantizar a toda persona, sin discriminación alguna, el respeto a su integridad y a sus derechos y libertades fundamentales. En el artículo 5, se reconoce el derecho a prestar el consentimiento necesario previo a la realización de una intervención en el ámbito sanitario y tras haber recibido la información adecuada acerca de la finalidad y la naturaleza de la intervención, incluyendo sus riesgos y sus consecuencias. Este consentimiento podrá ser retirado libremente y en cualquier momento. En el caso de personas mayores de edad sin capacidad para expresar su consentimiento, se solicitará la autorización de su representante que debe recibir la información en igualdad de condiciones. Incluso en este caso, el afectado deberá intervenir en el procedimiento de autorización en la medida de sus posibilidades (artículo 6).

En cuarto lugar, encontramos la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (Parlamento Europeo, 2000). En su Capítulo I, titulado “Dignidad”, afirma que la dignidad humana es inviolable, y que será respetada y protegida. Igualmente, defiende el derecho a la integridad física y psíquica, así como al consentimiento libre e informado (artículo 2) y la prohibición de tortura y de tratos inhumanos o degradantes (artículo 4).

En quinto lugar, en abril de 2002, la ONU celebró en Madrid la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, a partir de la cual surge el Plan Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Dicho documento marca un punto de inflexión en la percepción mundial del desafío que supone la construcción de una sociedad para todas las edades (CBE, 2016). En esta Declaración se advierte explícitamente que el abandono, el maltrato y la violencia contra las personas de edad pueden adoptar muchas formas, incluyendo la física, la psicológica, la emocional y la financiera. Además, incita a trabajar para prevenir los malos tratos, el fraude y los delitos contra las personas de edad. Destaca la necesidad de que los profesionales reconozcan los riesgos de abandono, maltrato o violencia por parte de quienes atienden a las personas de edad en el hogar o en los contextos comunitarios o los institucionales (ONU, 2003).

En sexto lugar, en 2004, el Consejo de Europa adopta la Recomendación Rec (2004) relativa a la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas que padecen trastorno mental (Comité de Ministros del Consejo de Europa, 2004). Pese a dirigirse únicamente a las personas con trastorno mental, establece unos principios y deberes que deberían ser tenidos en cuenta a la hora de decidir sobre la adopción o no de medidas de contención física y farmacológica (CBE, 2016). En concreto, el artículo 27 establece que las medidas de contención o restricción sólo se podrán emplear en instalaciones adecuadas y según el principio de mínima restricción, para prevenir daños inminentes en la persona afectada o en otras, en proporción a los riesgos existentes. Además, estas medidas sólo podrán aplicarse bajo la supervisión médica y deberán quedar adecuadamente documentadas, debiendo ser la persona contenida objeto de seguimiento regular.

En séptimo lugar, la UNESCO (2005) aprobó la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, que insta a que se respeten plenamente la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales, siendo prioritarios los intereses y el bienestar de la persona sobre los de la sociedad (artículo 3). Defiende igualmente la autonomía individual, debiendo

tomar medidas especiales para proteger los derechos y los intereses de las personas que carecen de la capacidad de ejercer su autonomía (artículo 5). En el artículo 8, dedicado al respeto de la vulnerabilidad humana y la integridad personal, reclama especial protección y respeto por la integridad de aquellos individuos y grupos más vulnerables.

En octavo lugar, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU (2006) tiene por propósito “promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente”. En su preámbulo, contempla que “las personas, que tienen obligaciones respecto a otras y a la comunidad a la que pertenecen, tienen la responsabilidad de procurar, por todos los medios, que se promuevan y respeten los derechos reconocidos en la Carta Internacional de Derechos Humanos”. La Convención dictamina entre sus principios “el respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas”. El artículo 14, de libertad y seguridad de la persona, impone la obligación de asegurar que las personas con discapacidad disfruten del derecho a la libertad, en igualdad de condiciones, sin que puedan verse privadas de ella de forma ilegal o arbitraria. En el artículo 15, sobre la Protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, recoge que “ninguna persona será sometida a tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes”. En el artículo 16, de Protección contra la explotación, la violencia y el abuso, contempla que los Estados deben asegurar que “los servicios y programas diseñados para servir a las personas con discapacidad sean supervisados efectivamente por autoridades independientes”. Además, se recogen los derechos a la salud (artículo 25) y a la igualdad y no discriminación (artículo 5).

Finalmente, la Recomendación CM/Rec (2014) del Comité de Ministros del Consejo de Europa a los Estados miembros sobre la promoción de los derechos humanos de las personas mayores indica que “las personas mayores que reciben atención institucional tienen derecho a la libertad de movimiento. Cualquier restricción deberá ser legal, necesaria y proporcionada y conforme con el derecho internacional. Deberán existir medidas de control adecuadas para la revisión de dichas decisiones. Los Estados miembros deberán garantizar que cualquier limitación individual para una persona mayor se implementará con el consentimiento previo libre e informado de dicha persona, o como respuesta proporcional a un riesgo de daños” (artículo 41). Además, los Estados deberán garantizar que existe una autoridad u organismo competente e independiente responsable de la inspección de las instituciones residenciales, tanto públicas como privadas, así como proporcionar mecanismos de reclamación efectivos y de fácil acceso y corregir cualquier deficiencia en la calidad de la atención (Comité de Ministros del Consejo de Europa, 2014).

En concreto, algunos países como Dinamarca, Reino Unido o los Estados Unidos presentan una sensibilidad especial con respecto al uso de las contenciones físicas y lo han regulado, permitiéndolo únicamente bajo determinadas circunstancias. Estas medidas legislativas han contribuido a reducir significativamente su uso (Fariña-López, 2012; Gulpers et al., 2012).

En el caso de Estados Unidos, las preocupaciones por el uso de restricciones físicas sin una norma que regulase su aplicación empezaron en la década de 1970 (Urrutia Beaskoa, 2015). En 1987 el Congreso aprobó el *Federal Nursing Home Reform Act* (Acto Federal para la Reforma de Residencias Geriátricas), que establece los principios que una residencia que recibe financiación

pública del *Medicaid*⁴ debe cumplir. Además, otorga derechos a los usuarios y, por lo tanto, obligaciones de cumplimiento por parte de los centros y los trabajadores. Entre los derechos de los residentes, destaca el derecho a estar libre de abuso físico o mental, castigo corporal, reclusión involuntaria y cualquier restricción física o química impuesta por motivos de disciplina o conveniencia y no requerida para tratar los síntomas médicos del paciente. En concreto, contempla el uso de las contenciones físicas para asegurar la seguridad física del residente y de otros residentes y sólo bajo prescripción escrita que especifique las circunstancias bajo las que la contención se puede usar y su duración. Entre las pautas a seguir en su aplicación, destaca que debe haber una orden escrita del médico que indique el tipo de restricción a ser aplicada y su justificación; el residente debe ser vigilado y liberado de la restricción al menos cada dos horas, asegurando que sus necesidades básicas estén cubiertas y debe quedar constancia de que otros métodos menos restrictivos no han resultado efectivos. En cualquier caso, el uso de restricciones físicas o químicas no puede ser implementado por motivos de disciplina, conveniencia ni como forma de castigo, tampoco para controlar la actitud de los residentes, y están prohibidas las órdenes permanentes de restricción.

Por otro lado, en Reino Unido, según el *Mental Capacity Act* de 2005, la restricción de un paciente sin consentimiento, sin autorización legal o sin razón para ello puede constituir un delito civil o penal, por lo que su aplicación debe contar con una base legal. Generalmente, los hospitales y centros de cuidado solicitan autorizaciones de *Deprivation of Liberty* (privación de libertad) a las autoridades locales, quienes verifican que la persona cumple los requisitos para obtener dicha autorización. Existe la posibilidad de conceder autorizaciones urgentes si es necesario privar a una persona de su libertad antes de que se pueda obtener una autorización regular. En el caso de que no se cumplan los criterios para la privación de libertad, la autoridad local deniega la solicitud y busca un tratamiento menos restrictivo. En cambio, si la autorización es concedida, se establece un límite temporal no superior a 12 meses y debe ser eliminada cuando ya no sea necesaria.

Más recientemente, se aprobó en los Países Bajos la ley *The Care and Coercion Act*, que amplía el concepto de medidas restrictivas, incluyendo toda forma de cuidado involuntario, es decir, todas aquellas situaciones en las que un residente se resiste a un determinado cuidado.

Sin embargo, en nuestro país el uso de sujeciones en el ámbito asistencial sanitario es una práctica que, hasta el momento, carece de una normativa específica reguladora. Para continuar, se van a mostrar, en orden cronológico, diferentes normas de ámbito nacional que deben tenerse en cuenta a la hora de aplicar mecanismos de contención física.

Por un lado, la Constitución Española de 1978 proclama en el artículo 1 la libertad como uno de los valores superiores de nuestro ordenamiento jurídico. En el artículo 10 se recoge el derecho a los principios de dignidad humana y libre desarrollo de la personalidad. Además, son reconocidos el derecho a la integridad física y moral y a no sufrir tratos inhumanos o

⁴ *Medicaid* es un seguro de salud del gobierno estadounidense dirigido a brindar cobertura de salud a ciertos colectivos estadounidenses, incluidos los adultos con bajos ingresos, los niños, las mujeres embarazadas, los adultos mayores y las personas con discapacidad. El programa es administrado por los estados, de acuerdo con los requisitos federales y está co-financiado por ambos.

degradantes (artículo 15), así como a la igualdad y no discriminación (artículo 14), a la libertad física (artículo 17), a la intimidad (artículo 18) y a la protección de la salud (artículo 43).

Por otro lado, las referencias al consentimiento informado aparecen en la *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad* que regula las acciones que hacen efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en la Constitución. En su artículo 9 establece que los poderes públicos deberán informar a los usuarios de los servicios del sistema sanitario público, o vinculados a él, de sus derechos y sus deberes. En su artículo 10 recoge el respeto a la personalidad, la dignidad humana y la intimidad, sin que pueda haber discriminación por razón de discapacidad o de cualquier otra circunstancia personal o social (Jefatura del Estado Español, 1986).

Asimismo, destaca la *Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal* (actualizado en diciembre de 2022). El artículo 147 contempla castigar a aquel que “por cualquier medio o procedimiento” cause lesión o menoscabe la integridad corporal o la salud física o mental de otro, especialmente si la lesión ha sido producida por métodos peligrosos para la vida o la salud física o psíquica del lesionado. Además, el artículo 173, sobre torturas y otros delitos contra la integridad moral, contempla castigar al que “infligiere a otra persona un trato degradante, menoscabando gravemente su integridad moral” (Jefatura del Estado Español, 1995, 2019).

En 2002 se aprueba la *Ley 41, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*. En el artículo 1 se establece la necesidad de obtener el consentimiento, por escrito, de los pacientes o usuarios tras haber recibido una información adecuada, pudiendo decidir libremente entre las opciones clínicas disponibles. El artículo 4 recoge el derecho a la información asistencial y el artículo 8 el consentimiento informado que, aunque es verbal por regla general, debe prestarse por escrito ante la aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente, como es el caso de las contenciones físicas. En concreto, según el artículo 15, el consentimiento informado debe quedar registrado en la historia clínica del paciente. Define también el consentimiento por representación para que, cuando el paciente no es capaz de tomar decisiones, lo otorguen las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho. Entendiendo la contención como un acto médico sobre la conducta sintomática de un paciente, esta norma regula que para su aplicación será imprescindible la prestación del consentimiento informado por el paciente o su representante legal. En concreto, la Ley establece que la prestación del consentimiento por representación debe ser siempre en favor del paciente y con respeto a su dignidad personal, garantizando que este pueda participar en la medida de lo posible en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario y, en caso de discrepancia, se deberá acudir a la autoridad judicial, quien autorizará o no la medida. Excepcionalmente y por razones de urgencia, si no fuera posible recabar la autorización judicial, los profesionales sanitarios adoptarán las medidas necesarias en salvaguarda de la vida o la salud del paciente (Jefatura del Estado Español, 2002).

A tener en cuenta también la *Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias*. El artículo 4 recoge que “los profesionales tendrán como guía de su actuación el servicio a la sociedad, el interés y la salud del ciudadano a quien se le presta el servicio, el cumplimiento riguroso de las obligaciones deontológicas, determinadas por las propias profesiones conforme a la legislación vigente, y de los criterios de normo-praxis o, en su caso, los usos generales propios de su profesión”. Además, el artículo 5 estipula que relación entre los profesionales y las personas atendidas debe regirse por las necesidades de salud de estas, de acuerdo con los conocimientos científicos del momento y con los niveles de seguridad y calidad

establecidos por la ley y las normas legales y deontológicas, respetando su personalidad, su dignidad y su intimidad. Además, deben respetar la participación de las personas en la toma de decisiones que les afecten, ofreciendo una información suficiente y adecuada para que puedan ejercer su derecho al consentimiento (Jefatura del Estado Español, 2003).

La *Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*, recoge el derecho “a disfrutar de los derechos humanos y libertades fundamentales, con pleno respeto de su dignidad e intimidad”. Se establece como infracción “conculcar la dignidad de las personas en situación de dependencia” y “generar daños o situaciones de riesgo para la integridad física o psíquica” (Jefatura del Estado Español, 2006).

En 2010, se elaboró el Manual de buenas prácticas de los servicios especializados del Ministerio Fiscal en la protección de personas con discapacidad. En el artículo 67, se recoge que “las sujeciones y contenciones mecánicas pueden afectar directamente a derechos fundamentales de las personas con discapacidad, por ello, solo deben contemplarse como medida excepcional, respetar la autonomía y la dignidad de la persona, ser una medida temporal y llevarse a cabo por personal especializado tanto técnica como humanamente. Al menos deben realizarse siguiendo un estricto protocolo de garantías y, al menos en los casos de mayor afectación, la actividad debe ser controlable por la autoridad judicial para la valoración de que los mismos se realizan en interés de la persona con discapacidad y no por otros motivos de tranquilidad del tutor o del centro residencial. Esta necesidad de autorización judicial aumenta en el caso de oposición del tutor o representante del incapaz a la adopción de la medida. La utilización de estos procedimientos de forma incorrecta atentan directamente contra la dignidad, la integridad e incluso la vida de la persona afectada” (Ganzenmüller Roig et al., 2010).

La preocupación por restringir el uso de las sujeciones ha llevado a que incluso la *Orden del Ministerio de Sanidad SND/265/2020, de 19 de marzo, de adopción de medidas relativas a las residencias de personas mayores y centros socio-sanitarios, ante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19* incluya una previsión al respecto. En el segundo punto señala que: “El centro deberá atender especialmente, el mantenimiento en la zona de aislamiento que le corresponda a aquellas personas deambulantes o errantes, con trastorno neurocognitivo, de manera que se le permita deambular sin que le resulte posible salir de esa zona de aislamiento, evitando la utilización de sujeción mecánica o química” (Ministerio de Sanidad, 2020).

Por último, en 2022 se han hecho importantes avances respecto al uso de las contenciones físicas. Por un lado, la Fiscalía General del Estado (FGE, 2022) ha emitido la *Instrucción número 1/2022, sobre el uso de medios de contención mecánicos o farmacológicos en unidades psiquiátricas o de salud mental y centros residenciales y/o sociosanitarios de personas mayores y/o con discapacidad*. La instrucción señala que quedan al margen de la misma el uso de estos mecanismos en el ámbito sanitario u hospitalario cuando estos responden a necesidades de intervención aguda. Sin embargo, pone de manifiesto la importancia de que se genere un marco normativo a nivel estatal que regule el uso de las sujeciones en todos los niveles asistenciales.

El objeto de esta instrucción es reforzar la atención de las personas mayores y/o con discapacidad, en cuanto colectivos especialmente vulnerables, ante la necesidad de velar por el efectivo reconocimiento y salvaguarda de su dignidad, presupuesto para el libre desarrollo de su personalidad y el ejercicio de todos los derechos y libertades que le son constitucionalmente

reconocidos, en relación con el uso de contenciones o sujeciones físicas y/o farmacológicas a las que pueden verse sometidos. Dicha instrucción describe los presupuestos que han de orientar la utilización de las restricciones, predicables en todo el territorio nacional sin perjuicio del texto de cada disposición autonómica:

1. El respeto a la dignidad, a la libertad y a la promoción de la autonomía de la persona. Por ello, todo procedimiento de restricción debe estar precedido de un intento de contención verbal u otras estrategias menos invasivas, y posteriormente registrado para una evaluación por el equipo terapéutico en relación con las causas de su fracaso. En cualquier caso, remarca la importancia de las actuaciones preventivas o anticipatorias frente a las reactivas.
2. Nadie debe ser sometido a ningún tipo de inmovilización o de restricción física o tratamiento farmacológico sin prescripción facultativa, salvo que exista peligro inminente para la seguridad física del usuario o de terceros. Además, deben descartarse las órdenes facultativas genéricas de tratamiento (“contención mecánica si precisa”).
3. La concurrencia del consentimiento informado y documentado de acuerdo con la Ley 41/2002. Cuando no sea posible contar con la voluntad del paciente, se deberá cumplir con la teoría del juicio sustitutivo para el caso de consentimiento por representación: la búsqueda de lo que la persona hubiera llegado a decidir de acuerdo con su trayectoria vital, sistema de creencias y valores con el fin de adoptar la decisión que habría tomado la persona para el caso de no precisar representación.
4. Atender a los principios de cuidado, excepcionalidad, necesidad, proporcionalidad, provisionalidad y prohibición del exceso, debiendo aplicarse las contenciones con la mínima intensidad posible y por el tiempo estrictamente necesario, eludiendo aplicaciones rutinarias. En este sentido, la contención debería durar minutos y no horas. Recoge que una contención prolongada equivale a malos tratos, por lo que insta a los establecimientos a implantar un plazo máximo, que no pudiera ampliarse a menos que otro médico también lo ratificara expresamente. Además, las medidas de sujeción deben ser objeto de supervisión en todo caso a fin de evitar efectos colaterales perjudiciales y debiendo quedar constancia documental de dicha supervisión.
5. El uso de las sujeciones vendrá determinado cuando no haya funcionado otro método de prevención o en supuestos de riesgo inminente y grave para la persona o para terceros. Por ser incompatible con la dignidad de la persona y no responder a los objetivos de su aplicación debe entenderse totalmente proscrita la utilización de estas con fines de disciplina o por conveniencia (ahorro de trabajo, esfuerzos o de recursos).

A partir de estos presupuestos, esta instrucción recoge la labor inspectora del Ministerio Fiscal, que debe incluir la supervisión de la utilización de las contenciones en los centros afectados para garantizar el pleno respeto a la dignidad y a los derechos constitucionales básicos de los usuarios y residentes, así como evitar las desviaciones en su uso. Por un lado, en el curso de las inspecciones que los Fiscales realicen a los centros uno de los aspectos que deberá ser supervisado es la aplicación de sujeciones y, en caso de que se apliquen, verificarán la correcta aplicación de los presupuestos mencionados y comprobarán: que existe prescripción médica; que el centro dispone de un protocolo para el uso de sujeciones; que se deje constancia documental de la indicación, el uso y el tipo de contención aplicada respecto de cada paciente, especificando la duración; que se respete la normativa sobre consentimiento informado, con

especial atención a aquellas situaciones de personas que no pueden consentir por sí mismas. Por otro lado, la Fiscalía debe encargarse de las quejas recibidas de usuarios o familiares, las inspecciones realizadas a los centros y la remisión periódica por parte de estos del listado de contenciones aplicadas; controlar la utilización desviada de los medios de contención e investigar los accidentes y los decesos de personas en el contexto de contención; así como de impulsar las actuaciones de coordinación necesarias con los diversos servicios de inspección afectados (sanitarios y sociales) con la finalidad de priorizar el control eficaz del uso de sujeciones (FGE, 2022).

En definitiva, tras haber analizado el marco normativo estatal, el informe de la FGE (2022) recoge: “excepcionalidad, individualización, necesidad, proporcionalidad, idoneidad, graduación, mínima intensidad posible, tiempo estrictamente necesario y transparencia deberán regir la actuación de los profesionales en estos centros cuando sea necesario adoptar tales medidas, debiéndose llevar a cabo con el respeto debido a la dignidad, a la privacidad y a los derechos de la persona”.

Por otro lado, en julio de 2022 fue aprobada la *Resolución de 28 de julio de 2022, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia* que, pese a que no regula los cuidados en los centros de atención intermedia, sí determina cómo deben ser los cuidados en las residencias y otros servicios integrados en el Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia (SAAD) (Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, 2022). Esta Resolución plantea un nuevo modelo de atención basado en la dignidad y el respeto; la personalización y la atención centrada en la persona; la participación, el control y las elecciones; el derecho a la salud y al bienestar personal; así como la proximidad y las conexiones comunitarias.

En concreto, esta Resolución establece como requisito para la acreditación de los centros la atención libre de sujeciones, defendiendo que todas las personas atendidas en el ámbito del SAAD tienen derecho a recibir una atención libre de sujeciones, ya sean estas físicas, mecánicas, químicas o farmacológicas, y también libre de coerciones. Desde este posicionamiento, no es posible implantar ninguna sujeción salvo en situaciones excepcionales y de urgente necesidad, en las que exista un peligro inminente que ponga en riesgo la seguridad física de la persona usuaria, de las personas cuidadoras o de terceras personas y en las que previamente haya constatado claramente el fracaso de otras medidas alternativas. La utilización de las contenciones deberá tener siempre un carácter temporal y proporcional, aplicándose con la mínima intensidad posible y garantizándose la prohibición de exceso. Cualquier sujeción deberá someterse a un procedimiento documentado que cuente con la prescripción médica y la supervisión técnica, debiendo quedar registrado su uso en el historial de la persona usuaria. Igualmente, debe incluirse el consentimiento informado, siendo este explícito para cada situación y para cada persona, no siendo válidos los consentimientos genéricos ni los diferidos en el tiempo. Además, es obligatoria la comunicación al Ministerio Fiscal.

Para acabar, se analiza la regulación más específica respecto al uso de las contenciones. Pese a que a nivel nacional resulta difícil encontrar normativa o legislación específica, en el ámbito de

los servicios sociales autonómicos se han desarrollado diferentes leyes y decretos que hacen referencia explícita a las sujeciones físicas, estableciendo límites a su uso. Las diferentes leyes autonómicas que regulan el uso de las restricciones son las siguientes:

- Decreto 79/2002, de 13 de junio, por el que se aprueba el Reglamento de autorización, registro, acreditación e inspección de centros de atención de servicios sociales (Principado de Asturias, 2002);
- Ley foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales (Comunidad Foral de Navarra, 2006);
- Ley de Cantabria 2/2007, de 27 de marzo, de derechos y servicios sociales (Comunidad Autónoma de Cantabria, 2007);
- Ley de Cataluña 12/2007, de 11 de octubre, de Servicios Sociales (Comunidad Autónoma de Cataluña, 2007);
- Ley del País Vasco 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales (Euskadi, 2008).
- Ley 4/2009, de 11 de junio, de Servicios Sociales de les Illes Balears (Comunidad Autónoma de las Illes Balears, 2009);
- Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón (Gobierno de Aragón, 2009).
- Ley 7/2009, de 22 de diciembre, de Servicios Sociales de La Rioja (Comunidad Autónoma de La Rioja, 2009);
- Decreto Foral 221/2011, de 28 de septiembre, que regula el uso de sujeciones físicas y farmacológicas en el ámbito de los servicios sociales residenciales de la Comunidad Foral de Navarra (Comunidad Foral de Navarra, 2011);
- Resolución del Viceconsejero de Sanidad y Director General del Servicio Madrileño de Salud por la que se aprueban las instrucciones relativas al uso de sujeciones físicas y químicas en centros hospitalarios del servicio madrileño de salud (Comunidad de Madrid, 2017);
- Ley 3/2019, de 18 de febrero, de Servicios Sociales inclusivos de la Comunitat Valenciana (Comunitat Valenciana, 2019);
- Orden UMA/11/2019, de 14 de marzo, por la que se regulan los requisitos materiales y funcionales de los Centros de Servicios Sociales especializados de la Comunidad Autónoma de Cantabria (Gobierno de Cantabria, 2019);
- Ley 16/2019, de 2 de mayo, de Servicios Sociales de Canarias (Gobierno de Canarias, 2019).

Por un lado, prácticamente todas las leyes recogen el derecho de las personas a no ser sometidos a ningún tipo de inmovilización ni restricción física o farmacológica. En el caso de aplicarse, la prescripción facultativa es identificada como un requisito, aunque contemplan su uso sin prescripción facultativa ante situaciones que supongan un peligro inminente para la integridad física de la persona o de terceros. Numerosas leyes autonómicas recogen la necesidad de obtener el consentimiento informado del paciente o su representante, así como de registrar su uso. Además, incluyen la indicación de supervisar y mantener los cuidados a la persona contenida. En algunos casos, es obligatoria la comunicación al Ministerio Fiscal. En el caso de Cantabria, la legislación de 2007 indica que esta comunicación debe hacerse en un plazo máximo de 24 horas desde el inicio de la aplicación. Sin embargo, según el Decreto Foral 221/2011, dicha comunicación no es necesaria para aquellas sujeciones que se hayan prescrito por un facultativo y exista consentimiento informado. Por lo general, se considera infracción muy grave al incumplimiento de la normativa en el uso de las contenciones físicas. En la tabla 2 se recoge el contenido de estas legislaciones autonómicas y los artículos en los que aparece cada indicación.

Tabla 2. Las legislaciones autonómicas que regulan el uso de las contenciones físicas.

	Asturias, 2002	Navarra, 2006	Cantabria, 2007	Cataluña, 2007	Euskadi, 2008	Illes Balears, 2009	Aragón, 2009	La Rioja, 2009	Navarra, 2011	Madrid, 2017	Valencia, 2019	Cantabria, 2019	Canarias, 2019
Derecho a no ser sometido a ningún tipo de inmovilización ni restricción sin prescripción		8	6	12	() ⁵	9	7		()	()	10	(55)	11
Prescripción facultativa	17	8	6	12	91	9	7	85	6, 8		10	64	11
Contempla su uso sin prescripción facultativa ante situaciones que supongan un peligro inminente para la integridad física de la persona o terceros	17	8	6	12	91	9	7	85	10	1	10		11
Consentimiento informado del paciente o representante									7	1		64	DA9
Supervisión y cuidados a la persona contenida	17					9			16	2, 3			DA9
Registro del uso de la contención en el historial del paciente	17	8		12						10	10	64	DA9
Comunicación al Ministerio Fiscal		8	6	12					9		10		DA9
Uso al margen de los supuestos: infracción muy grave		87	93	98	91	129	93	85					

Por otro lado, algunas normativas aportan unas directrices específicas. En el caso de la Ley de Cantabria 2/2007 se autoriza a la Consejería competente la disposición de las medidas necesarias para asegurar que se cumple con la garantía del uso de las sujeciones como último recurso excepcional y la obligación de los equipos y servicios de atención a utilizar todas las técnicas y medios alternativos. Además, los centros y servicios de atención diurna, nocturna y de estancia residencial deberán elaborar un plan de centro de eliminación de sujeciones que constate que cualquier medida alternativa que pueda adoptarse, o incluso las sujeciones como último recurso, persiguen el mejor interés de la persona usuaria objeto de las mismas (disposición adicional sexta). Según la Ley de Cataluña (artículo 98), se considera infracción tanto el uso de las contenciones fuera de los supuestos establecidos como su no aplicación en caso de que hayan sido prescritas. De acuerdo con la Ley del País Vasco 12/2008, “silenciar o encubrir dichas actuaciones” (aplicar dispositivos de contención sin prescripción médica y supervisión, a excepción de situaciones de peligro inminente) igualmente es una infracción muy grave. En cuanto a los cuidados a la persona contenida, siguiendo el Decreto Foral 221/2011, en caso de utilizar un dispositivo de sujeción, se deberá cambiar las zonas de apoyo de su cuerpo al menos cada 2 horas (artículo 17). Finalmente, tanto el Decreto Foral 221/2011 como la Resolución del Viceconsejero de Sanidad de Madrid rechazan explícitamente el uso de sistemas de restricción impuestos por conveniencia o disciplina.

Una de las normativas autonómicas más recientes es la Resolución del Viceconsejero de Sanidad de Madrid (Comunidad de Madrid, 2017). En ella, se ordena que, en caso de que se aplique una sujeción, debe ser valorada periódicamente la necesidad de su continuidad y se utilizarán aquellas menos restrictivas que logren su objetivo (instrucción 2). Además, su uso no exime de la realización de otros cuidados, incluyendo aquellos para prevenir o minimizar sus efectos negativos (instrucción 3) y su aplicación debe limitarse al tiempo de ingreso en el centro sociosanitario, no debiendo continuar tras el alta del paciente (instrucción 4). Respecto al derecho a ser informados, indica que deberá facilitarse información escrita a los pacientes y a

⁵ (): Recogido implícitamente

sus familiares o cuidadores, como complemento a la información verbal, en el que además de una mínima información de pros y contras de la sujeción y su necesidad actual, se haga constar que en general, y fuera del episodio agudo que la provocó, son medidas que conviene evitar, especialmente en personas con riesgo de deterioro funcional (instrucción 11). Esta legislación insta a que cada centro sanitario perteneciente al Servicio Madrileño de Salud disponga de protocolos de aplicación de sujeciones físicas, que deberán ser revisados periódicamente, en los que se especifique la excepcionalidad de su uso, buscando (incluso en estas situaciones) otras medidas (físicas o químicas) que eviten su uso. Además, cada centro establecerá un sistema de registro que permita controlar y hacer un seguimiento de su uso (instrucción 5). Al mismo tiempo, cada centro o servicio ha de asegurarse de que las sujeciones no se utilizan para cubrir una deficiencia, falta de capacidad profesional, o defectos organizativos o del entorno (instrucción 12). En caso de generarse conflictos éticos en torno al uso o no de sujeciones, deberá consultarse al Comité de Ética Asistencial del centro, que deberá, además, organizar sesiones formativas (instrucción 13). Finalmente, la Consejería de Sanidad solicitará información de forma periódica sobre el uso de las sujeciones en los centros y servicios de su ámbito competencial, a fin de hacer seguimiento y auditoría de la adecuada aplicación de las instrucciones establecidas (instrucción 15).

En Baleares, la *Ley 4/2009, de 11 de junio, de Servicios Sociales de las Illes Balears* recoge, en el artículo 9, el derecho de las personas usuarias de los servicios residenciales “a no ser sometidas a ningún tipo de inmovilización o de restricción física o tratamiento farmacológico sin su autorización, a menos que haya peligro inminente para la seguridad física de la persona usuaria o de terceras personas, o que haya prescripción facultativa, en ambos casos bajo supervisión”. Además, considera infracción muy grave el “someter a las personas usuarias de los servicios a cualquier tipo de inmovilización o restricción física o tratamiento farmacológico sin prescripción médica y supervisión, excepto en el supuesto que haya peligro inminente para la seguridad física de la persona usuaria o de terceras personas” (artículo 129) (Comunidad Autónoma de las Illes Balears, 2009). Por otro lado, la Carta de Derechos y Deberes del paciente del Servicio de Salud de las Islas Baleares (2003) reconoce el derecho a recibir una atención sanitaria integral de sus problemas de salud, así como a la personalidad y la dignidad humana. Igualmente, incluye el derecho a recibir información completa y continuada —verbal y por escrito, en un lenguaje comprensible— sobre el proceso asistencial, incluidas las alternativas de tratamiento. En este sentido, el paciente tiene “derecho a determinar libremente cuál es la mejor de las alternativas que el responsable médico del caso le presenta”, siendo necesario su consentimiento manifiesto antes de cualquier actuación, excepto cuando la urgencia no admita demora o cuando el paciente no esté capacitado para la toma de decisiones, correspondiéndole a sus familiares o representantes legales este derecho. El paciente tiene del mismo modo derecho a negarse a recibir un tratamiento, debiendo firmar un documento que refleje dicho rechazo. Así mismo, el paciente tiene derecho a que todo el proceso asistencial conste por escrito en la historia clínica.

Volviendo al ámbito nacional, el 3 de noviembre de 2016, el grupo parlamentario Ciudadanos presentó la Proposición No de Ley 161/000707 que fue aprobada por el Congreso de los Diputados el 16 de mayo de 2017. En ella, se insta al Gobierno a: 1) solicitar a los centros geriátricos un registro en el que se incluya el número de pacientes con sujeciones mecánicas, la causa que motiva su necesidad y otras circunstancias relacionadas con su instauración y las consecuencias asistenciales derivadas de su uso; 2) que se proceda a hacer obligatoria la revisión periódica de la necesidad o no de sujeción mecánica por parte de un facultativo del Sistema Nacional de Salud ajeno al centro y sin conflicto de intereses con él; 3) establecer un programa de instauración progresiva de eliminación de las sujeciones mecánicas mediante la adopción de

incentivos para aquellos centros que no las utilicen, pudiendo estos incluir la priorización de los centros en los conciertos o la mejora en sus condiciones económicas; 4) promover cambios en la normativa de edificación para disminuir la necesidad de sujeciones; y 5) establecer un horizonte temporal para eliminar de los conciertos a los establecimientos que no se hayan adherido a un programa de eliminación de sujeciones (Congreso de los Diputados, 2017).

Un elemento que merece una reflexión mayor en el uso de las contenciones físicas es el consentimiento informado, regulado de forma genérica por la *Ley 41/2002, Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*, de 14 de noviembre de 2002. La SEGG (2014) aconseja el consentimiento informado cuando vayan a ser utilizadas más allá de un episodio agudo, debiendo quedar registrado en la historia clínica del paciente. Dicho consentimiento debe recoger los datos de filiación del paciente, el nombre del médico prescriptor, explicar de forma clara y sencilla toda la información (incluyendo los riesgos y los beneficios), la causa que lleva a la utilización de las sujeciones y los tratamientos alternativos previos implantados y que han fracasado. Además, el médico tiene la obligación de asegurarse que el sujeto lo ha comprendido todo, teniendo en cuenta que la mera firma, aun siendo necesaria, no exime de responsabilidad si se prueba a posteriori que la información que se dio era incomprensible para el sujeto. Por otro lado, debe existir un consentimiento informado firmado que autorice de forma explícita, específica, individual y contemporánea cada tipo de sujeción que se vaya a aplicar, ya que los riesgos y las complicaciones, así como los beneficios que se persiguen difieren según el dispositivo utilizado y la persona a quien se le aplique. Es necesario tener en cuenta que el consentimiento informado en ningún caso es un “cheque en blanco” para poder sujetar de forma no proporcionada e irracional. Por todo ello, deben considerarse ilegales los consentimientos informados genéricos y los que se obtienen en el mismo acto del ingreso, sino que este debe ser explícito para la situación y en el mismo momento en que se va a tomar la decisión, nunca puede ser diferido en el tiempo y debe determinar el periodo de revisión. Según el CBE (2016), las situaciones asistenciales que conlleven un riesgo vital urgente pueden quedar exentas de solicitar inicialmente el consentimiento informado. Pese a ello, deben quedar constancia escrita en la historia clínica del paciente. Además, siempre que sea posible, se debe informar a los familiares o acompañantes y solicitar su consentimiento por escrito, asegurando que el paciente participe en la medida de lo posible en esta toma de decisiones. Por otro lado, cuando, tras el caso excepcional sin consentimiento inicial, se vayan a mantener las sujeciones, se deberá recurrir en la mayor brevedad posible a solicitar el consentimiento informado por escrito del paciente o su representante legal. Tal y como expresan García y Beltrán (2012), el uso de sujeciones físicas sin el consentimiento expreso del afectado o sus familiares supone “un acto de abuso-violencia, de maltrato hacia la persona, por lo que se vulneran sus derechos fundamentales a la libertad y a la integridad física, quedando sometido a un trato degradante”, salvo la excepción de urgencia y gravedad. Además, se vulnera su derecho a la autodeterminación y a la integridad física, atentando a su dignidad. Sin embargo, en la práctica asistencial, la aplicación de las contenciones físicas no cuenta siempre con el consentimiento de los usuarios ni sus representantes (Ramos Cordero et al., 2015).

Otro aspecto interesante es la comunicación y la autorización judicial. Ante la falta de una normativa expresa para la aplicación de sujeciones en personas sin capacidad de autogobierno, la SEGG (2014) entiende que la comunicación judicial se utiliza como una postura garantista, siendo obligatoria para corroborar o rechazar la medida ante discrepancias con el paciente, sus representantes legales o sus familiares. Dicha comunicación judicial no es necesaria u obligatoria ante la necesidad de utilizar una sujeción mecánica o farmacológica puntualmente, de forma

aguda, para un acto terapéutico concreto, o por un episodio de agitación temporal, tras el cual la medida no tendrá continuación. Por todo ello, la SEGG defiende que se trata de “procedimientos altamente trascendentes” e insta al Ministerio Fiscal a pronunciarse en esta materia y a proponer que se legisle a nivel estatal (SEGG, 2014). Según García y Beltrán (2012), es importante tener en cuenta que la autorización judicial es independiente a la comunicación al Ministerio Fiscal. La labor de los fiscales no es autorizar limitaciones del derecho fundamental a la libertad, competencia exclusiva de los jueces, sino supervisar la correcta aplicación de las contenciones físicas.

En cuanto a la prescripción, “es competencia exclusiva del facultativo prescribir contenciones, tanto físicas como farmacológicas. Se trata, por tanto, de un procedimiento que exige orden médica, por lo que debe asegurarse que se proceda a su firma en cuanto la situación lo permita, y a la posterior revisión periódica. No obstante, si en el momento de decidir la contención mecánica y siendo una situación de urgencia, no se puede contactar con el médico, el personal de enfermería podría iniciar el procedimiento comunicándolo al médico con la menor demora posible” (CBE, 2016). En la misma línea, la revisión de la legislación de Gallego (2013) refleja que la contención debe ser prescrita, como norma general, por un médico. De manera excepcional y en situaciones de urgencia, la enfermera es quien decidirá si es necesario implantar una contención mecánica, dejando en la historia clínica constancia de sus causas y sus características. Posteriormente, será necesario dar aviso al médico, quien procederá a revisar la situación del paciente y las circunstancias de la contención, así como a valorar su continuidad.

En el caso de que las sujeciones físicas se utilicen por disciplina o por conveniencia, éstas carecen de justificación constitucional ya que no tienen por objeto proteger otros derechos o bienes constitucionales, por lo que deberían estar tajantemente proscritas al ser vulneradoras de los derechos fundamentales a la libertad personal y a la integridad física. Por otro lado, las razones de uso de terapia y seguridad pueden encontrar legitimación constitucional en cuanto tengan por objeto proteger los derechos a la vida, a la integridad física y a la salud (García García & Beltrán Aguirre, 2012). Sin embargo, García (2012) puntualiza que la razón de seguridad no se puede extender a la integridad del entorno pues la medida sería desproporcionada al fin perseguido, convirtiéndose en razones de conveniencia. Además, la utilización de sujeciones como medida de “terapia-seguridad” sólo está legitimada en casos muy extremos y puntuales, no estando legitimado su uso cotidiano para prevenir hipotéticas caídas y lesiones. En este caso, su uso también estaría situado en el ámbito de la “conveniencia”, siendo, por lo tanto, rechazable y desaconsejable incluso aunque medie consentimiento expreso de la persona mayor (García García & Beltrán Aguirre, 2012). En ningún caso es tolerable que su aplicación se realice cuando haya contraindicaciones u otras alternativas, ni como medida de castigo y control o por comodidad del equipo asistencial (Gallego Riestra et al., 2013). Además, la legislación española dictamina que, durante el internamiento de personas privadas de razón, el centro y sus cuidadores ejercen la función de garante y por tanto asumen el deber y la obligación de vigilancia de sus pacientes o personas usuarias, de manera que cuando dicha obligación se incumple se puede producir un delito de comisión por omisión (Urrutia Beaskoa, 2015).

A nivel práctico, Montalvo (2013), recoge una resolución judicial en la que se absuelve a un profesional acusado de un delito de lesiones por imprudencia a un paciente que falleció con un traumatismo craneoencefálico al caerse de la cama de una residencia. El paciente, con un trastorno neurológico grave, había sido contenido desde su ingreso con barras laterales y una sábana anudada al cuerpo (Sentencia de la Audiencia Provincial de Cantabria (Secc. 1.ª), de 30 de junio de 2006 (núm. 1159/2006, rec. 79/2006)). Así, tras el análisis de recientes resoluciones

judiciales, Montalvo (2013) concluye que el uso del principio de proporcionalidad es prácticamente ignorado, valorando principalmente su legalidad, en lugar de analizar la adopción de las medidas desde el punto de vista de la limitación de derechos y libertades del enfermo.

En definitiva, los derechos de las personas mayores, como el resto de derechos fundamentales, son universales, indivisibles, interdependientes e interrelacionados con todos los derechos humanos, siendo todos exigibles desde el punto de vista jurídico (Martínez Ques, 2015). Es imprescindible que la atención a las personas mayores se desarrolle en un marco que garantice el ejercicio pleno de sus derechos y libertades y, para ello, debería plantearse un cuidado libre de sujeciones que no los comprometa.

3.3. Los modelos emergentes frente al uso de las contenciones

No existen trabajos de investigación con evidencia científica que justifiquen el uso de sujeciones. Sin embargo, desde hace más de una década, existen movimientos profesionales y sociales “antisujeciones”, que alzan la voz en contra de su uso, esgrimiendo que, frente a cada una de las causas argumentadas para su uso, existen otras alternativas menos cruentas y más dignificantes. De esta forma, estos movimientos apuestan por desterrar el uso de las sujeciones, como gesto inequívoco de máximo respeto a las personas, a su dignidad y a su autonomía personal (SEGG, 2014).

3.3.1. *Las propuestas internacionales para el cuidado sin contenciones*

A nivel internacional, por un lado, el Instituto Harford de Enfermería Geriátrica ha publicado un catálogo de medidas para evitar el uso de las contenciones físicas en el cuidado hospitalario de las personas mayores con demencia. En primer lugar, destacan la importancia de evaluar la comunicación y los comportamientos de las personas mayores, valorando especialmente aquellas conductas que aumentan su riesgo de ser contenidos. En segundo lugar, proponen una serie de intervenciones para prevenir y manejar las conductas de los pacientes, entre las que se encuentran retirar las barreras de la cama u otras restricciones físicas, atender la necesidad por la que la persona intenta levantarse o salir de la cama, proteger al paciente de posibles caídas - por ejemplo, ofreciendo una luz en el baño-, modificar el entorno inmediato, aumentar la vigilancia o reevaluar la necesidad de mantener los dispositivos invasivos. En tercer lugar, abordan el papel de la organización para apoyar un modelo de cuidado sin contenciones, recomendando la formación de un comité interdisciplinar, la formación a los profesionales y la revisión de las políticas institucionales y los protocolos asistenciales (Cotter & Evans, 2018).

Por otro lado, Bellenger (2019) plantea 15 recomendaciones para evitar el uso de las contenciones físicas en las residencias de personas mayores, que se muestran en la tabla 3. Entre ellas, destacan la necesidad de una definición única de contención, la derivación a un equipo especializado en el cuidado a las personas mayores ante su uso y la adecuación de los perfiles y las competencias del personal para cubrir las necesidades de las personas con demencia.

Tabla 3. Traducción y adaptación de la lista de recomendaciones propuestas por Bellenger (2019) para evitar el uso de las contenciones físicas en las residencias de personas mayores.

Recomendación	
1.	Lograr un entorno libre de restricciones
1.1	Que exista una definición única de restricción física legislada y utilizada universalmente para garantizar un entendimiento común entre los implicados en el cuidado a las personas mayores respecto a cuándo deben aplicarse las políticas y los protocolos de restricción física.
1.2	Las residencias deben enfocarse en ofrecer una atención centrada en la persona que respete los derechos humanos de cada residente.
1.3	Cualquier síntoma comportamental de un residente con demencia debe servir para que el personal de atención directa evalúe y considere si hay alguna necesidad no satisfecha.
1.4	Las nuevas residencias deben diseñarse estructuralmente para promover un entorno propicio para las personas con demencia, igual que la reforma de las existentes.
1.5	Cualquier traspaso clínico entre cuidadores debe seguir un enfoque estandarizado que garantice una comunicación óptima y permita un enfoque multidisciplinario en el manejo de los residentes con demencia.
1.6	El perfil y las competencias del personal de las residencias deben ser los adecuados para satisfacer las necesidades de los residentes con demencia y obviar la necesidad de aplicar la contención física.
2.	Cuando no existen alternativas viables a la restricción física
2.1	La aplicación de la restricción física solo debe ocurrir en circunstancias extremadamente limitadas. El proceso debe involucrar al menos a dos profesionales de la salud y se debe registrar claramente las razones para su uso, su duración, el resultado alcanzado y cualquier evento adverso que ocurra.
2.2	Todos los hogares de ancianos deben tener una política de restricción física que promueva enfoques alternativos y, si la restricción debe ser utilizada debe definirse dentro de los parámetros de esta política.
2.3	Se debe obtener el consentimiento informado del residente y/o su representante antes de la aplicación de cualquier restricción física y este debe quedar registrado.
2.4	El uso de la contención física debe desencadenar la derivación a un equipo especializado en el cuidado de personas mayores para que revise el plan de cuidados del residente e identifique estrategias que eliminen o reduzcan su uso.
2.5	La restricción física debe ser aplicada y supervisada únicamente por personal que haya recibido formación y cuya competencia en esta intervención haya sido evaluada.
3.	Notificación del uso de la contención y los eventos adversos
3.1	Debe adoptarse un enfoque nacional, sistemático y coordinado para mejorar la identificación, la investigación, el análisis y la notificación de eventos adversos que involucren las restricciones físicas entre los residentes.
3.2	En el momento que se obtiene el consentimiento, los residentes y los familiares deben recibir información sobre cómo y dónde presentar cualquier inquietud y queja relacionada con el uso de la restricción física.
3.3	Se requiere un enfoque nacional estandarizado y coordinado para la investigación de todas las muertes de un residente que se encuentre contenido.
3.4	Si un residente fallece siete días después de haber estado contenido físicamente en cualquier forma, debe desencadenarse una investigación sobre la causa de la muerte.

3.3.2. Las propuestas nacionales para el cuidado sin contenciones

A nivel nacional, destaca la figura de la Dra. Ana M^a Urrutia (2015, 2018), quien ha construido un modelo de cuidado centrado en la persona y sin sujeciones al que ha llamado *Norma Libera-Care (Sistema de Gestión de la Calidad de Vida en el Cuidado en Centro de Atención Sanitaria, Social y Sociosanitario)*. Se trata de un modelo de cuidado transversal, válido para cualquier ámbito asistencial del cuidado y que aporta herramientas adaptables a cada organización con

independencia del tiempo de estancia y del perfil de paciente o usuario. Se caracteriza por ser un modelo basado en la atención centrada en la persona sin sujeción o con la racionalización de su uso. En concreto, ante la ineficacia de las contenciones para evitar las caídas, Urrutia (2018) se plantea si “a igualdad de riesgo, ¿por qué no dejamos ya de sujetar y al menos protegemos los derechos?”, cuestionando así el compromiso de los agentes implicados con la protección de la dignidad y los derechos de las personas cuidadas.

El modelo de cuidado sin sujeciones de Urrutia (2015, 2018) se basa en cuatro principios. Primero, se trata de un modelo de cuidado de autonomía beneficente, pues potencia la autonomía de la persona favoreciendo su toma de decisiones tanto desde la capacidad como desde la incapacidad y la dependencia, entendiendo el papel del profesional como asesor o acompañante en el proceso. Segundo, el modelo se basa en la persona cuidada y, especialmente, en su concepto de calidad de vida y dignidad, por lo que es necesario conocer a la persona y comprender sus conductas dentro de la enfermedad, entendidas como la interrelación de un sumatorio de elementos que conforman la persona y su enfermedad. Tercero, este modelo requiere de un nuevo modelo de gestión, presentado como *Modelo de Gestión Vida y Persona* y caracterizado por ser más humano y participativo. Cuarto, el modelo utiliza como indicadores referentes de calidad de vida aquellos relacionados con el uso de sujeción física y/o química. En este sentido, para una retirada efectiva de las contenciones, plantea cuatro estrategias: el uso correcto de medicamentos, racionalizando y eliminando el uso de psicotrópicos y otras sujeciones químicas; una valoración y un asesoramiento nutricional que garanticen una correcta nutrición; la potenciación del ejercicio físico dentro de una cultura de la movilidad; así como unos valores correctos de vitamina D, monitorizándola y suplementándola en caso necesario.

Desde este modelo, las alternativas a la sujeción abarcan la corrección de los factores clínicos, la adaptación del entorno a la persona y su acompañamiento tras haber realizado una valoración exhaustiva del riesgo de caídas, de agresividad y de delirio, siempre desde un abordaje preventivo. La tendencia es a eliminar las sujeciones siguiendo un procedimiento de eliminación seguro, racionalizando o evitando el uso en los usuarios de nuevo ingreso, retirando por orden creciente de dificultad y analizando cada caso. Paralelamente, este modelo trabaja la cultura de protección legal frente al no uso o racionalización del uso de la sujeción y mejora las características espaciales del entorno para disminuir los trastornos del comportamiento y mejorar la vigilancia, utilizando para ello recursos tecnológicos y creando así ambientes seguros.

En cualquier caso, es imprescindible cambiar la forma de mirar al paciente, dejando de ver sus déficits para centrarse sus capacidades y adaptando los procesos y las rutinas a él, lo que conduce a un cambio en la forma de dirigirse a él. Además, es necesario, por un lado, el apoyo y la participación de la familia, buscando que ésta desarrolle la autonomía de la persona cuidada por representación, pero no por sustitución, es decir, decidir para ella y no por ella. Por otro lado, este modelo de cuidado requiere de trabajo en equipo. En este sentido, los cuidadores deben compartir la información relativa al paciente desde una posición de igualdad profesional y dialogar para que éste reciba un trato homogéneo, con independencia del profesional que le trate en cada momento. Igualmente, destaca el papel fundamental de los gestores en el cambio de paradigma de cuidado y la importancia de la motivación y el compromiso en el liderazgo de los equipos de trabajo por parte de la dirección de los centros. En esta línea, es necesario que exista un equilibrio entre las ratios de personal, un compromiso por el cambio y una apuesta por la tecnología y la formación. Finalmente, el cambio de modelo de cuidado debe contar con el

compromiso y el apoyo político, traduciéndose tanto en exigencias a las organizaciones como en recursos y apoyos para que éstas sean alcanzables (Urrutia Beaskoa, 2015, 2018).

Además del modelo de cuidado sin sujeciones propuesto por Urrutia (2015, 2018), en nuestro país diferentes organizaciones han diseñado modelos y programas con la misma finalidad. Por un lado, se encuentra el programa *Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer* de la Confederación Española de Organizaciones de Mayores (2013) que pretende “lograr un uso racional de sujeciones en centros de cuidados prolongados de España”. Las claves del programa son la formación y el asesoramiento a los centros mediante intervenciones integrales.

Por otro lado, el programa *Sujeciones cero* de la Fundación Maria Wolff aborda técnicas para eliminar o reducir los problemas de conducta, mejorar el estado anímico y erradicar las sujeciones en los centros. Para ello, combina el entrenamiento de los profesionales con un sistema de consultoría organizacional (Muñiz et al., 2016).

A su vez, la Asociación Dignitas Vitae (2019) desarrolla el programa *No sujetes* que promueve una cultura de cuidado sin sujeciones a las personas mayores en todo tipo de servicios gerontológicos. Dicho programa, se desarrolla en tres fases: formación/sensibilización, implantación/asesoramiento y evaluación/acreditación.

Finalmente, la Plataforma Nacional Sin Sujeciones (2017) está formada por el CGE, la OMC, el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad, la Asociación Dignitas Vitae, la Fundación Cuidados Dignos, HelpAge International, la Fundación Pílares, Lares y la Unión Democrática de Pensionistas y Jubilados de España. En su manifiesto, la Plataforma defiende el derecho de las personas a ser cuidadas con dignidad y a vivir libres de sujeciones, debiendo las entidades responsables asegurar el cuidado sin sujeciones físicas ni farmacológicas. Además, solicita que el Gobierno desarrolle políticas de cuidado sin sujeciones y que se planteen exigencias para las organizaciones de cuidado de cara a afrontar y corregir su uso. Igualmente, propone la aprobación de una normativa de obligado cumplimiento que proteja y asegure los derechos de las personas mayores en situación de dependencia asegurándoles el derecho a poder optar por una atención sin sujeciones.

Desde otra perspectiva, la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (Registered Nurses' Association of Ontario, 2012) ha elaborado la guía de buenas prácticas en enfermería titulada *Fomento de la seguridad: alternativas al uso de contenciones*. Dicha guía ha sido adoptada y está siendo implementada en la unidad de salud mental del Hospital Universitari Son Llàtzer. Por un lado, esta guía aporta recomendaciones para la práctica. Entre ellas, se recomienda a las enfermeras colaborar con el equipo interprofesional en el desarrollo de estrategias multicomponente orientadas a prevenir en lo posible el uso de las contenciones en los pacientes que presenten riesgo. Además, las enfermeras deben valorar al paciente en el momento de su ingreso y posteriormente de forma continua para identificar posibles factores de riesgo que puedan desembocar en el uso de contenciones. Deben emplear el juicio clínico y las herramientas de valoración validadas para evaluar a los pacientes que pueden precisar contenciones. Igualmente, es importante elaborar un plan de cuidados individualizado e implantar técnicas de distensión/resolución de conflictos y gestión de crisis, así como poner en marcha los recursos pertinentes para promover la seguridad y atenuar el riesgo de que el paciente o un tercero sufran cualquier daño cuando se intensifican las conductas reactivas. Por otro lado, la guía aporta recomendaciones para la formación, así como para la organización. Entre estas últimas, destaca que las instituciones sanitarias implanten estrategias de mejora de la gestión de riesgos y la calidad para crear una cultura que promueva alternativas al uso de

contenciones y favorezca tanto los derechos de los pacientes como la seguridad de los trabajadores.

Para llegar a estos modelos de cuidado libre de sujeciones, la SEGG (2014) defiende en su *Documento de Consenso sobre Sujeciones Mecánicas y Farmacológicas* la necesidad de poner en marcha todos los programas de menor impacto adverso para el paciente para prevenir el uso de las sujeciones. En concreto, considera imprescindible realizar una valoración geriátrica interdisciplinaria de todos los usuarios que presentan deterioro cognitivo o demencia y son susceptibles de padecer o padecen alteraciones psicológicas y conductuales, buscando los factores de riesgo predisponentes (déficits sensoriales, consumo de psicotrópicos, problemas psíquicos, demencia, delirium, alteraciones de la marcha y equilibrio con riesgo de caídas) y los factores de riesgo desencadenantes (infecciones, fiebre, dolor, disnea, prurito, retención urinaria, estreñimiento e impactación fecal) de las conductas agresivas o de riesgo y tratando de corregirlos de una forma precoz. Posteriormente, se articulará un plan de atención individualizado con intervenciones sobre la conducta, los trastornos del equilibrio y de la marcha y las disfunciones neurosensoriales. Destacan la importancia de las terapias no farmacológicas, los cuidados anticipatorios, las medidas ambientales y los fármacos. Además, es necesario un cambio filosófico y cultural en la organización. Por otro lado, es fundamental la actuación sobre el entorno, incluyendo las modificaciones estructurales y arquitectónicas para mejorar la seguridad, diseñar espacios abiertos y acolchados, sustituir escaleras por rampas, habilitar salas de relax multisensoriales, así como valorar la necesidad de productos de apoyo que minimicen el riesgo de accidentes. También deben desarrollarse actuaciones ambientales sobre los ruidos y la iluminación, e incorporar las nuevas tecnologías al servicio de la seguridad. Es preciso igualmente el compromiso a nivel institucional, para dotar unas ratios de personal adecuados, especialmente nocturnos, o implantar unos ritmos de sueño-vigilia más racionales.

La SEGG (2014) propone unas estrategias que incidan de forma coordinada y sinérgica sobre los distintos factores que influyen en el uso de las sujeciones. En primer lugar, es necesario desarrollar programas, protocolos o guías que incluyan mecanismos o técnicas disuasorias frente a la utilización de las sujeciones por conveniencia o comodidad, como las evaluaciones periódicas o los cuidados complementarios. En segundo lugar, insta a implantar medidas ambientales y organizativas que permitan modelos de vida más seguros y dignos. En tercer lugar, son imprescindibles los planes de formación, motivación e implicación para los profesionales de los centros sobre sujeciones mecánicas y farmacológicas y sus alternativas. En cuarto lugar, las campañas de formación e información de esta materia deben compartirse y dirigirse a los trabajadores, usuarios, familiares e, incluso, la sociedad en general. Finalmente, la SEGG considera necesaria la implicación y participación de los servicios de certificación e inspección de los centros geriátricos en la inspección y la auditoría periódica de las estructuras arquitectónicas, la dotación de recursos humanos y la calidad asistencial, implantando fórmulas de incentivación positiva.

En definitiva, todos estos modelos emergentes persiguen un cuidado libre de sujeciones, basándose en el derecho de las personas mayores a ser cuidadas de forma digna. A partir de aquí, la pregunta es si estos modelos, así como otras intervenciones que se han realizado, resultan una práctica eficaz en términos de seguridad o si, por el contrario, la evidencia respalda el uso de las sujeciones físicas. En el siguiente apartado se revisan los estudios que han realizado intervenciones de retirada de las contenciones para tratar de revelar a través de sus resultados si su uso responde a una práctica basada en la evidencia o a una cultura de uso muy arraigada.

3.4. El cuidado con o sin contenciones físicas desde la práctica basada en la evidencia

Como se ha comentado anteriormente, en los últimos años, han proliferado las intervenciones e iniciativas encaminadas a reducir o eliminar el uso de las sujeciones físicas en el cuidado de las personas mayores con el objetivo de garantizar unos cuidados dignos, seguros, respetuosos y que mejoren la calidad de vida de los usuarios (Briones-Peralta & Rodríguez-Martín, 2017; Rodríguez Sánchez et al., 2021). Estos estudios se han desarrollado tanto en entornos hospitalarios como residenciales (Kong, Song, et al., 2017; Möhler et al., 2011). Entre las acciones empleadas destacan las intervenciones formativas dirigidas a los miembros del equipo interdisciplinar de atención, el asesoramiento por profesionales especializados, la elaboración de planes individualizados para cada paciente o los cambios en las políticas asistenciales de los centros. La mayoría de las intervenciones son multicomponente, es decir, combinan varias de estas acciones (Abraham et al., 2019, 2020; Briones-Peralta & Rodríguez-Martín, 2017; Brugnoni et al., 2020; Jacobsen et al., 2017; Rodríguez Sánchez et al., 2021).

Los estudios coinciden en la necesidad de modificar el entorno, adaptar el mobiliario y aplicar diferentes medidas de seguridad para evitar las caídas, mediante, por ejemplo, los sistemas antivuelco, el uso de freno en sillas y cama, la adaptación de la altura de la cama, la colocación de material antideslizante, o las soluciones domóticas. Asimismo, son prioritarias las actividades estructuradas de estimulación cognitiva y sensorial, que incluyen música, radio, televisión, juegos, actividades sociales y de formación, así como la organización de las ABVD. Las actividades psicosociales que desarrollan técnicas de comunicación y destreza ante las conductas de riesgo son también fundamentales, como el acompañamiento, el tacto terapéutico, la escucha activa, la reorientación a la realidad, las técnicas de recuerdo, la orientación temporoespacial y los periodos de tranquilidad o silencio. Además, es imprescindible que las intervenciones sean multidisciplinares, con la participación de fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales, incluyendo intervenciones enfermeras que promuevan el bienestar y el confort, la hidratación, el buen estado nutricional, la integridad de la piel y la autonomía para el autocuidado. Del mismo modo, es importante la reevaluación de la medicación por parte del médico (valoración de posibles efectos secundarios como hipotensión o marcha inestable). En cualquier caso, hay que aliviar el dolor, tratar las infecciones, eliminar los dispositivos invasivos innecesarios, recurrir a ayudas sensoriales como el uso de prótesis auditivas y visuales, así como evaluar la medicación (Elsden De Digon et al., 2003; Wazen Hervás, 2012).

La mayoría de los estudios que plantean una intervención de retirada de contenciones incluyen un programa formativo dirigido a los profesionales (Abraham et al., 2020; Eskandari et al., 2018; Gulpers et al., 2011; Kong, Song, et al., 2017; Koçke et al., 2012; Lan et al., 2017; Möhler et al., 2011; Testad et al., 2016; Tortosa et al., 2016). En la revisión de la literatura de Abraham (2020) se recogen los principales temas que se abordan en las intervenciones educativas. Estos incluyen (en orden de frecuencia): información sobre las alternativas a las contenciones físicas; aplicación segura de las contenciones físicas; información general sobre el uso de contenciones físicas (por ejemplo, su falta de efectividad o sus efectos adversos); manejo del comportamiento problemático de los pacientes y estrategias de desescalada; aspectos éticos y legales; estrategias de prevención de caídas; discusión a partir de casos clínicos; uso de ayudas para la toma de decisiones o algoritmos para evitar el uso de las contenciones físicas. Pese a que la formación por sí sola no es suficiente para reducir el uso de contenciones (Gulpers et al., 2012; Hamers et al., 2009; Haut et al., 2010), el metaanálisis realizado por Lan (2017) muestra que las

intervenciones educativas reducen significativamente el uso de las contenciones físicas, siendo mayores los beneficios si el periodo formativo es mayor.

Además, numerosas intervenciones incluyen un sistema de consultoría, llevado a cabo por un experto, en el que se abordan, entre otros, discusiones sobre residentes en particular con problemas conductuales o historial de múltiples caídas (Abraham et al., 2020; Kong, Song, et al., 2017; Möhler et al., 2011; Muñiz et al., 2016).

Por otro lado, hay estudios que han perseguido la reducción del uso de las sujeciones físicas a través del establecimiento de alternativas, centrándose en la utilización de tecnología de vigilancia como método para garantizar la seguridad de las personas mayores (Rodríguez Sánchez et al., 2021). Entre los distintos dispositivos que se proponen, destacan los sensores que detectan ruidos, movimientos, presión, o ausencia de estos; cámaras de vigilancia; sensores en la ropa o el calzado que alertan cuando se superan ciertos límites espaciales; así como sensores en las puertas (Rodríguez Sánchez et al., 2021; Te Boekhorst et al., 2013). Estos dispositivos permiten alertar a los cuidadores sin restringir la libertad de movimientos de la persona mayor (Rodríguez Sánchez et al., 2021).

El programa de retirada de contenciones propuesto por Gulpers (2010, 2011) titulado EXBELT se basa en cuatro componentes: la promoción de una política institucional de cambio que prohíba el uso de las sujeciones y su comunicación a los profesionales y los familiares de los residentes; la formación, cuyo contenido incluye la prevención de caídas, los aspectos negativos de las contenciones físicas y las alternativas; un sistema de consultoría sobre casos específicos de residentes (desarrollado por una enfermera especialista); y el desarrollo y la disponibilidad de intervenciones alternativas (coordinadas por una enfermera especialista) como protectores de cadera, sistemas de infrarrojos o camas más bajas.

El estudio de Muñiz (2016) realizado en España, ha perseguido la retirada de las sujeciones mediante la combinación de formación y un sistema de asesoramiento y consultoría. Desarrollaron la figura del *Dementia champion*, es decir, un profesional de cada centro con formación en profundidad sobre diferentes aspectos relacionados con la demencia que coordina la implementación del programa. La formación ofrecida a los profesionales sanitarios y no sanitarios de las residencias abarca aspectos sobre la demencia y la prevención y el abordaje de sus síntomas conductuales y psicológicos, la nutrición, la prevención y la eliminación de restricciones, la prevención de caídas y los aspectos legales.

Igualmente, Tortosa (2016) ha analizado el impacto de un programa de retirada de sujeciones físicas en mayores con demencia que viven en residencias de Valencia. En este estudio longitudinal cuasi-experimental, se ha implantado un programa de retirada de sujeciones en una de las dos residencias participantes. En el centro intervención, se formó a la plantilla sobre valores éticos, el proceso de retirada de las sujeciones y los procedimientos para afrontar el cuidado y el trabajo en equipo, identificando como clave una mayor coordinación e integración de tareas entre profesionales, así como la predisposición del personal al cambio y el consentimiento informado de los familiares de los residentes.

En Alemania, Abraham (2019) llevó a cabo un estudio aleatorizado en 120 residencias. En primer lugar, los autores del estudio actualizaron una guía de práctica clínica y consensuaron un conjunto de 22 recomendaciones relevantes, todo ello basado en un programa de retirada propuesto por Köpke (2012) -este programa incluía sesiones grupales para el personal de enfermería, formación específica para determinadas enfermeras y material de apoyo para profesionales, residentes y familiares-. Por un lado, las residencias incluidas en el grupo

intervención 1 recibieron la versión actualizada del programa, así como el material de apoyo impreso. En cada una se designó una enfermera de referencia que recibió un entrenamiento intensivo y se llevó a cabo una sesión informativa a todo el equipo de enfermería que incluía la falta de efectividad de las contenciones, sus riesgos asociados y las alternativas a su uso. Finalmente, el responsable de la residencia firmó una declaración de política de reducción de uso de la contención. Por otro lado, las residencias incluidas en el grupo intervención 2 recibieron las mismas intervenciones excepto la sesión informativa. En último lugar, las residencias del grupo control recibieron únicamente el material impreso.

Por tanto, podría concluirse que para la retirada efectiva de las contenciones es necesaria una combinación de enfoques que incluya la formación, un sistema de asesoramiento y consultoría, el compromiso institucional para reducir la contención, cambios en las políticas, así como la disponibilidad de intervenciones alternativas (Haut et al., 2010).

3.4.1. Los resultados alcanzados en el cuidado sin contenciones físicas

En este último apartado se presentan las conclusiones de las intervenciones orientadas a la retirada de las contenciones físicas.

Los estudios observan un descenso en el uso de contenciones, sobre todo entre los pacientes con demencia (Abraham et al., 2019, 2020; Brugnolli et al., 2020; Gulpers et al., 2010, 2011, 2012; Koþke et al., 2012; Muñiz et al., 2016; Urrutia Beaskoa, 2015). Los resultados de Muñiz (2016) reflejan un descenso del 18,1% al 1,6% en el uso de las contenciones tras la intervención, siendo esta mayor entre los residentes con demencia (del 29,1% al 2,2%). En el estudio de Urrutia (2015) se produjo un descenso del 40% en el número de sujeciones físicas en el grupo intervención y un aumento del 34,5% en el grupo control, siendo ambas diferencias estadísticamente significativas. En el grupo intervención se observó un descenso de todos los tipos de sujeción previamente utilizadas, retirando primero los cinturones de silla y por último las barras laterales en cama. Por el contrario, en el grupo control, a excepción de las contenciones de tipo peto cuya utilización se mantuvo, el uso los otros tipos de sujeciones utilizadas aumentó. Además, en el grupo control, todas las personas susceptibles de ser sujetas (a partir de un Índice de Barthel <40) fueron sujetas. Sin embargo, en el grupo intervención, aun cuando el nivel de dependencia de los usuarios aumentó, no se recurrió a la sujeción. En la misma dirección apuntan los resultados de Gulpers (2011, 2012): el uso de todas las medidas de restricción aumentó en el grupo control mientras que se redujo en el grupo intervención, sin que ninguna de las diferencias sea estadísticamente significativa. En concreto, el uso de cinturones (especialmente en silla) se redujo un 50% en el grupo intervención. En el estudio de Abraham (2019), el uso de sujeciones físicas se redujo tanto en los dos grupos intervención como en el grupo control, siendo esta reducción significativa en los primeros (del 17,4% al 14,6% en el grupo intervención 1; del 19,6% al 15,7% en el grupo intervención 2; y del 18,8% al 17,6% en el grupo control). En concreto, en el estudio de Kopke (2012) se constató que a los seis meses, la prevalencia de uso de las contenciones físicas -de todo tipo- fue significativamente menor en el grupo intervención (22,6% frente al grupo control (29,1%).

Este menor uso de contenciones no se acompaña de un aumento del uso de fármacos psicotrópicos (Abraham et al., 2020; Gulpers et al., 2011, 2012; Koþke et al., 2012; Möhler et al., 2011; Muñiz et al., 2016; Tortosa et al., 2016; Urrutia Beaskoa, 2015). Por un lado, en el estudio de Urrutia (2015), la administración de psicofármacos disminuyó en el grupo intervención y

aumentó en el grupo control, aunque sin diferencias estadísticamente significativas. A su vez, el número de personas del grupo intervención que consumía uno o ningún psicofármaco aumentó disminuyéndose así el número de las que consumía más de uno. En el grupo control la evolución fue inversa: se produjo un descenso de los residentes que no consumía ningún o sólo un psicofármaco y un aumento del número de personas con un consumo superior de psicofármacos. El patrón de prescripción fue similar en ambos grupos, a excepción de un descenso significativo de los ansiolíticos y de los antipsicóticos que se produce en el grupo de intervención, lo que puede explicarse a una mayor tolerancia a los trastornos de comportamiento diurnos y menos a los nocturnos. En el estudio de Tortosa (2016) también se redujo la prescripción de psicofármacos, siendo las diferencias estadísticamente significativas entre el centro control y el intervención. Por otro lado, tras la intervención de Muñiz (2016), se produjo un descenso del 10,2% en la prescripción de benzodiazepinas y del 2,7% de neurolépticos. La disminución generalizada en la prescripción de medicamentos psicotrópicos fue aún mayor entre los residentes con demencia.

En cuanto al número de caídas, los estudios en general no recogen diferencias estadísticamente significativas, por lo que la retirada de contenciones no se acompaña de un aumento del número de caídas ni de la gravedad de sus consecuencias (Abraham et al., 2020; Gulpers et al., 2011, 2012; Köpke et al., 2012; Tortosa et al., 2016; Urrutia Beaskoa, 2015). En concreto, Urrutia (2015) observó una disminución del número de caídas en el grupo intervención frente a un aumento en el grupo control, aunque las diferencias en la distribución de las caídas entre ambos grupos no fueron estadísticamente significativas. Sin embargo, el número de personas que padecieron caídas aumentó en ambos grupos. Los residentes a los que se les retiró las contenciones sufrieron menos caídas y las que se produjeron no tuvieron consecuencias o estas fueron leves. En esta línea, los resultados del estudio de Tortosa (2016) muestran una ligera mejoría en cuanto al número de caídas en el centro de intervención tras la retirada de sujeciones, aunque no son diferencias estadísticamente significativas. Igualmente, en el estudio de Abraham (2019), el número de residentes que sufrió al menos una caída al año de la intervención no presentó diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos (34% en el grupo intervención 1; 32,9% en el grupo intervención 2; y 31,8% en el grupo control). Sin embargo, en el estudio de Muñiz (2016), se observó un incremento del número de caídas (10,3%), sobre todo entre los residentes que ingresaron una vez el estudio había comenzado.

Pese a que la disminución de caídas no es estadísticamente significativa, permite desmontar el mito que las sujeciones son necesarias para evitarlas. Por tanto, no es correcto relacionar la eliminación de las sujeciones con un incremento del número de caídas ni asegurar que el paciente está más seguro y se cae menos cuando se le sujeta (Tortosa et al., 2016; Urrutia Beaskoa, 2015).

Además, la reducción en el uso de las sujeciones no se acompaña de un aumento de la gravedad de las consecuencias de las caídas (Gulpers et al., 2012; Tortosa et al., 2016; Urrutia Beaskoa, 2015; Urrutia Beaskoa & Ávila Blanco, 2017). Urrutia (2015) constató en el grupo intervención una disminución de las caídas con lesiones sin consecuencias y aquellas con lesiones graves, acompañado de un aumento de las caídas con lesiones leves. Por otro lado, en el grupo control aumentaron las lesiones sin consecuencias, se mantuvieron las lesiones leves y disminuyeron las graves. Es posible que el hecho de que no aumente la gravedad de las lesiones esté relacionado con los beneficios de la potenciación del ejercicio en el estado físico de la persona, permitiéndole “caerse mejor” y sufrir menos lesiones graves. En la misma línea, Tortosa (2016)

apunta que las consecuencias de las caídas en el centro intervención también mejoraron levemente, sin diferencias estadísticamente significativas. Además Urrutia y Ávila (2017) realizaron un seguimiento a un grupo al que se le había retirado las contenciones sin que se produjera un aumento de la gravedad de las consecuencias de las caídas.

Del mismo modo, la retirada de las contenciones impacta en el estado funcional de los pacientes. En este sentido, Urrutia (2015) analizó la funcionalidad de los usuarios mediante la escala Barthel, observando que los participantes del grupo intervención mantuvieron las puntuaciones obtenidas al inicio, mientras que en el grupo control estas se redujeron, lo que significa que los residentes aumentaron su nivel de dependencia. También estudió el impacto de la retirada de las contenciones en la presión manual obteniendo mejores resultados en el grupo intervención. Estos resultados podrían deberse al programa de caminatas que se aplicó en el grupo de intervención y no en el control. Teniendo en cuenta las características de la población estudiada (cronicidad, discapacidad y dependencia), los resultados resultan positivos al mantenerse los niveles de funcionalidad sin producirse empeoramiento. Además, el estudio realizado por Tortosa (2016) recogió cómo las alteraciones de conducta y estado anímico mejoraron en el centro en el que se retiraron las sujeciones y el declive cognitivo fue menos pronunciado que en el centro control. Respecto a otros indicadores como el riesgo de úlceras por presión, el riesgo de caídas o el nivel de dependencia medidos con escalas validadas, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre el centro intervención y el control.

Además de estas consecuencias, la retirada de las contenciones también tiene efectos a nivel institucional. En los centros de atención, mejora la satisfacción de los familiares y, como consecuencia, la imagen del centro. Asimismo, mejora la motivación y la satisfacción de los cuidadores (tanto profesionales como informales), como consecuencia de la mejora de la calidad de los cuidados (Fundación Cuidados Dignos, 2012). En esta línea, el estudio de Abraham (2019) refleja cómo las enfermeras de referencia (que lideran el proceso de retirada de las contenciones en cada residencia) y los responsables de los centros muestran actitudes favorables hacia la intervención.

Según la revisión de la literatura llevada a cabo por Briones-Peralta (2017), para aumentar el éxito de las intervenciones encaminadas a la reducción o la eliminación de sujeciones físicas en las residencias de mayores se requiere de la implicación de toda la organización, acompañada de una normativa legal que apoye y respalde dichas intervenciones.

Por todo ello, Tortosa (2016) concluye que la retirada de sujeciones físicas, aún sin reducir significativamente el número de caídas, aporta avances en algunos aspectos que repercuten en el bienestar y la calidad de vida de los mayores, objetivos básicos de los cuidados residenciales. En cualquier caso, los datos demuestran que la retirada de sujeciones físicas no supone, como históricamente se ha temido, ningún perjuicio en términos de seguridad y salud. Se demuestra así que es posible un cambio en el modo de cuidar, de tal forma que el proceso de retirada de sujeciones físicas produce una sucesión de cambios como la retirada de las contenciones químicas (farmacológicas) y el cambio en las tareas, más centradas en el cuidado.

Con todo ello, y teniendo en cuenta los efectos negativos a nivel físico y psicológico del uso de las contenciones, así como sus repercusiones éticas y legales, ¿en qué se fundamenta la cultura de la contención física para que los profesionales sanitarios las sigan utilizando en el cuidado a las personas mayores?

Capítulo 4. REVISIÓN DE LA LITERATURA

En este capítulo se presenta la revisión de la literatura a partir de los resultados obtenidos en la búsqueda bibliográfica realizada para explorar en qué se fundamenta la cultura de la contención física en los cuidados a las personas mayores. La literatura identifica numerosos factores en la práctica de la contención física: unos relacionados con el propio paciente y con sus familiares, otros relacionados con los profesionales sanitarios, así como factores relacionados con el entorno, la organización y la sociedad. Por lo tanto, a continuación, se aborda la cultura de la contención física desde cada una de las perspectivas, prestando especial atención a los conocimientos, las actitudes y las prácticas de los implicados.

4.1. La cultura de la contención física desde la perspectiva de los usuarios

En este apartado se aborda la cultura de la contención física desde la perspectiva del paciente y sus familiares. En relación al paciente, no se han encontrado estudios que ahonden en su punto de vista respecto al uso de las contenciones físicas. Respecto a los familiares, su perspectiva ha sido poco estudiada, sobre todo en el entorno hospitalario, pese a que la literatura reconoce su papel en el proceso de toma de decisiones y en la forma en la que se utilizan estos dispositivos. Para empezar, se describen los conocimientos de los usuarios respecto a la contención física para, posteriormente, exponer sus actitudes y, finalmente, sus prácticas al respecto.

4.1.1. *Los conocimientos de los usuarios sobre la contención física*

En relación a los conocimientos de los usuarios respecto a las contenciones físicas, destaca un estudio realizado en nuestro país por González-Expósito (2017) que analiza los conocimientos y las actitudes de los familiares y los cuidadores de personas mayores dependientes institucionalizadas y en domicilio. Los participantes no conocen algunos aspectos importantes de la contención física, destacando entre ellos sus indicaciones de uso. En concreto, más de la mitad de los participantes (68%) considera (erróneamente) que las contenciones deben usarse cuando no se puede vigilar al anciano, además, cerca de la mitad de los encuestados desconoce la excepcionalidad con la que estas pueden estar indicadas. Igualmente, coincidiendo con otros estudios, los familiares y los cuidadores desconocen la existencia de alternativas (Fariña-López et al., 2008; González-Expósito et al., 2017; Lai & Wong, 2008). Según Fariña (2008), más de la mitad (58,1%) de los participantes opina que puede evitarse el uso de las restricciones y apunta como principal alternativa para reducir su empleo un mayor apoyo por parte de otros cuidadores en domicilio, frente a un 41,9% que considera que no pueden evitarse.

Respecto a las complicaciones asociadas al uso de las contenciones físicas, la mayoría de los participantes (66%) del estudio de González-Expósito (2017) desconoce el riesgo potencial de muerte. Sin embargo, los familiares con experiencia en el cuidado en domicilio que participan en el estudio de Fariña (2008) son, por lo general, conscientes de que la restricción puede ocasionar algún problema físico o psicológico e identifican una o dos complicaciones relacionadas con su uso.

La falta de conocimientos de las familias puede conducir a un mayor uso de las contenciones físicas (Fariña-López et al., 2008; Kong & Evans, 2012). Para aumentar sus conocimientos y modificar sus actitudes, González-Expósito (2017) identifica varias estrategias. Por un lado, propone mejorar la información que se ofrece al ingreso de un anciano en una institución, incluyendo aspectos relacionados con la legislación nacional o autonómica que regula el uso de las contenciones físicas. Por otro lado, plantea el desarrollo de programas formativos dirigidos al entorno doméstico, los cuales han demostrado que pueden cambiar la percepción de los familiares y los cuidadores la práctica de la contención.

4.1.2. Las actitudes de los usuarios ante la contención física

La literatura recoge actitudes ambivalentes por parte de los familiares hacia las contenciones físicas (Haut et al., 2010; Javet, 2018). Por un lado, las consideran degradantes y humillantes para la persona contenida, por lo que se sienten incómodos, culpables, indefensos y agobiados por el estrés emocional que provocan. Muy especialmente, los familiares rechazan el uso de las contenciones cuando éstas son utilizadas para reducir la carga de trabajo o cuando no se les involucra en la toma de decisiones (Haut et al., 2010). Por el contrario, otros familiares entienden las restricciones como apropiadas y positivas, aprobándolas como elementos de seguridad en la prevención de caídas en base a su confianza en el criterio de los profesionales (Haut et al., 2010; Javet, 2018). Ante esta tesitura, los familiares se debaten entre garantizar la libertad de su ser querido o protegerlo (Javet, 2018). Sin embargo, empujados por el miedo, pueden acabar adquiriendo actitudes de sobreprotección, que llevan a priorizar los criterios de seguridad y a hacer prevalecer los beneficios de la restricción frente a sus riesgos (Fariña-López et al., 2008; Javet, 2018). Para afrontar el conflicto generado, tanto los pacientes como sus familiares intentan aceptarla para sobrellevarla mejor. Por un lado, los familiares prefieren el uso de contenciones físicas al de drogas sedantes. Por otro lado, los pacientes, que recurren al humor para sobrellevar la restricción, afrontan la situación con resignación (Saarnio & Isola, 2009).

Por lo general, los familiares muestran actitudes favorables al uso de las contenciones físicas, especialmente para la prevención de lesiones (Fariña-López et al., 2008; González-Expósito et al., 2017; Haut et al., 2010; Kurata & Ojima, 2014; Lai & Wong, 2008). Por ejemplo, en el estudio de Fariña (2008), todos los participantes (familiares con experiencia en el cuidado en domicilio) consideran adecuado el uso de las contenciones y la mayoría (90,7%) están dispuestos a utilizarlas en un familiar, valorándolas como un procedimiento necesario. Además, los familiares no perciben su uso como una forma de maltrato (Fariña-López et al., 2008; González-Expósito et al., 2017). Sin embargo, la actitud de los familiares frente a las contenciones físicas varía según el dispositivo empleado y las características del familiar.

Respecto a las características del dispositivo que influyen en la actitud de los familiares, cuando las contenciones físicas colocadas más cerca del cuerpo (como las de tobillo o muñeca) son las medidas más restrictivas e incómodas y, por lo tanto, las menos solicitadas (Haut et al., 2010; Mengelers et al., 2019). Por lo contrario, las barreras en cama, aunque son consideradas sistemas de sujeción física (Macho-Perez et al., 2021), así como los elementos técnicos como los sistemas de infrarrojo son percibidos como menos restrictivos y son mejor aceptados por los familiares (Haut et al., 2010).

En relación a las características del familiar, según el estudio realizado por González-Expósito (2017) -en el que se analizan las actitudes de familiares y cuidadores de pacientes institucionalizados y que reciben cuidados en casa-, se observan diferencias entre mujeres y hombres. Un porcentaje mayor de mujeres que de varones (un 93% frente a un 79%) utilizaría la contención en un familiar si fuese necesario, a su vez, un porcentaje mayor de varones (25%) que de mujeres (7%) consideraba la contención como una forma de maltrato. Las respuestas a ambas preguntas reflejan una cierta tolerancia de las mujeres y un rechazo mayor de los hombres hacia esta práctica. En concreto, el perfil responsable de este resultado diferencial sería un varón menor de 50 años, cuidador profesional, que ha recibido información sobre las contenciones. Para explicar esta diferencia, la autora argumenta que tradicionalmente el cuidado se ha relacionado en mayor medida con las mujeres, por lo que esta puede haber normalizado las contenciones físicas como un elemento para dicho cuidado. Por lo tanto, su actitud sería diferente a la del hombre, cuya relación con los cuidados ha sido tradicionalmente más lejana. Por otro lado, los familiares que visitan a los residentes con menor frecuencia parecen tener una actitud más positiva respecto a las contenciones y les resultan menos incómodas (Haut et al., 2010).

Desde una perspectiva más amplia, Gjerberg (2015) llevó a cabo un estudio en Noruega en el que entrevistó a residentes y familiares sobre el uso de la coacción en el entorno residencial. Pese a que los residentes no tienen una postura unánime respecto a esta práctica, la mayoría de ellos la acepta al confiar en el criterio de los profesionales, aun cuando éste es contrario a su deseo, por ejemplo, para administrar la medicación o realizar la higiene a pacientes que lo rechazan. Respecto a los familiares, también se muestran favorables al uso de la coacción, siempre que se hayan probado otras medidas antes. Además, entienden que es un mal necesario, aceptando el paternalismo en el cuidado diario y justificando su uso desde la beneficencia en el mejor interés para el paciente, ya sea su seguridad, la protección de su imagen social o la prevención de riesgos para su salud.

Finalmente, diferentes autores asocian las actitudes favorables de los familiares hacia las contenciones físicas a su falta de conocimientos, especialmente sobre la existencia de alternativas y las complicaciones asociadas a su uso, así como a su incapacidad para imaginar cómo se siente al estar contenido (Fariña-López et al., 2008; Haut et al., 2010). Por el contrario, el hecho de desconocer los motivos de su uso contribuye a la visión negativa de estos dispositivos (Saarnio & Isola, 2009). Por ello, Haut (2010) apunta que las intervenciones educativas dirigidas a la retirada de las contenciones deben tener en cuenta a los familiares de los residentes.

4.1.3. La práctica de los usuarios en relación al uso de las contenciones físicas

En relación a las prácticas, los familiares, o incluso los usuarios, suelen estar detrás de la toma de decisiones sobre el uso de las contenciones, discutiéndola con los profesionales y tomándola muchas veces en conjunto (Saarnio & Isola, 2010; Scheepmans et al., 2018). El uso de las restricciones se inicia por parte de los pacientes, sus familiares o los profesionales de enfermería⁶. Cuando éste es solicitado por el paciente, se trata generalmente del uso de las

⁶ El término profesionales de enfermería será utilizado para hacer referencia al conjunto de enfermeras y auxiliares de enfermería. Hay que tener en cuenta que es un término utilizado por la literatura científica

barreras en cama y se describe como un procedimiento voluntario. Las restricciones iniciadas por la familia suelen ser de forma indirecta, solicitándolas a los profesionales, pero sin participar en el procedimiento. Esta solicitud se puede justificar por su preocupación por la seguridad del anciano (Saarnio & Isola, 2010). Muy especialmente, es en el ámbito domiciliario donde las familias están envueltas en la aplicación de estas medidas (Scheepmans et al., 2018).

En el proceso de toma de decisiones y ante las discrepancias entre el criterio de los familiares y el de los profesionales, Goethals (2012) recoge que, cuando la familia es quien solicita la contención física y el personal no lo considera necesario, las enfermeras tienden a priorizar las demandas de la familia frente a los deseos del paciente. Por otro lado, cuando son las enfermeras quienes insisten en usar las contenciones, pero la familia está firmemente en contra, las enfermeras responsabilizan a las familias de las complicaciones que pudiesen derivarse de su no aplicación.

Por otro lado, según Fariña (2008), pese a la actitud favorable de las familias al uso de las contenciones físicas, el porcentaje de cuidadores domiciliarios que las utilizan es moderado (27,9%). En el ámbito hospitalario, según un estudio llevado a cabo en Hong Kong por Lai (2008), la mayoría de los familiares desconocía el momento en el que se empezaron a utilizar las contenciones con su pariente, pero sí son conocedores del motivo por el que se utilizan. En cualquier caso, González-Expósito (2017) concluye que el desconocimiento por parte de los familiares de los riesgos potenciales y de las alternativas factibles, junto con su actitud tolerante, facilitan la utilización de las contenciones en el ámbito doméstico y en los centros residenciales, aunque en este último caso no tengan la responsabilidad directa del cuidado del anciano.

Para finalizar este apartado referente a la perspectiva de los usuarios, conviene destacar que, como recoge Goethals (2012) en su revisión de la síntesis cualitativa, ningún estudio se centra en la perspectiva de los pacientes. Los cuidados individualizados requieren una filosofía centrada en el paciente, que trate de entender su situación y su perspectiva.

4.2. La cultura de la contención física desde la perspectiva de los profesionales sanitarios

A continuación, se aborda la cultura de la contención física desde la perspectiva de los profesionales sanitarios, prestando especial atención a sus características individuales o las de los microequipos. En esta línea tal y como argumentan Möhler y Meyer (2014), es imprescindible entender los conocimientos, las actitudes y las prácticas de los profesionales sanitarios sobre las contenciones para comprender esta “filosofía de cuidado”.

4.2.1. *Los conocimientos de los profesionales sanitarios sobre las contenciones físicas*

La mayoría de los estudios coinciden en que el nivel de conocimientos y la formación recibida de los profesionales en relación al uso de las contenciones físicas es insuficiente (de Almeida Tavares et al., 2015; Huang et al., 2014; Leahy-Warren et al., 2018; Li et al., 2022; Penelo et al.,

internacional para referirse a ambas profesiones como un único colectivo, sin distinguir entre categorías laborales. En los casos de los estudios que especifican la categoría laboral, ésta se ha reproducido.

2018). Por ejemplo, en un estudio realizado a enfermeros y auxiliares de enfermería de residencias españolas, la mayoría de los participantes (66,6%) considera que su formación en relación a las contenciones físicas es insuficiente (Fariña-López et al., 2014). Por otro lado, en un estudio realizado en Irán, el 88,5% del personal de enfermería de unidades de hospitalización no había recibido ninguna formación relacionada con las contenciones físicas (Sharifi et al., 2020). Además, se ha observado una relación entre la formación académica y el nivel de conocimientos en relación a las contenciones físicas, de tal forma que estos últimos son superiores a medida que aumenta el nivel académico (Eskandari et al., 2017; Li et al., 2022).

Por lo general, los estudios reflejan que los profesionales tienen unos conocimientos adecuados en relación a los aspectos relacionados con la aplicación de las contenciones físicas y los cuidados de enfermería asociados a su uso (Kor et al., 2018; L. Wang et al., 2019). Sin embargo, estos presentan falta de conocimientos y falsas creencias respecto a otros aspectos relacionados como las indicaciones y las consecuencias de su uso, o la existencia de alternativas.

En primer lugar, los estudios recogen numerosas falsas creencias respecto a las indicaciones de uso de las contenciones físicas. Por un lado, los profesionales consideran que las contenciones están indicadas para evitar la manipulación de dispositivos invasivos por parte del paciente (Chuang & Huang, 2007; Fariña-López et al., 2014, 2018; Huang et al., 2014; Sharifi et al., 2020; L. Wang et al., 2019). En concreto, en el estudio realizado en China por Wang (2019), la mayoría (87,8%) de las enfermeras considera que la contención física debe ser la utilizada como primera opción ante la autorretirada de dispositivos invasivos de un paciente o cuando los pacientes se ponen en peligro a sí mismos o a su entorno. Por otro lado, los profesionales entienden adecuado el uso de las contenciones físicas ante la imposibilidad de supervisar a los residentes o pacientes (Eskandari et al., 2017; L. Wang et al., 2019). Además, los profesionales consideran que el uso de la contención física está justificada en el manejo de la confusión y la desorientación (Eskandari et al., 2017). En este sentido, hay que añadir la falta de formación y de conocimientos de los profesionales en el cuidado al paciente con demencia y el manejo de sus alteraciones conductuales (Fariña-López et al., 2013; Kong & Evans, 2012).

Desde esta perspectiva, los profesionales comparten la creencia que las contenciones físicas protegen a las personas mayores de lesiones (Fariña-López et al., 2014; Kor et al., 2018; Li et al., 2022). Por ejemplo, en el estudio de Kor (2018), el 87,7% de los participantes considera que las contenciones físicas son dispositivos seguros para prevenir lesiones. En el caso del estudio de Li (2022), el porcentaje de profesionales de enfermería que considera que la contención era un elemento protector para prevenir las lesiones en las personas mayores asciende hasta el 96,8%.

En segundo lugar, los profesionales presentan falta de conocimientos respecto a las consecuencias asociadas al uso de las contenciones físicas (Eskandari et al., 2017; Fariña-López et al., 2013; Li et al., 2022). En concreto, en el estudio realizado por Fariña (2013), la mayoría (69%) de las enfermeras y auxiliares de enfermería de residencias de mayores ignora que la sujeción física esté asociada con la muerte de pacientes. Además, en el estudio de Li (2022), el 98,4% de los profesionales de enfermería no es consciente de los efectos perjudiciales asociados a las contenciones físicas, lo podría estar influyendo en la toma de decisiones. Paralelamente, los profesionales presentan escasos conocimientos en relación al impacto de las contenciones físicas en los derechos en las personas mayores (Eskandari et al., 2017; Li et al., 2022). Por ejemplo, en el estudio de Li (2022), únicamente el 11,3% de los participantes considera que la contención física viola los derechos de las personas mayores.

En tercer lugar, los profesionales desconocen las medidas alternativas que pueden desarrollarse para evitar el uso de las contenciones físicas, lo que podría aumentar su prevalencia de uso (Eskandari et al., 2017; Fariña-López et al., 2013, 2014; Li et al., 2022). En nuestro país, menos de la mitad (32%) de las participantes en el estudio de Fariña (2013) conoce alternativas a la restricción física. En la misma línea, en el estudio de Li (2022), el 89,6% del personal de enfermería no identifica correctamente medidas alternativas a la restricción física. Sin embargo, tras recibir formación, los profesionales están más concienciados en buscar alternativas a las contenciones físicas, aportando argumentos más sólidos contra su uso en la práctica asistencial (Jacobsen et al., 2017).

4.2.2. Las actitudes de los profesionales sanitarios ante las contenciones físicas

Por lo general, las enfermeras presentan actitudes positivas frente a las contenciones físicas, es decir, se muestran favorables a su uso, tendiendo a considerarlas apropiadas y necesarias en su práctica asistencial (Fariña-López et al., 2014, 2018; Ferrão et al., 2021; Hamers et al., 2009; Li et al., 2022; Sharifi et al., 2020). Sin embargo, numerosos autores sugieren que las actitudes de los profesionales respecto a la práctica son ambiguas (Boscart et al., 2015; Fariña-López et al., 2013; Goethals et al., 2012; Haut et al., 2010; Li et al., 2022; Mengelers et al., 2019; Möhler & Meyer, 2014; Saarnio & Isola, 2009). Por un lado, esta actitud está caracterizada por el respeto a la dignidad de los residentes y su capacidad de autodeterminación. Por otro lado, y de forma más marcada, está determinada por la responsabilidad hacia la seguridad de los residentes, sintiendo que es necesario protegerles y evitar que se hagan daño (Dierckx de Casterlé et al., 2015; Goethals et al., 2012; Haut et al., 2010; Möhler & Meyer, 2014; Saarnio & Isola, 2009). Igualmente, las enfermeras están fuertemente comprometidas con la seguridad del personal y la del entorno en el que trabajan (Estévez-Guerra, 2017; Goethals et al., 2012; Kong & Evans, 2012; Øye et al., 2017; Saarnio & Isola, 2009). En esta línea, en un estudio realizado en Noruega, las enfermeras utilizan las restricciones físicas con los residentes durante el desarrollo de algunos cuidados como la higiene cuando estos muestran una actitud agresiva tanto física como verbal, con la finalidad de protegerse de posibles agresiones físicas (Øye et al., 2017). Consecuentemente, las contenciones físicas son utilizadas, principalmente, para garantizar la seguridad, tratando de evitar posibles accidentes y lesiones (Fariña-López et al., 2014, 2018; Möhler & Meyer, 2014; Penelo et al., 2018; Scheepmans et al., 2018). Incluso, desde esta visión de las contenciones, los profesionales pueden llegar a calificarlas de protectores, en lugar de restricciones (Kong & Evans, 2012).

En relación a las actitudes de los profesionales, el cuestionario *Perception of Restraint Use Questionnaire*, traducido al español por Fariña (2016), mide la importancia que dan los profesionales al uso de restricciones físicas en el cuidado de las personas mayores y permite evaluar en qué situaciones consideran más necesaria su aplicación. Muy especialmente, las enfermeras valoran las contenciones físicas como una medida necesaria para prevenir las caídas y asegurar el bienestar y la salud de los residentes, legitimando de este modo su uso (Fariña-López et al., 2014, 2018; Goethals et al., 2012; Haut et al., 2010; Huang et al., 2014; Leahy-Warren et al., 2018; Øye et al., 2017; Sharifi et al., 2020; J. Wang et al., 2020). Igualmente, estos dispositivos son bien valorados como una medida para garantizar el mantenimiento de dispositivos invasivos terapéuticos (Fariña-López et al., 2014, 2018; Goethals et al., 2012; Leahy-Warren et al., 2018; Sharifi et al., 2020). Además, los profesionales entienden que la aplicación de las contenciones físicas para evitar problemas como la agitación física o verbal y la

deambulación es una medida necesaria, aunque en menor medida (Fariña-López et al., 2014; Goethals et al., 2012; Haut et al., 2010). En este sentido, la percepción que tengan los profesionales sobre el comportamiento de los residentes determina su actitud ante las contenciones y el uso que hagan de ellas. En concreto, cuando las enfermeras perciben el comportamiento de los mayores como una deficiencia o un problema, tienden a recurrir más a la contención. Por contra, cuando estas conductas son entendidas como normales se tiende a evitar su uso (Goethals et al., 2012). En cualquier caso, el uso de las contenciones físicas en el manejo del delirio debe evitarse, pues la inmovilidad aumenta el riesgo de agitación y de lesiones (Sharifi et al., 2021).

Por otra parte, los profesionales consideran menos apropiado el uso de las contenciones físicas como un sustituto de la vigilancia del personal (Fariña-López et al., 2014, 2018; Leahy-Warren et al., 2018), para evitar que una persona mayor con confusión moleste a los demás y para evitar que cojan objetos (Fariña-López et al., 2014, 2018; Sharifi et al., 2020). Sin embargo, en el estudio de Li (2022), los profesionales consideran que el uso de las contenciones físicas ahorra tiempo de trabajo al personal de enfermería y evita la carga de trabajo, justificando su aplicación ante la escasez de personal o la dificultad para acompañar a las personas mayores.

Las actitudes de los profesionales frente a la práctica de la contención física varían según sus propias características y las de los dispositivos. En concreto, los estudios que han analizado la relación entre las características de los profesionales y sus actitudes respecto a las contenciones físicas han obtenido resultados discrepantes.

Por un lado, destacan los estudios que han analizado el impacto de la experiencia profesional y la categoría laboral en la valoración de las contenciones físicas. Hamers (2009) llevó a cabo un estudio cuantitativo en Alemania, Holanda y Suiza y constató que las profesionales con mayor experiencia laboral presentan un mayor rechazo respecto a estos dispositivos, por lo que concluye que las enfermeras con experiencia y las responsables de enfermería pueden convertirse en motores para la introducción de nuevas políticas y conseguir la consecución de un cuidado libre de contenciones. Por el contrario, recientes estudios apuntan en la dirección contraria. En el estudio realizado en Portugal por Ferrao (2021), son las enfermeras veteranas y con más años de experiencia laboral quienes presentan actitudes más positivas frente a la uso de las contenciones físicas en su práctica clínica, coincidiendo con los resultados de Sharifi (2020) en Irán. Sin embargo, estudios como los de Fariña (2014, 2018) y Leahy-Warren (2018) coinciden en no haber observado diferencias entre las actitudes de las enfermeras y las auxiliares de enfermería de hospitalización y residencias sobre el uso de las contenciones físicas y sus características sociodemográficas (incluyendo la edad y los años de experiencia). Respecto a la categoría laboral, diferentes estudios han recogido un impacto en las actitudes de los profesionales frente a las contenciones físicas, de tal forma que aquellos profesionales con mayor categoría laboral tienden a mostrarse más reacios al uso de las contenciones físicas (Fariña-López et al., 2014, 2018; Leahy-Warren et al., 2018). Por ejemplo, en dos estudios realizados en España, se concluye que las auxiliares de enfermería consideran necesarias las contenciones físicas en mayor medida que las enfermeras. Esto puede explicarse a que ellas pasan más tiempo con el paciente y pueden sentirse más responsables de cualquier incidente que le pueda ocurrir, así como a un menor nivel de formación respecto a las consecuencias de su uso (Fariña-López et al., 2014, 2018). En la misma línea apuntan los resultados obtenidos por Leahy-Warren (2018) en Irlanda, donde las auxiliares de enfermería muestran actitudes más favorables que las enfermeras y las coordinadoras de enfermería.

Por otro lado, algunos estudios han analizado el impacto de la formación en las actitudes de los profesionales, concluyendo que aquellos profesionales que reciben formación sobre las contenciones físicas tienden a presentar actitudes contrarias a su uso (Abraham et al., 2021; Sharifi et al., 2020). En este sentido, Aristín (2017) evaluó el impacto de un programa formativo sobre la actitud de los profesionales de enfermería, analizando los resultados obtenidos antes y después de la formación. Pese a que los resultados fueron positivos, después de la formación los profesionales siguen otorgando bastante importancia al uso de la sujeción física en varias situaciones, como en la prevención de la manipulación de dispositivos invasivos o la protección del personal y otros residentes de agresiones físicas. Sin embargo, otras investigaciones no han encontrado diferencias en las actitudes de los profesionales según si estos han recibido formación o han leído artículos sobre contenciones físicas (Fariña-López et al., 2014, 2018; Leahy-Warren et al., 2018).

En relación a las características de los dispositivos de contención física, la actitud de los profesionales varía según cuál sea el mecanismo utilizado, de tal forma que los sistemas más restrictivos son los peor valorados y los que más rechazo e incomodidad les generan (Boscart et al., 2015; Ferrão et al., 2021; Hamers et al., 2009). Así, las contenciones que se consideran más restrictivas son las contenciones abdominales en cama (Hamers et al., 2009), así como los petos o las contenciones de muñecas y tobillos (Boscart et al., 2015; Ferrão et al., 2021). Por el contrario, las barreras unilaterales en cama, los sistemas de alarma con sensor y las cámaras de vigilancia son los medios considerados menos restrictivos y con los que las enfermeras no se sienten incómodas (Ferrão et al., 2021; Hamers et al., 2009). Respecto a las barreras bilaterales en cama, son valoradas como una medida ligeramente restrictiva por las enfermeras, quienes niegan sentirse incómodas con su aplicación (Ferrão et al., 2021). En un estudio cualitativo realizado en Holanda, exploraron las actitudes de los profesionales de residencias respecto a los dispositivos de vigilancia frente a las contenciones físicas. Los profesionales consideraron que las tecnologías de vigilancia pueden ser un complemento a las contenciones físicas, pero no las valoran como una alternativa satisfactoria. En concreto, los profesionales argumentan que pese a monitorizar a los residentes, los sistemas de vigilancia no permiten evitar situaciones potencialmente peligrosas ni pueden garantizar la rápida llegada de ayuda (Zwijssen et al., 2012).

Del mismo modo que la actitud ante las contenciones es ambivalente, los sentimientos que su uso provocan también lo son. Por un lado, la práctica tiene repercusiones a nivel emocional en los profesionales. El uso de las contenciones genera en las enfermeras sentimientos de culpa (al considerar que se está haciendo algo incorrecto), disconfort, tristeza y compasión por los mayores (Chuang & Huang, 2007; Saarnio & Isola, 2010). Igualmente, hay estudios que identifican la aparición de sentimientos como la vergüenza entre los profesionales cuando utilizan las contenciones físicas (Li et al., 2022). Por el contrario, para algunas enfermeras, esta práctica simplemente forma parte de la rutina y es un mecanismo de respuesta automático cuando no pueden controlar las conductas de los pacientes o se presentan situaciones peligrosas, sin que aparezcan sentimientos contradictorios, tampoco culpa ni vergüenza (Eskandari et al., 2017; Kor et al., 2018; L. Wang et al., 2019). Además, no se muestran preocupadas por el impacto psicológico que su uso puede tener (Kor et al., 2018) y la mayoría no reconoce este sufrimiento en los pacientes (Eskandari et al., 2017), por lo que estas profesionales parecen darle más importancia a la protección física que a las posibles consecuencias negativas a nivel psicológico que el uso de la contención física puede conllevar para el paciente y sus familiares (L. Wang et al., 2019). En este sentido, algunas enfermeras mencionan que el uso de las restricciones físicas les genera sentimientos de confort psicológico, sintiéndose seguras y aliviadas y percibiendo un mayor control sobre la seguridad de sus

pacientes (Chuang & Huang, 2007; Eskandari et al., 2017; Estévez-Guerra, 2017; Saarnio & Isola, 2010). Esto podría estar influyendo en la decisión de aplicar la contención. Paradójicamente, al ser la seguridad, la protección y la prevención de daños los motivos empleados para justificar el uso de la restricción física, su no utilización les genera intranquilidad (Estévez-Guerra, 2017).

Por otro lado, en relación a los sentimientos provocados en el paciente, según Saarnio (2010), las enfermeras perciben que la contención le provoca miedo y sentirse encarcelado, por lo que entienden que su uso degrada su integridad. Sin embargo, la percepción de otros profesionales es diferente, entendiendo que el paciente no sufre con el uso de las restricciones, sino que éstas aumentan su propia sensación de seguridad. Además, el uso de la contención física aumenta la dependencia de la persona mayor, que necesita de un cuidador para la satisfacción de todas sus necesidades. Frente a esta situación, se establece una relación de poder ante la cual los profesionales experimentan sentimientos de culpa y fracaso (Javet, 2018).

En cualquier caso, el uso de las contenciones físicas genera, a menudo, conflictos éticos en los profesionales, pudiendo entender su aplicación como una elección ética entre la valoración de las contenciones como una garantía para la seguridad del paciente o como una privación de su libertad y su dignidad (Saarnio & Isola, 2010). Muy especialmente, cuando las contenciones son utilizadas en contra de la voluntad de los residentes, las enfermeras se enfrentan a un dilema moral, que deriva en sentimientos de frustración, disconfort y preocupación (Haut et al., 2010). Además, estos dilemas entre la seguridad y la libertad pueden acarrear conflictos en el interior de los equipos de trabajo (Javet, 2018).

En relación a los conflictos éticos que aparecen con el uso de las contenciones físicas, cabe destacar las discrepancias que presentan los profesionales según su rol personal o profesional. En concreto, en el proceso de toma de decisiones, las enfermeras hacen balance entre sus valores personales y sus responsabilidades profesionales para elegir la mejor opción para el paciente y el bienestar de los demás. Desde el punto de vista personal, las enfermeras dan importancia a los aspectos negativos del uso de las contenciones y sus consecuencias. Sin embargo, desde una perspectiva profesional, las enfermeras a menudo perciben su uso como una medida justificada y necesaria que les permite cumplir con sus responsabilidades profesionales (Goethals et al., 2012)

Numerosas estrategias son utilizadas por las enfermeras para afrontar el conflicto ético que se les presenta al utilizar las contenciones (Möhler & Meyer, 2014). Cuando los sentimientos son contradictorios, las enfermeras tratan de racionalizar sus pensamientos sobre el uso de las restricciones, obligándose a creer que están haciendo lo correcto para los pacientes y persuadiéndose a sí mismas para aceptar la práctica (Chuang & Huang, 2007; Goethals et al., 2012; Möhler & Meyer, 2014). En este sentido, las enfermeras tratan de convencerse a partir de los beneficios esperados para la seguridad del residente. Al llevar a cabo esta reflexión y reformulación sobre las contenciones, las emociones provocadas (que inicialmente fueron negativas) se vuelven positivas al resaltar sus beneficios para el residente (Möhler & Meyer, 2014). Además, algunas enfermeras creen que compartir estos sentimientos negativos con sus compañeras puede ayudarles a aliviarlos (Chuang & Huang, 2007; Möhler & Meyer, 2014). De esta forma, al compartirlos, las enfermeras diluyen su responsabilidad moral sobre la práctica (Möhler & Meyer, 2014). Otras enfermeras, para hacer frente a estos sentimientos, optan por buscar alternativas como retirar las contenciones en presencia de familiares o auxiliares, reduciendo su uso y sintiéndose más aliviadas (Chuang & Huang, 2007).

En el contexto de este conflicto y su afrontamiento, cabe destacar el papel que juega la seguridad, ya que entre los profesionales sanitarios existe una cultura de la seguridad que les lleva a priorizarla ante el posible riesgo de que el paciente se caiga o se haga daño. Esta inquietud es tan fuerte que, aunque los profesionales conocen que las restricciones pueden incrementar la agitación y la confusión de los pacientes y pese a no estar totalmente de acuerdo, prefieren aplicarlas (Estévez-Guerra, 2017; Fariña-López et al., 2013). En primer lugar, al priorizar la seguridad, las enfermeras corren el riesgo de reducir la calidad de los cuidados que persiguen la satisfacción del bienestar psicológico, social, moral y espiritual. En segundo lugar, al priorizar el bienestar físico, las enfermeras fortalecen su perspectiva profesional, dejando de lado otras perspectivas de carácter personal en las que se valora más la dignidad de la persona. En tercer lugar, cuando las enfermeras toman estas decisiones de forma repetida, los sentimientos personales tienden a ser apartados, provocando conflictos éticos. En cuarto lugar, estos conflictos se tratan de afrontar racionalizando el uso de las contenciones. Esto conlleva el riesgo de distanciarse de los pacientes, lo que facilita aún más la aplicación de las restricciones. Por último, en quinto lugar, al priorizar la seguridad, las enfermeras reflejan mayor preocupación por su propio bienestar que el de los pacientes (Goethals et al., 2012).

Según Kong (2012), las enfermeras inciden en la importancia de entender a los mayores y de reflexionar sobre las contenciones desde su perspectiva, así como de comprender las actitudes y las preocupaciones de los familiares. Cuando las enfermeras quieren tomar una decisión reflexiva e individualizada, se encuentran ante el desafío de entender el comportamiento del paciente apropiadamente. Por lo tanto, es destacable la relación profesional entre las enfermeras y sus pacientes ya que es en esta relación donde tiene lugar la evaluación clínico-ética. La relación que pueda establecerse crea una oportunidad para que las enfermeras se acerquen a cada persona como un individuo único con respeto a su dignidad y a su autonomía (Goethals et al., 2012).

En definitiva, las actitudes de las enfermeras difieren según cómo definan e interpreten las restricciones físicas (Haut et al., 2010). Son numerosos los estudios que apuntan una relación entre las actitudes y las prácticas, siendo mayor su uso cuando las actitudes son favorables (Eskandari et al., 2017; Estévez-Guerra, 2017; Fariña-López et al., 2013). Sin embargo, una actitud negativa ante estos dispositivos no es un indicador de su no utilización (Möhler & Meyer, 2014). En cualquier caso, las actitudes de los profesionales han sido identificadas como barreras para la reducción de su uso (Haut et al., 2010).

4.2.3. Las actitudes de los profesionales ante los conflictos éticos

Más allá de las contenciones físicas, las actitudes de los profesionales ante los conflictos éticos han sido descritas por la bibliografía en base a los conceptos de ceguera moral, estrés moral y coraje moral. Teniendo en cuenta los conflictos éticos que se asocian al uso de las contenciones físicas y las diferentes actitudes que frente a ellos pueden presentar los profesionales, es necesario explorarlas en mayor profundidad.

En primer lugar, la ceguera moral, o ceguera ética, es aquel estado que “ausenta lo presente y deshumaniza y despoja de responsabilidad moral a nuestro actuar cotidiano y burocrático” (Bauman & Donskis, 2015). Según Palazzo (2012), la ceguera ética es “la incapacidad temporal de quien toma las decisiones para ver la dimensión ética de una determinada decisión”. Por lo

tanto, aplicada al ámbito de la salud, la ceguera moral hace referencia al estado temporal durante el cual el profesional es incapaz de identificar el componente ético y moral a un problema, al atribuirle, únicamente, las características de un dilema de gestión, clínico o técnico (Johnstone, 2009; Moreno-Mulet, 2018). En este sentido, los profesionales son incapaces de reconocer los problemas éticos y morales en determinadas situaciones asistenciales y, como consecuencia, no identifican la vulneración de derechos fundamentales de los pacientes a los que atienden, ya que han dejado de adjudicarles dichos derechos (Choe et al., 2012).

Palazzo (2012) analiza tres características de la ceguera moral. En primer lugar, el autor defiende que la ceguera moral se basa en la suposición de que las personas se desvían de sus propios valores y principios, que son parte de su identidad y su trayectoria vital. Por lo tanto, las personas con ceguera moral se comportan de una forma contraria a sus principios éticos. En segundo lugar, la ceguera moral es considerada es una situación temporal. En este sentido, se trata de un estado que puede cambiar cuando las circunstancias sean diferentes, lo que puede conducir a las personas en otro contexto a actuar de acuerdo a sus valores y principios originales. En tercer lugar, la ceguera es inconsciente, ya que las personas éticamente ciegas no se dan cuenta de haberse desviado de sus valores y/o no reflexionan sobre ellos en la toma de decisiones. En este sentido, la dimensión ética del problema puede desvanecerse progresivamente ante ciertas condiciones o presiones del contexto, de modo que quien toma las decisiones se vuelve gradualmente inconsciente de ello. Entre los factores que pueden desencadenar la ceguera moral se encuentra el uso de eufemismos en el lenguaje. Por otro lado, según Bandura (1999, 2002) las decisiones no éticas son tomadas a partir de la desvinculación, consciente o inconsciente, de la dimensión moral de la acción. En cualquier caso, para superar la ceguera moral, Palazzo (2012) defiende que debe promoverse una atmósfera de deliberación abierta, democrática y crítica.

En segundo lugar, el estrés moral se utiliza para describir el sufrimiento psicológico, emocional y fisiológico que los profesionales de la salud, especialmente las enfermeras, experimentan cuando participan por acción u omisión en actos contrarios a sus valores, principios o compromisos éticos (McCarthy & Gastmans, 2015). Por lo tanto, según Jameton (1984), el estrés o angustia moral surge cuando uno sabe lo que debe hacer, es decir, conoce la acción éticamente apropiada, pero las políticas y las prácticas institucionales impiden que la ponga en práctica.

Entre los elementos que limitan la capacidad de las enfermeras para actuar de acuerdo a sus creencias y valores morales, tanto personales como profesionales, destacan las influencias externas, entre las que se incluyen las políticas institucionales, los conflictos interprofesionales o la escasez de personal. Sin embargo, también influyen factores internos, como el miedo o la falta de conocimientos (McCarthy & Gastmans, 2015). Por lo tanto, el sello distintivo del estrés moral es la presencia de barreras internas o externas que impiden que uno tome las acciones que percibe como moralmente correctas (Epstein & Hamric, 2009; McCarthy & Gastmans, 2015).

Existen diferentes fuentes de estrés moral, que pueden agruparse en las situaciones clínicas, las condiciones de trabajo difíciles con recursos limitados, las condiciones estructurales y las fuentes morales. Primero, el estrés moral aparece ante las situaciones clínicas que implican un daño para los pacientes, tales como tratamientos fútiles y agresivos, el manejo deficiente del

dolor, la atención inadecuada o el consentimiento inadecuado para la realización del tratamiento. Segundo, el estrés moral también surge en condiciones difíciles de trabajo donde existe escasez de recursos, como falta de personal, recortes en la atención, modelos centrados en la eficiencia económica o elevadas cargas de trabajo. Tercero, las causas estructurales se relacionan con las asimetrías de poder y autoridad, por ejemplo, debido a la falta de apoyo, la falta de reconocimiento de la experiencia profesional y de las perspectivas profesionales, la falta de oportunidad para expresar inquietudes, así como a las deficiencias y los conflictos en los equipos de trabajo interprofesional. Cuarto, las fuentes morales de estrés moral son los propios conflictos de valores, los climas éticos dentro de la organización, las diferencias entre las expectativas normativas vinculadas al rol profesional y los valores personales, la incapacidad para cumplir con las responsabilidades, la falta de conocimiento y competencia moral o la falta de confianza en uno mismo (McCarthy & Gastmans, 2015).

Los sentimientos generados por el estrés moral varían desde la ansiedad y la tristeza (como vergüenza, culpa, miedo o depresión) hasta la rabia (incluyendo el miedo, la frustración o el resentimiento), provocando también sentimientos asociados a la falta de poder (sensación de impotencia, autculpabilidad o pérdida de autoestima). Además, se puede acompañar de palpitaciones cardíacas, diarrea, cefaleas e insomnio (Corley, 2002; Jameton, 1984). Por otro lado, la afectación a nivel moral provoca un compromiso moral grave, sufrimiento interior, desconexión con los valores y las creencias personales, impotencia, incomodidad con la subjetividad moral, así como conflicto de valores y sentimientos (McCarthy & Gastmans, 2015).

En tercer lugar, el coraje moral es definido por Lachman (2007) como el valor moral que genera en el individuo la capacidad de superar el miedo y defender sus valores fundamentales. El sacrificio personal que supone el coraje moral suele ir acompañado de una sensación de paz porque el individuo defiende aquello que considera un principio innegociable. Además, el coraje moral genera en el profesional que lo ejerce un sentimiento de empoderamiento y un crecimiento personal y profesional (Numminen et al., 2017), a la vez que alivia su angustia moral (Hawkins & Morse, 2014).

El coraje moral es una virtud que requiere deliberación y acción (Numminen et al., 2017). En el ámbito de la atención sanitaria, el coraje moral se manifiesta en aquellas situaciones que representan una amenaza para el cuidado excelente o donde es evidente la vulnerabilidad de los usuarios y siempre implica una acción, normalmente en defensa de los pacientes y dirigida a asegurar la calidad de los cuidados (Hawkins & Morse, 2014; LaSala & Bjarnason, 2010; Moreno-Mulet, 2018). Desde esta perspectiva y en relación a la disciplina enfermera, Hawkins y Morse (2014) definen el coraje moral como “una acción ética-moral de asumir un riesgo con la intención de garantizar una atención segura del paciente, a pesar del miedo por uno mismo y por los demás”. En estos casos, los profesionales actúan en base al principio ético de la beneficencia, motivados por los valores de lo que consideran correcto defender, independientemente del riesgo personal que ello implique (Hawkins & Morse, 2014; LaSala & Bjarnason, 2010; Moreno-Mulet, 2018). Estos profesionales conocen sus obligaciones profesionales y se mantienen firmes en los valores fundamentales que sustentan su práctica (Lachman, 2007; LaSala & Bjarnason, 2010). En definitiva, las enfermeras que actúan con coraje moral lo hacen porque su compromiso con el paciente supera sus preocupaciones respecto a los riesgos que la acción pueda suponer para ellas mismas (LaSala & Bjarnason, 2010; Numminen

et al., 2017). Los atributos que se identifican con el coraje moral son la presencia, la integridad moral, la responsabilidad, la honestidad, la abogacía, el sacrificio personal, así como el compromiso y la perseverancia (Numminen et al., 2017).

4.2.4. Las prácticas de los profesionales sanitarios en relación al uso de las contenciones físicas

Volviendo al uso de las contenciones físicas, a continuación, se describe la práctica de los profesionales. En el entorno residencial, el uso de mecanismos de contención física es una práctica común entre los profesionales (Fariña-López et al., 2014; Penelo et al., 2018; Saarnio & Isola, 2010). En este sentido, en un estudio llevado a cabo en Cantabria por Aristín (2017), se constata que todos los participantes han usado algún tipo de dispositivo de sujeción física a lo largo de su experiencia profesional, coincidiendo con los resultados del estudio de Fariña (2014), realizado en Canarias, Galicia, Asturias y Cataluña, en el que el 98% de los participantes las había utilizado. Además, según la revisión secundaria llevada a cabo por Möhler (2014), generalmente no se cuestiona su uso.

En primer lugar, se tratan los motivos que llevan a los profesionales de enfermería a utilizar las contenciones físicas, incluyendo su percepción de la conducta de los pacientes, su disposición a correr riesgos y su propio confort (Goethals et al., 2012).

En todos los estudios revisados por Möhler (2014), las enfermeras declaran que su principal responsabilidad es garantizar la seguridad física de los mayores a los que cuidan. Cuando sienten que la seguridad de los pacientes está amenazada, hacen uso de las contenciones físicas, confiando que estas prevengan caídas u otras complicaciones (Delvalle et al., 2020; Möhler & Meyer, 2014). En esta línea, se reconocen algunas características de los pacientes como causas del uso de las contenciones. Pese a que las enfermeras reconocen las diferencias entre los pacientes y sus necesidades, manifiestan no poder llevar a cabo un cuidado individualizado. Como consecuencia, ante la incapacidad para atender las alteraciones conductuales de cada residente, recurren a las contenciones (Kong & Evans, 2012; Scheepmans et al., 2018). Por ejemplo, cuando las enfermeras que atienden a pacientes con deterioro cognitivo se enfrentan a situaciones en las que pueden sufrir agresiones, hacen uso de las contenciones físicas (Möhler & Meyer, 2014). Por otro lado, a menudo las enfermeras justifican el uso de las restricciones en las residencias por la presión ejercida por las familias (Haut et al., 2010).

Los propios profesionales y la relación entre ellos también se convierten en motivo de uso de estos dispositivos. Por un lado, la falta de comunicación interprofesional y entre los profesionales y las familias son aspectos claves en el uso de las restricciones físicas. Además, según las auxiliares de enfermería, la falta de consideración que tienen las enfermeras hacia ellas lleva a que utilicen en mayor medida estos dispositivos, como una forma de autoprotección (Kong & Evans, 2012). Por otro lado, la experiencia de los profesionales puede ser igualmente un determinante de esta práctica (Estévez-Guerra et al., 2017; Goethals et al., 2012). En concreto, los profesionales con mayor experiencia clínica suelen tener más conocimientos acerca de las restricciones físicas, lo que se traduce indirectamente en mejores prácticas cuando se utilizan, ya que intentan aplicar medidas alternativas, evalúan con mayor frecuencia la retirada del dispositivo, o realizan un correcto cuidado de la piel para mantener su integridad y reducir los posibles daños derivados de su uso (Estévez-Guerra, 2017). Del mismo modo, las enfermeras con mayor tendencia a asumir riesgos (como que el paciente pueda sufrir una caída)

suelen evitar las restricciones. Otros factores relacionados directamente con las enfermeras incluyen sus conocimientos sobre el paciente, su falta de conocimientos sobre las consecuencias físicas y psicológicas del uso de las contenciones, sus creencias respecto a estos dispositivos, así como sus rutinas y sus habilidades para continuar con el trabajo de otros miembros del equipo (Goethals et al., 2012). Además, la percepción que tengan los profesionales respecto al riesgo de caídas se asocia positivamente al uso de las contenciones físicas, incluso en mayor medida que los antecedentes de caídas de los pacientes (Scheepmans et al., 2019). Finalmente, en relación a la influencia de la categoría laboral, las auxiliares de enfermería muestran una mayor predisposición para el uso de sujeciones que las enfermeras. Este hecho se atribuye al mayor tiempo que este colectivo pasa con los residentes, por lo que percibirían una mayor responsabilidad hacia su seguridad. Sin embargo, en la práctica de ambos colectivos no hay una diferencia amplia, esto se debe a que esta actuación profesional suele estar condicionada por la cultura de la organización, que influye sobre toda la plantilla en su conjunto (Fariña-López et al., 2013).

En segundo lugar, se analiza el uso de las contenciones por parte de los profesionales, empezando por la toma de decisiones. En el ámbito residencial, la evaluación y la comprensión del comportamiento de los pacientes, así como la voluntad de mantener un entorno tranquilo son reconocidos como argumentos clave. En este proceso se valoran otros aspectos como la beneficencia, la dignidad, la libertad y el respeto por la autonomía (Goethals et al., 2012).

Habitualmente, la decisión de utilizar las contenciones es tomada por un médico o una enfermera, o conjuntamente con otros profesionales, pudiendo también participar el paciente y sus familiares (Saarnio & Isola, 2010). En concreto, las enfermeras son identificadas como un elemento clave en dicha toma de decisiones (Chuang & Huang, 2007; Dierckx de Casterlé et al., 2015; Eskandari et al., 2017; Goethals et al., 2012; Karagozoglu et al., 2013; Möhler & Meyer, 2014; Saarnio & Isola, 2010; Scheepmans et al., 2018). Así, es frecuente que las enfermeras inicien este proceso, participen en la toma de decisión, alerten sobre la necesidad de su uso o las utilicen directamente (Scheepmans et al., 2018). Además, estas profesionales están directamente involucradas en el cuidado de los pacientes contenidos (Chuang & Huang, 2007). Dierckx (2015) analizó el papel de las enfermeras en la toma de decisiones en el contexto de la red interpersonal que se establece a nivel intradisciplinar, interprofesional, así como con los familiares de los pacientes, identificando tres formas de actuar. En primer lugar, las enfermeras, pese a no estar de acuerdo con la opinión de otra persona implicada en el proceso, ceden en su criterio en la toma de decisiones, buscando satisfacer las expectativas de los familiares o las de otros compañeros. En un segundo escenario, las enfermeras confirman o discuten su decisión con un compañero. Finalmente, en un tercer escenario, las enfermeras llegan a un consenso con otros cuidadores implicados, estableciendo una toma de decisiones más dinámica en busca de la mejor opción para el paciente.

La toma de decisiones sobre el uso de las contenciones físicas es un proceso complejo debido a la gran cantidad de factores que intervienen en él (Dierckx de Casterlé et al., 2015; Goethals et al., 2012). Las enfermeras, preocupadas por posibles consecuencias legales, tienden a elegir la opción más segura desde la perspectiva legal, dejando de lado sus preocupaciones personales. Además, la posibilidad de garantizar la supervisión de los mayores, la carga de trabajo en determinados momentos del día y el limitado tiempo para discutir las decisiones influyen en la toma de decisiones. Particularmente, durante el turno de noche u otros momentos en que la supervisión es limitada, se recurre en mayor medida a estos dispositivos. Igualmente, tanto el contexto legal como las políticas institucionales relativas a las contenciones físicas determinan

su uso, de tal forma que, en aquellos centros posicionados en contra de esta práctica, se recurre a ella con más moderación (Dierckx de Casterlé et al., 2015).

En la revisión de la síntesis cualitativa llevada a cabo por Goethals (2012), la toma de decisiones respecto al uso de las restricciones físicas se basa principalmente en la seguridad y está guiada por los principios éticos. El razonamiento por el que las enfermeras utilizan las contenciones se basa en factores relacionados con el contexto clínico, como el cumplimiento de las indicaciones médicas, aunque aquellas que deciden no utilizarlas basan su decisión en sus propios valores. Este proceso se inicia antes de su uso, continúa cuando son utilizadas y persiste cuando ya han sido retiradas. Puesto que en numerosas ocasiones la decisión de contener ha sido tomada por otros profesionales en turnos anteriores, el punto de partida de la toma de decisiones no siempre está claro. Además, a menudo, las enfermeras no desean utilizar estos mecanismos como primera opción, sin embargo, pese a que identifican y describen opciones alternativas, en la práctica estas son inadecuadas o no aplicables debido a la falta de tiempo, pues implican una mayor supervisión por su parte (Goethals et al., 2012). Sin embargo, ante la presencia de familiares, de profesionales o durante las terapias, la supervisión está garantizada más fácilmente, lo que refleja la intención de las enfermeras por adaptar sus decisiones y la forma en la que aplican las contenciones a las circunstancias de trabajo específicas. Por ello, cuando la carga de trabajo aumenta o están bajo presión, los profesionales tienden a priorizar la seguridad física de sus pacientes (Dierckx de Casterlé et al., 2015). En cualquier caso, la decisión de contener a un en base a las circunstancias del entorno, y no desde el mejor interés del usuario - no sólo desde la seguridad física-, es cuestionable desde un punto de vista ético.

Paralelamente, Goethals (2013) ha explorado el proceso de razonamiento ético que llevan a cabo los enfermeros en el uso de la contención física en los cuidados agudos geriátricos. La toma de decisiones en este caso está caracterizada por un proceso de deliberación ética cuyo eje central es la beneficencia. Por un lado, las enfermeras priorizan la protección de la integridad física de los pacientes, incluyendo su seguridad física, el mantenimiento de las terapias invasivas, a la vez que se muestran preocupadas por proteger la libertad de movimiento del paciente. Al sopesar los principios de seguridad física y libertad de movimiento, las enfermeras se encuentran ante un conflicto, optando por la opción con más beneficios percibidos y tratando de aplicar el principio de proporcionalidad. Por otro lado, la protección de la integridad psicológica del paciente contenido (y de los otros pacientes) es uno de los elementos que las enfermeras tienen en cuenta en la toma de decisiones respecto al uso de las contenciones físicas, por lo que se esfuerzan por mantener su bienestar emocional y por evitar las complicaciones psicológicas derivadas de su uso. Además, aparece la protección del valor de la dignidad y el respeto por la autonomía del paciente como un elemento determinante en la toma de decisiones. Por un lado, para respetar la dignidad de las personas, las enfermeras se muestran reacias a la aplicación inmediata de la contención física, buscando alternativas a su uso y dando oportunidades al paciente para evitarlas, a la vez que tratan de respetar la dignidad de las personas ya contenidas. Por otro lado, para respetar la autonomía del paciente, las enfermeras explican el proceso de contención y buscan el consentimiento del paciente y sus familiares. En estos casos, las enfermeras toman las decisiones en conjunto con los familiares, les piden permiso cuando acuden de visita o les informan una vez la contención ya ha sido aplicada. Por último, las enfermeras hacen puntualmente referencia al principio de justicia en la toma de decisiones, justificando el uso de las contenciones físicas para poder atender las necesidades de todos los pacientes.

En tercer lugar, siguiendo con el análisis de las prácticas, se describe cómo es el uso de las contenciones físicas en el cuidado de las personas mayores, destacando su aplicación de forma rutinaria y mantenida en el tiempo, así como las deficiencias en el proceso, concretamente en cuanto a la prescripción médica y a su registro.

Por un lado, el uso de la restricción física puede ser el resultado de intervenciones rutinarias por parte de los profesionales (Bekkema et al., 2021; Estévez-Guerra, 2017; Möhler & Meyer, 2014; Sharifi et al., 2021). Un ejemplo de ello es la aplicación de las contenciones en todos los pacientes de nuevo ingreso antes de realizar una evaluación objetiva de la necesidad real de su uso (Estévez-Guerra, 2017). En este sentido, Bekkema (2021) asocia la existencia de hábitos y rutinas (que pueden ser inconscientes o por conveniencia) de un grupo de profesionales al uso de las contenciones físicas. Del mismo modo, las restricciones físicas se convierten en una respuesta automática cuando no es posible controlar el comportamiento de los pacientes o en el manejo de situaciones peligrosas (Estévez-Guerra, 2017). Además, en numerosas ocasiones, el personal desconoce las razones por las cuales se están utilizando las restricciones, lo que puede indicar que estas se están utilizando de forma rutinaria (Estévez-Guerra, 2017; Saarnio & Isola, 2009). Por ejemplo, en el estudio de Eskandari (2017), el 85,1% de las participantes reconoce que no se plantea el porqué de la acción antes de contener.

Por otro lado, las contenciones físicas se emplean de forma prolongada en el tiempo (Li et al., 2022; Saarnio & Isola, 2009). Incluso, es habitual que un paciente se mantenga contenido durante la realización de otras actividades de cuidado, lo que demuestra un uso prolongado, permanente y diario (Saarnio & Isola, 2009). Un reflejo de ello es el estudio de Li (2022), que muestra cómo los profesionales de enfermería otorgan escasa importancia a finalizar la aplicación de contenciones físicas una vez el paciente ya no las necesita, lo que desencadena un uso prolongado y conlleva un mayor riesgo de aparición de complicaciones. Paralelamente, cuando la decisión de utilizar la contención es tomada por un compañera, las enfermeras perciben que tienen que seguir con lo acordado, por lo que el mantenimiento de estos dispositivos puede ser entendido como una forma de garantizar la continuidad de los cuidados (Möhler & Meyer, 2014).

En esta línea, cabe destacar que a menudo las enfermeras utilizan las contenciones como la primera opción, sin valorar otras alternativas, identificando la falta de estas como un desencadenante su uso (Eskandari et al., 2017; Li et al., 2022; Möhler & Meyer, 2014). En un estudio realizado en Malasia, únicamente el 37,5% de las enfermeras recurre a métodos alternativos antes de contener y el 36,6% de ellas nunca ha utilizado una alternativa antes de aplicar la contención (Eskandari et al., 2017). Estos resultados difieren con los de un estudio realizado en Portugal, en el que las enfermeras reconocen probar diferentes alternativas antes de recurrir a las contenciones físicas, siendo conscientes de los riesgos asociados a su uso (de Almeida Tavares et al., 2015). Sin embargo, hay estudios en los que los participantes disponen de alternativas, pero siguen recurriendo a esta práctica restrictiva (Möhler & Meyer, 2014). En este sentido, un estudio realizado en Suiza ha constatado que la disponibilidad de tecnología de vigilancia, no se reduce el uso de las contenciones físicas, por lo que concluyen que los sistemas de vigilancia parecen estar usándose simultáneamente que las contenciones físicas, en lugar de ser empleadas como una alternativa (Favez et al., 2022). Por lo tanto, parece que el uso de las restricciones está más relacionado con rutinas propias de los centros que con una valoración y atención individualizada de los pacientes (Möhler & Meyer, 2014).

En cuanto a la prescripción médica previa al uso de las contenciones físicas, los estudios muestran que es habitual que se prescindiera de ésta en la práctica asistencial (J. Wang et al., 2020;

L. Wang et al., 2019). Por ejemplo, el estudio de Wang (2020) muestra cómo en la mayoría de los casos (77%) son las enfermeras o las auxiliares de enfermería (en el 37% de los casos únicamente por ellas) quienes deciden utilizar las contenciones físicas sin la participación de un médico. En el estudio de Fariña (2013) los profesionales reconocen la necesidad de disponer de una orden médica para colocar una sujeción física. Una parte de los profesionales afirma no comunicar a los familiares los motivos por los que aplicaban las contenciones. Estos datos se oponen a la voluntad de muchas familias de ser informadas antes de que se tomen ciertas decisiones. Además, el 61,9% no ve necesario pedir un consentimiento informado para llevar a cabo el procedimiento. Sin embargo, la *Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente* señala que toda actuación en el ámbito de la salud necesita del consentimiento del afectado o de las personas vinculadas a él. En esta línea, los estudios de Saarnio (2010) y Eskandari (2017) recogen el escaso reconocimiento de los profesionales al derecho a la autodeterminación de los mayores, lo que aumenta su susceptibilidad para ser contenidos. En concreto, el 43,4% de las enfermeras no informa al paciente de los motivos que llevan a su contención y el 52% de las enfermeras considera que los familiares no tienen el derecho de rechazar las contenciones físicas. Además, el 43,3% de las enfermeras participantes considera que si ellas fuesen el paciente no tendrían derecho a rechazarlas (Eskandari et al., 2017). Por lo tanto, ante la baja conciencia respecto a los derechos de los residentes, es necesario abordar los aspectos éticos relacionados con el uso de la contención física (Kor et al., 2018).

En relación al registro de las contenciones físicas, son numerosos los estudios que identifican deficiencias en el proceso, siendo habitual que su uso no se registre o se haga de forma incompleta (Estévez-Guerra et al., 2017; Fariña-López et al., 2013; Saarnio & Isola, 2010; J. Wang et al., 2020). En el estudio de Wang (2020), de todos los pacientes contenidos, únicamente el 10,9% de ellos contaba con el registro de enfermería cumplimentado en su historia clínica (incluyendo el motivo de contención, el dispositivo utilizado y la hora de inicio), sin incluir la hora de retirada, la valoración de su uso ni los cuidados de enfermería. Sin embargo, en el estudio de Wang (2019), el 60% de las enfermeras afirma registrar a menudo o siempre el tiempo de aplicación de las contenciones físicas y los motivos de su uso.

Respecto a los cuidados derivados del uso de las contenciones, los profesionales conocen cuáles son estas actividades debido a que las realizan frecuentemente en su práctica clínica. Por ejemplo, tras su aplicación, todos los participantes del estudio de Kor (2018) vigilan la piel de los usuarios durante la higiene. En el estudio de Eskandari (2017), más de la mitad de las enfermeras (55,3%) evalúa siempre a los pacientes contenidos al menos cada dos horas. En esta misma línea, los resultados obtenidos en China por Wang (2020) reflejan que el 95% de los pacientes contenidos son supervisados al menos cada 2 horas.

En cuarto lugar, respecto a las prácticas de los profesionales se describen las barreras para la retirada de las contenciones que les afectan a ellos. Por un lado, destaca como una de las principales barreras para reducir su uso la falta de formación tanto sobre las contenciones físicas como sobre sus alternativas (Abraham et al., 2021; Eskandari et al., 2017; Kong & Evans, 2012; Möhler & Meyer, 2014). En este sentido, es habitual que las enfermeras desconozcan las alternativas a las contenciones físicas y sus beneficios (Eskandari et al., 2017; Kor et al., 2018). Además, la falta de conocimientos sobre las contenciones físicas aumenta la percepción de necesidad y lleva a que los profesionales las consideren inevitables (Kong & Evans, 2012; Möhler & Meyer, 2014).

Por otro lado, la elevada carga de trabajo dificulta la aplicación de un cuidado libre de contenciones físicas, especialmente el exceso de tareas o la gravedad de la situación de los

pacientes (Abraham et al., 2021; Kong & Evans, 2012). Igualmente, la falta de alternativas disponibles a su uso o, incluso, la falta de conocimientos respecto a estas alternativas, suponen una barrera para su retirada (Abraham et al., 2021; Li et al., 2022). Además, la falta de interés y motivación para cambiar las rutinas diarias, así como las experiencias negativas previas de los profesionales suponen una barrera para el cambio de la práctica en las residencias. Paralelamente, la falta de actitudes críticas por parte de los familiares hacia las contenciones físicas también influye en la dificultad de su retirada (Abraham et al., 2021). Además, cabe resaltar la preocupación de los profesionales por las reclamaciones legales que puedan realizar las familias en caso de que el paciente sufra un accidente (Estévez-Guerra, 2017; Kong & Evans, 2012). Finalmente, los profesionales destacan la falta de implicación y apoyo de los cargos directivos como una barrera para la implementación del programa de retirada de contenciones (Vandervelde et al., 2021).

A modo de resumen, el meta-análisis realizado por Kong (2017) identifica las 5 principales barreras para la reducción del uso de las contenciones físicas: la preocupación y la responsabilidad por la seguridad del paciente (así como la de los otros residentes o los profesionales); la falta de una definición clara y consistente de contención física y de cuidado sin contenciones, que lleva a no considerar las barreras o el mobiliario como elementos restrictivos; las dificultades en la transición desde el uso a la retirada de la contención; la falta de participación en la toma de decisiones relativa a la eliminación de las sujeciones (así como la ausencia de un equipo multidisciplinar para proporcionar un cuidado libre de contenciones); y la falta de recursos (incluyendo la falta de personal y su elevada rotación) y la falta de formación (que puede ocasionar una actitud escéptica hacia los modelos de cuidado sin contenciones físicas).

4.2.5. La relación entre los conocimientos, las actitudes y la práctica de los profesionales

Tal y como reflejan las conclusiones de Fariña (2013), las relaciones causales entre conocimientos, actitudes y práctica no son muy fuertes pero sí indican direccionalidad. Los conocimientos influyen negativamente sobre las actitudes, por lo que los profesionales con mayores conocimientos respecto a las contenciones muestran una actitud menos favorable a su uso. De igual manera, los conocimientos y las actitudes tienen una clara influencia sobre la práctica y, por tanto, cuanto más bajos son los conocimientos y más favorable es la actitud hacia la restricción, peor es la práctica en el uso de ésta. Esto supone un elemento más para insistir en la importancia de la formación de cara a modificar las creencias erróneas de los profesionales y, consecuentemente, su práctica.

En esta línea, en otro entorno asistencial como son los cuidados intensivos, Acevedo-Nuevo (2016) analiza la experiencia de los enfermeros respecto a la gestión de la inmovilización terapéutica. En su estudio, propone una adaptación del modelo causal propuesto por Suen (2006) para explicar cómo se relacionan los conocimientos, la experiencia clínica, las actitudes y la práctica clínica. En concreto, plantea que relación direccional entre los conocimientos, las actitudes y la práctica, incorporando la experiencia clínica como variable en la ecuación al influir en los otros tres factores.

Entre los elementos que influyen en los conocimientos, las actitudes y la práctica destaca el nivel de formación académica y, concretamente, la formación recibida sobre las contenciones físicas.

Por un lado, los profesionales con menores niveles académicos presentan peores conocimientos y actitudes frente a las contenciones físicas (Li et al., 2022). En este sentido, Wang (2019) apunta a la importancia de que los currículos académicos incluyan formación en el uso de contenciones como un determinante de las prácticas desarrolladas por los futuros profesionales.

Por otro lado, las enfermeras que han recibido formación específica muestran mayores niveles de conocimientos en relación a las contenciones físicas, desarrollan actitudes más contrarias a su uso y llevan a cabo mejores prácticas que aquellas que no (Eskandari et al., 2018; Kong, Song, et al., 2017; Lan et al., 2017; Suen et al., 2006; L. Wang et al., 2019). Además, la falta de conocimientos sobre las alternativas disponibles determinan la toma de decisiones relativas al uso de las contenciones físicas (Li et al., 2022). En esta línea, Eskandari (2018) llevó a cabo una intervención basada en un programa formativo, tras el cual mejoraron significativamente los conocimientos, las actitudes y las prácticas de los profesionales en relación a las contenciones físicas, además, disminuyó su intención de usarlas. Además, se obtuvo un descenso estadísticamente significativo de la tasa de incidencia de uso de las contenciones físicas en las diferentes unidades de hospitalización tras la intervención, excepto en las unidades de rehabilitación y geriatría. Igualmente, en el estudio realizado en Corea por Kong (2017), cuya intervención se basa en un programa formativo y un sistema de consultorías, se constató una mejoría en los conocimientos, las percepciones y las actitudes de los profesionales de residencias en relación a las contenciones físicas, manteniéndose estas mejorías a los 3 meses tras la intervención. Por lo tanto, es fundamental ofrecer formación continuada a los profesionales respecto a las contenciones físicas, junto con otras acciones dentro de intervenciones multicomponente, todo ello en un contexto de política de reducción de uso en el ámbito asistencial (Abraham et al., 2020; Lan et al., 2017).

Finalmente, el estudio realizado por Øye (2017) sugiere que el uso de las restricciones no está influido únicamente por las actitudes y las percepciones individuales, sino también por las colectivas. Estas están a su vez determinadas por las características de la institución y los factores contextuales, que han sido identificados como determinantes del uso de las restricciones.

4.3. La cultura institucional de la contención física

En este último bloque, se van a tratar los factores institucionales que afectan al uso de las contenciones físicas, entendiendo por factores institucionales aquellos competentes de la gerencia del centro. Por lo tanto, se tratarán aquellos aspectos relacionados con los valores, la gestión y los recursos -humanos y materiales- de las instituciones.

El uso de las restricciones físicas se relaciona con los valores propios de la comunidad y la organización como es la seguridad de los mayores. Por el contrario, este uso es visto como contrario a estos valores institucionales cuando entra en conflicto el derecho del paciente a la autodeterminación o cuando rompe la atmósfera hogareña que se espera de las residencias (Saarnio & Isola, 2010). Sin embargo, según Thomas (2012), los centros en los que se trabaja la cultura de seguridad del paciente presentan una menor prevalencia en el uso de las contenciones físicas y un menor índice de caídas.

Frecuentemente la aplicación de medidas de sujeción se justifica por la acción paternalista de la institución o los profesionales (Wazen Hervás, 2012). Según Fariña (2012; 2013), los modelos de cuidado con sujeciones priorizan la seguridad por encima de otras necesidades y valores. En este

sentido los profesionales consideran que tienen el deber moral y legal de proteger a los ancianos de cualquier daño. Generalmente este modelo se da en aquellos centros con mayor dificultad para entender y manejar el comportamiento de los mayores con deterioro cognitivo. Ello conlleva la interiorización del principio de beneficencia que motiva al uso de la contención física (Fariña-López, 2012; Urrutia Beaskoa, 2015; Wazen Hervás, 2012).

Pese a que el entorno laboral ha sido poco estudiado, se señala que la falta de tiempo, la percepción de poca autoridad y autonomía en el desempeño del trabajo o el apoyo por parte de compañeros y supervisores son aspectos clave en el uso de las restricciones (Estévez-Guerra, 2017). Por el contrario, un estudio realizado en Holanda por Willemse (2016) ha concluido que las características del lugar de trabajo, incluyendo la elevada carga laboral, la baja capacidad de decisión y el escaso apoyo, están poco relacionadas con la prescripción de fármacos psicotrópicos y el uso de contenciones físicas, encontrando en cambio una fuerte asociación con las características de los pacientes. Los autores explican que esto puede deberse a que las características del trabajo sólo tengan una influencia negativa cuando el personal percibe altos niveles de carga laboral y un escaso nivel de autoridad en la toma de decisiones, lo que no ocurrió en el entorno en el que se realizó el estudio.

Paterson (2011) analizó los factores organizacionales que determinan el uso de las restricciones, entre los que identificó la existencia de rutinas, prácticas y formas de organizar el trabajo que despersonalizan y deshumanizan a los usuarios y a los profesionales. Si a esto se suma un liderazgo débil, un sistema ineficaz para asegurar la calidad, la formación inadecuada o la ausencia de un sistema de revisión y seguimiento de los incidentes ocurridos, pueden aparecer prácticas deficientes. En estas situaciones, las necesidades de los profesionales acaban siendo prioritarias frente a las de los usuarios. Asimismo, algunas características como el bajo estatus y salario de los trabajadores, las jerarquías rígidas o la predominancia de los conocimientos biomédicos sobre los aspectos psicosociales pueden desempoderar a los profesionales. En este sentido, estos pueden tratar de recuperar su autoestima abusando del poder que tienen en el trabajo y ejerciendo un control excesivo sobre sus usuarios, derivando en una utilización excesiva de las contenciones mecánicas y permitiendo su uso como medida coercitiva en las organizaciones. Por todo ello, Paterson (2011) aporta unas recomendaciones para la gestión de los centros orientadas a disminuir el uso de las restricciones. Entre ellas destacan el liderazgo, el registro de su uso y el establecimiento de sistemas de análisis, la formación del personal, el asesoramiento sobre los riesgos que conllevan estos dispositivos, la organización centrada en la persona con las adaptaciones del entorno que ello requiera y la planificación del trabajo.

Paralelamente, existe una falta de consistencia de los estándares y los protocolos relacionados con el uso de las contenciones físicas, por lo que, pese a la indicación de no utilizarlas, en la práctica es imposible no hacerlo (Kong & Evans, 2012). Los protocolos de los centros suelen definir las restricciones físicas y resaltan la necesidad de la prescripción médica motivada y expresa de un sistema de sujeción adecuado y homologado, incluyendo los procedimientos para evitar las secuelas y los accidentes y la conformidad del residente o, en su caso, de su representante legal (Wazen Hervás, 2012). Un estudio realizado en Suiza y Austria apunta la relación entre las características institucionales y la prevalencia de uso de contenciones físicas. En concreto, en los centros con guías de práctica clínica y con formación continuada respecto a las contenciones físicas, el uso de estos dispositivos es menor (Thomann et al., 2021).

Entre los factores institucionales que favorecen un mayor uso de las sujeciones físicas destacan la falta de recursos humanos y materiales.

Por un lado, la falta de personal o la imposibilidad de proporcionar una supervisión apropiada al residente contribuyen al uso de las restricciones físicas (Abraham et al., 2021; Estévez-Guerra, 2017; Goethals et al., 2012; Kong & Evans, 2012; Kor et al., 2018; Möhler & Meyer, 2014; Scheepmans et al., 2018; J. Wang et al., 2020). En concreto, Øye (2017) apunta a un mayor uso de las contenciones en los hospitales durante los fines de semana, lo que confirma la influencia del ratio profesional/pacientes en la práctica. Además, en numerosas ocasiones, las restricciones acaban siendo utilizadas para poder cumplir con los horarios establecidos u otras metas organizacionales (Øye et al., 2017). A este hecho hay que sumar la falta de tiempo para valorar el uso de las contenciones con otros profesionales o la falta de apoyo de la administración y los médicos como determinantes de uso de estos mecanismos (Goethals et al., 2012). Además, Wang (2020) asocia la falta de auxiliares de enfermería con un mayor uso de contenciones físicas. Con todo ello, se puede concluir que la sobrecarga de trabajo tiene un efecto positivo en la prevalencia de este procedimiento (Abraham et al., 2021; J. Wang et al., 2020).

Por otro lado, la falta de recursos materiales alternativos favorece que se haga un mayor uso de la restricción física y que ésta sea identificada como un procedimiento inevitable (Estévez-Guerra et al., 2017; Hamers et al., 2009; Kong & Evans, 2012; Saarnio & Isola, 2010). Por ejemplo, la falta de actividades o de equipos adecuados como camas bajas alternativas a las barandillas desencadenan el uso de diferentes tipos de contención. Las instalaciones grandes y las habitaciones individuales con baño limitan la observación de los residentes. Este hecho, unido a un entorno inseguro, con suelos resbaladizos u otros obstáculos para la libre deambulación, incrementa el riesgo de caídas y, en consecuencia, la percepción de necesidad de estos dispositivos y su uso (Estévez-Guerra, 2017).

Para acabar, cabe destacar que Øye (2017) estudió la relación de la ubicación de las residencias con el uso de las contenciones físicas. Cuando estas se encuentran en entornos en los que para los residentes es fácil “escaparse”, el personal de enfermería recurre a las contenciones para evitarlo. En consecuencia, la ubicación de la residencia influye en cómo el personal percibe y aplica las restricciones, aislando, por ejemplo, a los residentes en instalaciones cerradas.

En cualquier caso, desde la gestión de las residencias, muchas veces se relaciona la retirada de las sujeciones con un aumento de la plantilla en los centros y un aumento de los gastos. Sin embargo, no se trata tanto de una inversión económica, sino que retirar las sujeciones implica cambiar la cultura del cuidado hacia un modelo focalizado en los valores de los mayores modificando los métodos de trabajo actuales (Tortosa et al., 2016).

Capítulo 5. MARCO TEÓRICO

En este capítulo se presenta el marco teórico en el que se enmarca este estudio. A continuación, se explica brevemente el paradigma crítico-social que guía esta tesis, los conceptos teóricos de Michel Foucault, así como la teoría de la deshumanización de Haslam.

5.1. El paradigma crítico-social

Según Weaver y Olson (2006), los paradigmas son los patrones de creencias y prácticas que regulan la investigación dentro de una disciplina al proporcionar lentes, marcos y procesos a través de los cuales se realiza dicha investigación. De esta forma, los paradigmas determinan las creencias acerca de la naturaleza de la realidad y la construcción del conocimiento.

En concreto, esta tesis se inscribe en el paradigma crítico-social que, inspirada en autores como Marx, Habermas y Freire, incluye el feminismo y los movimientos emancipatorios y se preocupa por contrarrestar la opresión y redistribuir el poder y los recursos (Weaver & Olson, 2006).

Guba y Lincoln (2002) describen el paradigma crítico-social en relación a las cuestiones ontológicas, epistemológicas y metodológicas. A nivel ontológico, el paradigma crítico-social defiende el realismo histórico, es decir, la realidad es producto de la influencia de un conjunto de factores relacionados con lo social, lo político, lo cultural, lo económico, lo étnico y el rol de género, entre otros. En cuanto a la epistemología, es un paradigma transaccional y subjetivista, siendo los hallazgos mediados por los valores y el conocimiento orientado a la transformación social. Finalmente, la metodología utilizada es dialógica y dialéctica y está mediada por la postura política del investigador.

Keucheyan (2013) defiende que las teorías críticas son teorías en tanto que, más allá del análisis, reflexionan sobre lo que es y lo que es deseable, adquiriendo una dimensión normativa y política; y son críticas en la medida que ponen en tela de juicio el orden social existente de manera global. Desde esta perspectiva, este paradigma se centra en estudiar las instituciones sociales, los problemas de poder y alineación (Weaver & Olson, 2006).

El propósito de las investigaciones crítico-sociales es denunciar cómo la construcción del conocimiento y la organización del poder en la sociedad en general y en las instituciones en particular (como los hospitales) pueden conducir a la exclusión y a la opresión de individuos o grupos (Reeves et al., 2008). A través de la crítica, estas investigaciones persiguen el objetivo de desmontar la relación existente entre discurso y poder para, posteriormente, plantear la transformación de las estructuras sociales, políticas, culturales, económicas, étnicas y de género (Berenguera Ossó et al., 2014). Por lo tanto, este paradigma está orientado a la denuncia y a la transformación. Por un lado, los investigadores que realizan investigaciones desde este paradigma asumen la responsabilidad de crear conciencia sobre los problemas sociales, desvelando las estructuras de opresión a partir de las experiencias de las personas que las padecen (Weaver & Olson, 2006). Por otro lado, el enfoque se centra en la praxis, o la combinación de reflexión y acción para generar transformaciones en determinados grupos sociales y modificar la estructura social (Loza et al., 2021; Ramos, 2015; Weaver & Olson, 2006).

5.2. El entramado conceptual de Michel Foucault

Michel Foucault, que nació en 1926 y falleció en 1984, fue un filósofo, historiador y sociólogo francés. Fue profesor en numerosas universidades tanto francesas como norteamericanas y acabó ocupando una cátedra en el Collège de France, principal presentación que incluso ha sido inscrita en su lápida: “Paul Michel Foucault. Profesor del Collège de France”.

Ante la cuestión de quién es Foucault, Pastor y Ovejero (2005) concluyen que “no debería preocuparnos nuestra incapacidad de situar a Foucault [...] nunca fue previsible, pues nunca buscó legitimar lo que ya era, sino que, por el contrario, siempre persiguió cuestionarse críticamente a sí mismo pensando de otra manera distinta”. Para Foucault, la actividad filosófica es el trabajo crítico del pensamiento sobre sí mismo. Por ello, en lugar de legitimar lo que ya se sabe, consiste en saber cómo y hasta dónde sería posible pensar de otra manera (Gabilondo, 2013). La filosofía de Foucault es entonces un ejercicio de pensamiento crítico, en la que se atreve a dudar de todo, incluso de aquello que se presenta como indudable y evidente, defendiendo que nunca hay que dar nada por supuesto (Pastor Martín & Ovejero Bernal, 2005).

El objetivo de Foucault es analizar las condiciones de posibilidad para la emergencia de los conocimientos, las prácticas y los objetos de saber, prestando especial atención a las relaciones entre saber y poder (Álvarez Uría & Varela, 2013; Kendall & Wickham, 2004). Además, Foucault cuestiona lo evidente a través de un cuestionamiento crítico de sí mismo (Álvarez Uría & Varela, 2013; Pastor Martín & Ovejero Bernal, 2005). Para ello, Foucault recurre a la problematización, que consiste en desvelar el proceso a través del cual algo se ha constituido como obvio, evidente y seguro, permitiendo abrir espacios de libertad y líneas de transformación de la realidad social. Pastor y Ovejero (2005) afirman que “en realidad, todas las herramientas foucaultianas: historia (de la locura, la cárcel, la medicina, la sexualidad), análisis (del discurso), arqueología (del saber), genealogía (del sujeto), microfísica (del poder), no son otra cosa que ejercicios de una misma forma de trabajar: la problematización”. En otras palabras, tal y como recoge Gabilondo (2013), la problematización hace referencia al conjunto de prácticas discursivas y no discursivas que hace que algo entre en el juego de lo verdadero y de lo falso y lo constituye como objeto para el pensamiento. Según Pastor y Ovejero (2005), su filosofía supone entonces un interrogante constante, donde se está cuestionando continuamente “qué puedo ver, decir y pensar; qué puedo hacer, sentir y desear; por qué puedo luchar; a qué poderes puedo oponer resistencia; cómo puedo oponer resistencia; cómo puedo vivir, quién soy, en definitiva, hoy, aquí y ahora; qué ocurre en este hoy en el que vivo; cómo he llegado a ser quien soy; en quién me puedo llegar a convertir; cómo puedo ser y pensar de forma distinta...”. El filósofo francés ofrece así una actitud crítica y problematizadora “que duda de lo indudable, cuestiona lo incuestionable, hace inseguro lo seguro y mira de forma distinta lo cotidiano, lo que nos permite romper con las reglas establecidas”.

En lugar de centrarse en las teorías filosóficas, Foucault se interesa por las prácticas sociales, a las que considera a la vez producto de los saberes y empuje para nuevos saberes y prácticas (Zorrilla, 2017). En esta línea, defiende que la realidad es construida socialmente a través de diversas prácticas humanas (Pastor Martín & Ovejero Bernal, 2005). Por lo tanto, el filósofo francés argumenta que, para escribir la historia del presente, es imprescindible reconocer que cualquier discurso únicamente puede ser comprendido en el contexto del desarrollo histórico de una sociedad dada y en las expresiones encarnadas de las relaciones de poder entre sus miembros. De esta forma, el diagnóstico de una situación debería establecer las interrelaciones

entre el poder y el conocimiento y cómo estas relaciones determinan a los individuos, la sociedad y las ciencias humanas (Gastaldo & Holmes, 1999).

Entre las disciplinas que fueron objeto de su estudio, se encuentran la psiquiatría, la psicología, la criminología, la lingüística, la economía, la medicina y la sexología. Además, entre los temas que más interés le suscitaron, aparecen la naturaleza de la relación entre poder y saber, la idea de verdad o las formas de gobierno de los otros (Kendall & Wickham, 2004). En concreto, durante la década de los setenta, la vida y la filosofía de Foucault está marcada por su gran compromiso y activismo político. Se movilizó activamente contra los abusos policiales, la pena de muerte, el servicio militar obligatorio, la guerra de Vietnam, la situación de los refugiados políticos, las condiciones de vida de los inmigrantes, las condiciones laborales de los franceses, los abusos de la Industria y la justicia burguesa francesa, el derecho al aborto, los derechos de los inmigrantes o la lucha de la clase trabajadora. Por ejemplo, a través de su Grupo de Información sobre las Prisiones, el filósofo consigue dar a conocer qué es la cárcel, quién y por qué ingresa en ella, cómo es la vida allí y cómo y en qué condiciones se sale (Pastor Martín & Ovejero Bernal, 2005). De esta forma, Foucault (2013k, pp. 482, 483) denuncia (a través de las entrevistas clandestinas a los prisioneros) los tratos denigrantes que reciben los presos en estas instituciones, incluyendo trabajo penitenciario próximo a la explotación de tipo esclavitud, cuidados médicos inexistentes y violencia por parte de los funcionarios de las prisiones.

En la trayectoria de su obra pueden distinguirse tres etapas: la arqueológica, la genealógica y la ética (Morey, 2013; Pinheiro Da Costa, 2017). En todas ellas, sus trabajos cuestionan el saber, el poder y la constitución de la subjetividad (Morey, 2013).

En primer lugar, Kendall y Wickham (2004) definen la arqueología como una investigación histórica moderada por el escepticismo, un enfoque diseñado para comprender los conocimientos, las prácticas y las relaciones que se han estabilizado, en lugar de aquellos que están en proceso de cambio. En referencia a esta etapa, Foucault (2013c) hace autocrítica en *El retorno de la moral* sobre sus obras anteriores: “me parece que en la *Historia de la locura*, en *Las palabras y las cosas* y también en *Vigilar y castigar* mucho de lo que se encontraba implícito no podía hacerse explícito debido a la manera en que planteaba los problemas. Intenté señalar tres grandes tipos de problemas: el de la verdad, el del poder, y el de la conducta individual. Estos tres ámbitos de la experiencia no pueden comprenderse sino unos en relación con los otros y no se pueden comprender los unos sin los otros. Lo que me perjudicó en los libros precedentes es el haber considerado las dos primeras experiencias sin tener en cuenta la tercera”.

En segundo lugar, la genealogía, según Álvarez y Varela (2013), es “el instrumento artesanal que nos permite comprender la génesis y las transformaciones de los sistemas implícitos que, sin que seamos conscientes de ellos, determinan nuestras conductas, gobiernan nuestra manera de pensar, rigen, en suma, nuestras propias vidas. La genealogía está al servicio de la verdad entre otras cosas porque desvela las políticas de verdad y los intereses en juego, desvela los juegos de verdad y sus formas hegemónicas”. En la genealogía foucaultiana, el análisis se centra en las condiciones de formación y desarrollo de saberes y de mecanismos de poder.

En tercer lugar, en la última etapa de su obra, catalogada como ética, se reintroduce explícitamente el problema del sujeto y el conjunto de procedimientos mediante los cuales este existe y se constituye. Se produce una historia de la subjetividad y de la manera en la que el sujeto hace la experiencia de sí mismo en un juego de verdad, siendo la subjetivización el proceso por el que el sujeto se constituye. Según sostiene Gabilondo (2013), “la cuestión es,

entonces, no ya sólo la de la existencia de experiencias (por ejemplo, la locura, la enfermedad, la sexualidad), de saberes (como la psiquiatría, la medicina, la sexología) y del poder que se ejerce en las instituciones que tratan del control individual, sino cómo hemos podido llegar a ser precisamente esa forma de conocimiento y ese tipo de poder; es decir, cómo esas experiencias están ligadas al conocimiento y al poder”.

En esta tercera etapa, se abre un espacio de libertad y de transformación posible. Pese a que esta etapa ha sido interpretada como un desplazamiento del posicionamiento del filósofo, Gabilondo (2013) defiende que dicho desplazamiento no es una renuncia a los planteamientos ofrecidos hasta el momento, sino que se trata de una relectura de un modo de proceder. Por lo tanto, los textos correspondientes a esta etapa, sin suponer ninguna desconsideración al sujeto y la verdad, estudian específicamente los juegos de verdad en la relación de uno mismo y la constitución de sí como sujeto. En este sentido, las técnicas de sí se corresponden a los modos de vida, las elecciones de existencia o los modos de regular la conducta y de fijarse medios y fines. En esta línea, la *parresía* relaciona el lenguaje del sujeto con su conducta, definiéndola como una práctica de libertad.

Antes de pasar a profundizar en algunos conceptos del entramado conceptual del filósofo francés, vale la pena destacar la aplicación de su marco teórico por parte de algunas autoras en la enfermería como Denise Gastaldo y Daves Holmes (1999). Pese a lo que sugieren algunos modelos enfermeros (por ejemplo, que el cuidado enfermero es intrínsecamente beneficioso), Foucault sostiene que hay que examinar los efectos de la producción de conocimiento, la diseminación de discursos y la implementación de prácticas por parte de una profesión, entendiendo que tanto los individuos como las poblaciones están gobernados, a todos los niveles, por un conjunto de técnicas de poder. Por lo tanto, desde esta perspectiva foucaultiana, la aplicación del conocimiento enfermero estructura y determina el uso del tiempo y del espacio, así como la recogida de información sobre los cuerpos de los individuos, comparándolos entre ellos. Esta comparación permite a las enfermeras establecer la “normalidad” y, como consecuencia, el individuo “desviado” se convierte en objetivo de vigilancia e intervención. Por lo tanto, normalización y disciplina no pueden ser únicamente percibidas como usos coercitivos del poder de los profesionales. La gubernamentalidad es sutil y puede ejercerse de forma positiva, sin ser siempre represiva para los individuos, por lo que la experiencia de gobernar y ser gobernado da forma a las subjetividades y produce identidades (Gastaldo & Holmes, 1999).

Este análisis del cuidado enfermero desde una perspectiva política lleva a describirlo como un ejercicio de control sobre el paciente. En concreto, el concepto de disciplina ha sido recogido en las investigaciones enfermeras como resultado de la observación jerárquica, el juicio normalizador o la examinación. Específicamente, a través de la observación, especialmente del cuerpo y las funciones biológicas, el paciente es reducido a un objeto que debe ser descrito y un sujeto para el conocimiento enfermero. Además, los enfermos están sujetos a la mirada clínica y a la vigilancia constante. En las estructuras panópticas, los profesionales sanitarios tienen el derecho a observar continuamente el estado del paciente y, por lo tanto, son competentes para producir un discurso en nombre del paciente. En definitiva, el cuidado enfermero puede ser reconceptualizado como medio para el ejercicio del poder, pudiéndose relacionar con el control del paciente y del entorno, así como con la creación de un conocimiento que empodera a las enfermeras (Gastaldo & Holmes, 1999).

A continuación, se profundiza en el concepto de poder según Foucault y, posteriormente, en el entramado conceptual que guía esta tesis, tanto en los conceptos de seguridad y disciplina que se relacionan con los procedimientos institucionales que influyen en el uso de las contenciones

físicas, como en los de normalización y resistencia que se utilizan para analizar las prácticas individuales al respecto.

5.2.1. El poder según Foucault

El poder es un concepto central en la obra de Foucault y su análisis resulta imprescindible para comprender el resto de su trabajo. En concreto, el filósofo francés presta atención a la mecánica del poder y las relaciones de poder que se establecen (Foucault, 2012f, 2012b). En este sentido, Foucault no está en contra del poder, del que entiende que no es posible salir, sino que cuestiona determinadas formas de poder, especialmente aquellas que se enmascaran como verdades y que, de manera externa al sujeto, lo determinan y normalizan sin darle la posibilidad de individuación (Zorrilla, 2017).

Foucault (1979d, 2012b, 2013g) rechaza que las relaciones de poder se reduzcan únicamente a la forma de prohibición, ley y castigo, siendo estas sus límites externos, pero no su forma esencial. En su lugar, defiende que las relaciones de poder presentan múltiples formas, son productivas y tienen por objetivo ser productoras de una eficacia o de un producto (Foucault, 2013g, pp. 893, 894). En este sentido, en *Poderes y estrategias*, el filósofo explica la función de las relaciones de poder: “las relaciones de poder ‘sirven’, en efecto, pero no porque estén ‘al servicio de’ un interés económico dado como primitivo, sino porque pueden ser utilizadas en sus estrategias” (Foucault, 2012c). A su parecer, existen dos modelos que permiten entender las relaciones de poder. Por un lado, el modelo del derecho que asocia el poder como ley, prohibición, institución. Por otro lado, el modelo guerrero o estratégico que lo hace en términos de relación de fuerzas (Foucault, 2012b). Desde este rechazo a la concepción jurídica del poder, Foucault (2013g) plantea analizar el poder en cuanto a su funcionamiento y sus mecanismos positivos.

En primer lugar, según el postulado de la propiedad o apropiación del poder, el poder es algo que posee la clase dominante (Foucault, 2018; Morey, 2012). En esta línea, la “sujetivización” de las relaciones de poder se da por ejemplo en el “amor al amo”, reduciendo la figura del amo a una instancia de poder y los procedimientos de poder a la ley de prohibición (Foucault, 2012c). Sin embargo, el análisis de los aparatos del Estado es insuficiente para conocer el ejercicio y el funcionamiento del poder (Foucault, 1979c, p. 108, 2012d, p. 39). Foucault (2012c) critica esta concepción del poder por reducirlo a términos negativos, de prohibición, que es aceptada de algún modo por el sujeto receptor, planteándose entonces quién ejerce el poder, dónde y hasta dónde, mediante qué relaciones y hasta qué instancias (Foucault, 2012d, p. 39). De esta forma, Foucault (1979c, 2005, 2012d, 2012c, 2013i, 2018) defiende que el poder no se posee, sino que se ejerce. Se trata de su concepción de la microfísica del poder (Morey, 2012; Pastor Martín & Ovejero Bernal, 2005). Por lo tanto, “no se sabe quién lo detenta exactamente, pero se sabe quién no lo tiene” (Foucault, 2013i, p. 439). En definitiva, el poder es una estrategia, no una propiedad (Foucault, 1979c, p. 108; Morey, 2012).

En segundo lugar, frente al poder soberano, Foucault (1979b, p. 157) defiende que entre cada punto del cuerpo social “pasan relaciones de poder que no son la proyección pura y simple del gran poder del soberano sobre los individuos”, sino que son más bien las condiciones de posibilidad de su funcionamiento. Por lo tanto, según el intelectual francés, el poder es omnipresente y no tiene límites, por lo que no es posible estar fuera de él (Foucault, 1979d, 2013i). Desde esta perspectiva, las relaciones de poder están presentes en todo el cuerpo social

y están imbricadas en otros tipos de relación como las familiares o las de producción, jugando un papel a la vez de condicionante y de condicionado. Sin embargo, que no se pueda estar fuera del poder no significa que “sea necesario admitir una forma inabarcable de dominación o un privilegio absoluto de la ley” ni “que se esté de todas formas atrapado” (Foucault, 2012c).

En tercer lugar, según el postulado de la localización, el poder debe entenderse como poder del Estado (Morey, 2012). A partir de este esquema, dentro de una sociedad el poder político se localiza en una serie de elementos, esencialmente en los aparatos del Estado, relacionando así las formas de poder y las estructuras políticas (Foucault, 2018, p. 248). Sin embargo, Foucault (2013g, p. 893, 2018) rechaza que los poderes sean comprendidos como derivados o consecuencia de un poder central. Al contrario, la unidad de poder estatal es secundaria a los poderes regionales y específicos que aparecen en primer lugar. Por todo ello, el filósofo sostiene la existencia de la microfísica del poder (Morey, 2012).

En cuarto lugar, en base al postulado de subordinación, el poder encarnado en el aparato del Estado estaría subordinado a un modo de producción que sería su infraestructura (Foucault, 2018; Morey, 2012). El intelectual francés opta en cambio por abandonar el modelo de espacio piramidal trascendente por el de un espacio compuesto por segmentos, rechazando que el poder sea una sobreestructura (Morey, 2012).

En quinto lugar, a partir del esquema de la ideología, el poder sólo puede producir, en el orden del conocimiento, efectos ideológicos. En su lugar, el profesor del Collège defiende que todo ejercicio de poder es un lugar de formación de un saber y todo saber permite y asegura el ejercicio de un poder, por lo que el saber y el poder quedan ligados (Foucault, 2018). Igualmente, respecto al postulado del modo de acción, según el cual el poder actúa por medios represivos e ideológicos, Foucault argumenta que estas son estrategias extremas del poder, pero el poder produce a través de la transformación de los individuos, es decir, la normalización (Morey, 2012).

En sexto lugar, según el postulado de la legalidad, el poder del Estado se expresa por medio de la ley (Morey, 2012). Sin embargo, Foucault (2012f) se muestra en desacuerdo con la concepción puramente jurídica y represiva del poder. En su lugar, Foucault defiende que el derecho es un instrumento del poder para discriminar entre la legalidad y el ilegalismo. Por lo tanto, entiende que el sistema penal no debe ser analizado simplemente como un aparato de prohibición y represión (Foucault, 2012c). Además, considera que, si el poder fuese únicamente represivo, no habría obediencia, pues el poder se sostiene por sus efectos productivos (Foucault, 2012f).

En último lugar, Foucault (2013g, pp. 892, 893) defiende que no existe un poder, sino varios poderes que funcionan localmente, como en el taller o el ejército. Se trata de formas de poder locales y heterogéneas, que tienen su propio funcionamiento, su procedimiento y su técnica. Por lo tanto, defiende que hay que hablar de poderes e intentar localizarlos en su especificidad histórica y geográfica. De esta forma, concibe la sociedad como una yuxtaposición, una coordinación y una jerarquía de diferentes poderes, “un archipiélago de poderes diferentes”.

Respecto a la relación entre poder y cuerpo, para Foucault (1979b, 1979c, 2002, 2005), lo esencial de todo poder es que su punto de aplicación siempre es, en última instancia, el cuerpo. En concreto, Foucault (1979b, p. 156) entiende que el poder se ejerce sobre el cuerpo mismo sin tener que ser representado por una persona, pues con anterioridad se ha interiorizado en la conciencia de la gente. El cuerpo está entonces directamente inmerso en un campo político y está imbuido de relaciones de poder y de dominación, pues “el cuerpo sólo se convierte en fuerza útil cuando es a la vez cuerpo productivo y cuerpo sometido”.

En cuanto a la relación entre poder y saber, Foucault está en contra de la concepción de un saber sobre el sujeto de carácter metafísico o universalista; prefiere una concepción del sujeto que se construya a través de la historia y que integre las relaciones de poder que lo envuelven (Moreno-Mulet, 2016). Por lo tanto, en lugar de la disociación entre saber y poder, Foucault (1979a, 2002, 2012f, 2013g) defiende la relación entre ambos y la incidencia del uno sobre el otro: no es posible que el poder se ejerza sin el saber, a la vez que es imposible que el saber no genere efectos de poder. En este análisis de las relaciones entre poder y saber, es necesario considerar el sujeto que conoce, los objetos y las modalidades de conocimiento. Así, si todas las personas están insertas en una relación de poder (más allá de una clase dominante frente a una dominada), cualquiera que sabe algo ejerce poder (Foucault, 2002, 2013g). A partir de la relación poder-saber, surge la noción de verdad, que está ligada a los sistemas de poder y detenta efectos de poder (Álvarez Uría & Varela, 2013; Foucault, 2012f). Según esta concepción, cada sociedad tiene su régimen de verdad, es decir, los tipos de discurso que acoge y hace funcionar como verdaderos o falsos y las técnicas y los procedimientos que están valorizados para la obtención de la verdad (Foucault, 2012f).

La obra de Foucault está muy orientada por la relación entre el sujeto y la verdad (Zorrilla, 2017). En este sentido, durante su análisis sobre las instituciones psiquiátricas en *El poder psiquiátrico*, Foucault (2005) defiende que los dispositivos de poder se convierten en instancias productoras de la práctica discursiva. De esta forma, se interesa en mostrar cómo el sujeto se constituye a sí mismo “como sujeto loco o sano, como sujeto delincuente o no delincuente, a través de un determinado número de prácticas que eran juegos de verdad, prácticas de poder”. Para poder analizar estas relaciones entre la constitución del sujeto o de las diferentes formas de sujeto y los juegos de verdad, es necesario rechazar una teoría *a priori* del sujeto (Foucault, 2013d).

Colpas (2015) analizó la problemática de los espacios de poder de Foucault a lo largo de sus cursos del Collège de France de 1971 a 1984, en los que fue construyendo su entramado teórico de la microfísica del poder, el poder disciplinar, la gubernamentalidad y la biopolítica. El concepto espacios de poder es utilizado para referirse a los mecanismos o las relaciones de poder en los que se ejercen todas las formas de práctica social con relación a la seguridad, el territorio, la economía, la política y la población. La microfísica del poder funciona en espacios tan diversos como asilos, escuelas, talleres o hospitales, a partir del desarrollo de instituciones de control y represión. Según Foucault (2013g), en estos espacios, los mecanismos de poder deben ser considerados como técnicas, como una tecnología del poder que se desarrolla y perfecciona sin cesar.

En *A propósito del encierro penitenciario*, al ser preguntado sobre los paralelismos entre la prisión y otras formas de encierro como la escuela, el cuartel o la fábrica, Foucault (2012a) señala que no se trata tanto de similitudes en cuanto a su naturaleza, sino más bien respecto a su funcionamiento y su arquitectura. Por lo tanto, en lugar de analogía, defiende que hay identidad, pues es el mismo tipo de poder, aunque no persiga el mismo objetivo. Por ello, resulta imposible llevar a cabo una lucha contra un único tipo de poder. Volviendo a la prisión como institución de poder, Foucault (2012d) defiende que el sistema penal es la forma en la que el poder se muestra del modo más manifiesto, no ocultándose y estando enteramente justificado.

Finalmente, en cuanto a las relaciones de poder, Foucault (1992) entiende que estas son extraordinariamente numerosas e intencionales y están presentes en el día a día, apoyándose y oponiéndose unas a otras. Destaca que el poder se ejerce desde múltiples puntos (también desde abajo) en medio de relaciones móviles y no igualitarias. En este contexto, Foucault (1979d, 1992, 2012e, 2012c, 2012b, 2018) defiende que en toda forma de poder hay resistencias o

posibilidad de resistencia, no pudiendo estar estas en posición de exterioridad respecto del poder. Es más, considera que las resistencias son más reales y eficaces cuando se forman allí mismo donde se ejercen estas relaciones de poder, siendo múltiples e integrables en las estrategias globales (Foucault, 1979d, 1992, 2012c). El concepto foucaultiano de resistencia será explorado con mayor profundidad más adelante.

5.2.2. Los conceptos de Foucault relacionados con la cultura institucional: la seguridad y la disciplina

En este apartado, se profundiza en el entramado conceptual que puede servir para interpretar la cultura institucional que guía el discurso de la contención física de los profesionales. En concreto, se ha prestado atención a los conceptos de disciplina y seguridad de Foucault.

En primer lugar, Foucault (2002, p. 83) define en *Vigilar y Castigar* las disciplinas como aquellos “métodos que permiten el control minucioso de las operaciones del cuerpo, que garantizan la sujeción constante de sus fuerzas y les imponen una relación de docilidad-utilidad”.

En relación a la disciplina, Foucault (2002, 2005) presta especial atención al poder disciplinario, cuya función principal es la de enderezar conductas, no buscando reducirlas sino poder multiplicarlas y usarlas. Se trata de la forma capilar del poder que establece una relación directa entre el poder político y el cuerpo individual, llegando a definirlo como “el contacto sináptico cuerpo-poder” (Foucault, 2005, pp. 51, 52). Para definir los principios de este poder disciplinario, en *El poder psiquiátrico*, Foucault (2005, pp. 57-66) lo opone al poder de soberanía.

Primero, el poder disciplinario supone la captura total del cuerpo, los gestos, el comportamiento y el tiempo del individuo. Segundo, el poder disciplinario implica un procedimiento de control constante, según el cual el individuo está perpetuamente a disposición de otra persona, ya sea bajo su mirada o en situación de ser observado. Esta visibilidad continua permite que el poder disciplinario (que tiene un carácter panóptico) sea omnipresente y actúe constantemente. Paralelamente, la escritura ha permitido el control permanente del cuerpo, ya que todo lo que le ocurre al individuo es anotado y registrado y, posteriormente, transmitido a lo largo de la escala jerárquica, permitiendo así el acceso constante a dicha información. Tercero, los dispositivos disciplinarios son isotópicos. Por un lado, en un dispositivo disciplinario cada elemento tiene su lugar bien determinado, teniendo sus elementos subordinados y sus superordinados. Por otro lado, los diferentes dispositivos disciplinarios se deben poder articular entre sí, pudiendo pasar de uno a otro. Finalmente, en el sistema disciplinario impera el principio de distribución y clasificación. En este sentido, Foucault define como “*residuo*” al elemento que no puede clasificarse, que escapa a la vigilancia y que no puede entrar en el sistema de clasificación. Este problema existe en numerosos entornos como el escolar con el “débil mental” o en el hospital con el enfermo mental. La existencia de *residuos* ocasiona la aparición de sistemas disciplinarios complementarios para ellos (p. ej.: creación de escuelas de educación especial). En definitiva, “el poder disciplinario tiene la doble propiedad de ser anomizante [...] y de ser siempre normalizador. [...] Los sistemas disciplinarios se caracterizan por un trabajo constante de la norma en la anomia”. Es decir, el poder disciplinario está diseñado para funcionar por sí solo y no es ejercido por una persona, produciéndose una anonimización en la cima (por lo que desaparece la función individual) junto con una individualización muy fuerte en la base.

Desde esta perspectiva, el uso del término disciplina hace referencia al conjunto de técnicas en virtud de las cuales los sistemas tienen por objetivo la singularización de los individuos (Castro, 2011, p. 102) pues, desde un punto de vista productivo, la disciplina es concebida como generadora de individualidad (Foucault, 2002). La disciplina lo reglamenta todo, hasta las cosas más pequeñas, permitiendo el control de los individuos (Foucault, 2013g, p. 896). Por consiguiente, la disciplina es una técnica de individualización del poder, que analiza y descompone a los individuos, los lugares, los tiempos, los gestos, los actos, las fuerzas de trabajo y las operaciones en elementos que son suficientes para percibirlos y modificarlos (Foucault, 2005, p. 83, 2006). Igualmente, permite intensificar el rendimiento del individuo, multiplicar sus capacidades o situarlo en el lugar en que sea más útil (Foucault, 2013g, p. 896). En definitiva, la disciplina “fabrica individuos”, que son a la vez objetos e instrumentos del ejercicio del poder (Foucault, 2002, pp. 84, 104).

Como describe Castro (2011), la disciplina es una forma de poder que tiene por objetivo los cuerpos en sus detalles, en su organización interna y en la eficacia de sus movimientos. Para Foucault (2002), hay una anatomía política del cuerpo cuya finalidad es producir cuerpos útiles y dóciles o, más concretamente, útiles en la medida de su docilidad. En este sentido, la disciplina busca aumentar la fuerza económica del cuerpo a la vez que reducir su fuerza en términos políticos de obediencia. Esta nueva anatomía política del detalle resulta de una multiplicidad de procesos y actúa en ámbitos tan diversos como escuelas, hospitales o el ejército para responder a diferentes exigencias de coyuntura, tendiendo a cubrir el cuerpo social entero.

El funcionamiento de la disciplina se basa en concentrar, centrar y encerrar, de tal forma que distribuye todas las cosas según un código normativo de lo permitido y lo prohibido en una sociedad (Colpas Gutiérrez, 2015). El poder disciplinario funciona mediante procedimientos menores, que permiten el adiestramiento progresivo y el control permanente, imponiendo la misma regla a todos de la misma manera. Sin embargo, muchos procedimientos disciplinarios han llegado a fórmulas generales de dominación (Foucault, 2002, 2005, 2006). Entre las técnicas de poder disciplinario destacan la distribución de los cuerpos en el espacio, el control de la actividad horaria, la organización de la génesis y la composición de las fuerzas (Castro, 2011; Foucault, 2002).

Respecto a la distribución espacial, Foucault (2002, 2013f) argumenta que, para organizar espacios complejos -que son a la vez arquitectónicos, funcionales y jerárquicos-, la disciplina procede a la distribución de los individuos en el espacio (permitiendo su clasificación y combinaciones), es decir, la individualización por el espacio. Para cumplir con esta función, la disciplina desarrolla una serie de estrategias. En primer lugar, la distribución espacial se alcanza mediante la cuadrícula. En concreto, según el principio de localización elemental, cada individuo tiene un lugar, y en cada emplazamiento hay un individuo, pues el espacio disciplinario tiende a dividirse en tantas parcelas como cuerpos o elementos hay que repartir. De este modo, es posible encontrar y vigilar a los individuos permanentemente. En segundo lugar, uno de los procedimientos utilizados es la clausura, es decir, la especificación de un lugar heterogéneo a todos los demás y cerrado sobre sí mismo. En tercer lugar, en las instituciones disciplinarias se desarrollan emplazamientos funcionales para codificar el espacio disponible y fijar unos lugares determinados para vigilar, romper las comunicaciones peligrosas y crear un espacio útil, especialmente en los hospitales (Foucault, 2002, pp. 86, 87).

En cuanto al control de la actividad horaria, se trata de un proceso que permite a las disciplinas el control de la actividad. Para esta capitalización del tiempo, se desarrollan procedimientos que

establecen horarios y rutinas, obligan a ciertas ocupaciones y determinan los ciclos de repetición (Foucault, 2002, pp. 90-96, 2005, p. 221).

En relación con la organización de la génesis, dado que el problema es cómo capitalizar el tiempo, trata de dividirlo en segmentos a fin de llegar a un término, serializando las actividades sucesivas e imponiendo a los cuerpos tareas repetitivas y diferentes (Castro, 2011). La disciplina no ejerce su control sobre el resultado de una acción sino sobre su desarrollo, por lo que se presta especial atención a los movimientos, persiguiendo su eficacia (Foucault, 2013f, p. 777).

Finalmente, se produce la composición de las fuerzas, pues la disciplina se convierte en el arte de componer unas fuerzas para obtener un aparato eficaz, cuyo efecto máximo se consigue gracias a la articulación de sus piezas elementales (Foucault, 2002, p. 100). Esta composición de las fuerzas se obtiene a partir de la articulación y el emplazamiento de los cuerpos, la combinación de las series cronológicas y un sistema preciso de mando (Castro, 2011). Esta idea lleva, en primer lugar, a que el cuerpo singular se convierta en un elemento que es posible colocar, mover, articular sobre otros, produciéndose una reducción funcional del cuerpo en el conjunto sobre el que se articula. En segundo lugar, la disciplina combina diversas series cronológicas para formar un tiempo compuesto, es decir, ajustar el tiempo de los unos al de los otros de manera que la cantidad máxima de fuerzas se combine en un resultado óptimo. En tercer lugar, esta combinación de las fuerzas requiere de un sistema de mando que coordine las actividades individuales para provocar el comportamiento deseado (Foucault, 2002, pp. 100-102).

En definitiva, la disciplina es celular (por el juego de la distribución espacial), es orgánica (por el cifrado de las actividades), es genética (por la acumulación del tiempo) y es combinatoria (por la composición de fuerzas). El éxito del poder disciplinario en la formación de la individualidad disciplinada recae en el uso de instrumentos simples como la vigilancia jerárquica, la sanción normalizadora (de la que se hablará en el siguiente apartado, relacionado con la normalización) y el examen (Castro, 2011; Foucault, 2002, pp. 102-104).

Por un lado, la disciplina es una técnica de poder que encierra una vigilancia constante y perpetua de los individuos, permitiendo controlar, observar e intervenir en todos los detalles de las relaciones de la vida social (Foucault, 2002, p. 106, 2013f, p. 778, 2018, p. 37). Gracias a la vigilancia, el poder disciplinario se convierte en un sistema integrado en la institución, evitando el uso de técnicas más físicas o violentas (Foucault, 2002, p. 108). Para poder ejercer dicha vigilancia, se precisa de estructuras físicas que hagan visibles a quienes están dentro y permitan intervenir sobre ellos, desarrollándose las estructuras panópticas. En este sentido, el Panóptico de Bentham ilustra la fórmula política y técnica de la microfísica del poder disciplinario que lo ve todo sin ser visto, difundándose en la sociedad en general y dando lugar a una sociedad panóptica por el hecho de vivir en un sistema disciplinario (Foucault, 2002, 2005, 2006, 2012a).

La arquitectura del panóptico, que es la base para su función, se caracteriza por su forma espacial que permite la vigilancia desde un punto central que representa al “soberano perfecto” (Foucault, 2002, 2006, p. 75, 2012a, 2018, pp. 244-246). En la periferia, la construcción tiene una forma de anillo y, en el centro se sitúa una torre con anchas ventanas que se abren en la cara interior del anillo. La construcción periférica está dividida en celdas, en las que encerrar a un loco, un enfermo, un condenado, un obrero o un escolar. Basta entonces con situar un vigilante en la torre central para que, por efecto de la contraluz, pueda vigilar constantemente a los individuos situados en las celdas de la periferia. Sin embargo, quienes se encuentran en su interior son vistos pero no pueden ver, convirtiéndose así en objeto de información pero sin

posibilidad de comunicación. Gracias a esta disociación de la pareja ver/ser visto, el panóptico permite la vigilancia del mayor número de personas con los mínimos recursos humanos y, consecuentemente, automatiza y desindividualiza el poder, a la vez que se individualiza a aquellos sobre los que recae (Foucault, 2002, pp. 121-125, 2018, pp. 223, 224). En definitiva, es un mecanismo a través del cual el poder que actúa en una institución cobra la máxima fuerza, por lo que el filósofo lo califica como un multiplicador y un intensificador de poder, evitando tener que recurrir a medios de fuerza para obligar a una buena conducta (Foucault, 2002, pp. 121-123, 2005, p. 84).

Por otro lado, el examen, definido como “la vigilancia permanente, clasificadora, que permite distribuir a los individuos, juzgarlos, medirlos, localizarlos y, por lo tanto, utilizarlos al máximo”, es uno de los instrumentos de los que dispone la disciplina para la singularización de los individuos (Foucault, 2013f, p. 778). El examen resulta de la combinación de la vigilancia jerárquica y la sanción normalizadora, permitiendo calificar, clasificar y castigar (Foucault, 2002).

El hospital es una de las instituciones donde se aplicó el examen. Foucault (2002, pp. 113-117) describe cómo, en el siglo XVIII, el hospital se convirtió en un aparato de examinar. En concreto, el ritual de la visita del médico sitúa al enfermo en una situación de examen casi perpetuo. En consecuencia, por un lado, los médicos adquieren poder dentro de las instituciones y, por otro lado, el hospital, además de un lugar de asistencia, se convierte en un lugar de formación y de confrontación de conocimientos. En definitiva, el examen se convierte en un procedimiento que constituye al individuo como objeto y efecto de saber, garantizando (junto con vigilancia jerárquica y la sanción normalizadora) las funciones disciplinarias y la individualidad celular.

En cualquier caso, la tecnología disciplinaria no debe ser identificada con una institución o aparato, sino que puede encontrarse en entornos diversos como la escuela, el taller, el hospital o el ejército (Foucault, 2002, 2013g, pp. 896, 897). Mientras que las prisiones son instituciones especializadas en el poder disciplinario, otras como las escuelas o los hospitales utilizan la disciplina como instrumento (Foucault, 2002, p. 130). En todas estas instituciones, “los individuos son individualizados en la multiplicidad”, formándose una “tecnología individualizante del poder” que les mira a fondo y a su comportamiento; una “anatomía política que se dirige a los individuos hasta anatomizarlos” (Foucault, 2013g, pp. 896, 897).

A continuación, se analizan dos de las instituciones disciplinarias que fueron objeto de estudio por parte de Foucault: la prisión y el hospital.

Por un lado, en *Vigilar y Castigar*, Foucault (2002) describe las prisiones como aparatos disciplinarios exhaustivos, en las que existe un control absoluto del tiempo y las actividades de los detenidos. La prisión, que implica la privación de libertad y la transformación técnica de los individuos, es omnidisciplinaria. En ella se da una disciplina incesante -pues su acción sobre el individuo debe ser ininterrumpida- y una disciplina despótica -ejerciendo su poder sobre todos los detenidos mediante mecanismos de represión y de castigo-, con el objetivo de producir individuos obedientes (Foucault, 2002, p. 141, 2013g, pp. 899, 900).

Foucault (2002, pp. 142-165) analiza los principios de la prisión. En primer lugar, según el principio de corrección, la detención penal debe buscar la transformación del comportamiento del individuo. En segundo lugar, la prisión produce un aislamiento respecto al mundo exterior y también respecto a los demás detenidos, pues se considera que la pena debe ser individual e individualizante y la soledad se convierte en promotor de la reflexión. En tercer lugar, a partir del principio de clasificación, los detenidos deben ser repartidos, más que por delito, por su edad, sus disposiciones, las técnicas de corrección a utilizar y las fases de su transformación. En

cuarto lugar, el trabajo aparece como obligación y como derecho, siendo este uno de los elementos esenciales para la transformación y la socialización de los detenidos. En quinto lugar, según el principio de la modulación de las penas, estas deben modificarse según la individualidad de los detenidos y los resultados obtenidos. En sexto lugar, atendiendo al principio de la educación penitenciaria, la educación es una precaución indispensable en interés de la sociedad a la vez que una obligación frente al detenido. En séptimo lugar, el principio del control técnico de la detención defiende que el régimen de la prisión debe ser controlado y desarrollado por un personal especializado con capacidad moral y técnica para velar por la buena formación de los individuos, incluyendo un servicio social y otro médico-psicológico. Finalmente, en octavo lugar, en la prisión existen castigos y recompensas que, además de perseguir el cumplimiento del reglamento, pretenden hacer efectiva la acción de la prisión sobre los reclusos.

En la prisión, el conocimiento del preso adquiere un carácter central (Foucault, 2002, 2018). El intelectual entiende que en esta institución no es suficiente conocer la decisión judicial y aplicarla, sino que es necesario obtener información constantemente del detenido para la operación penitenciaria y que la pena resulte útil para la sociedad. El criminal se convierte así en “un individuo a quien conocer” y “un objeto de saber posible” (Foucault, 2002, pp. 151, 152). Este saber incluye los antecedentes penales y el expediente judicial, la biografía o el carácter de la persona. De esta forma, estas instituciones se abren “a todo un campo de saberes posibles” (Foucault, 2018, pp. 109, 110). Además, Foucault (2002, pp. 184, 185) describe cómo el exceso es una constante en el funcionamiento disciplinario de las prisiones, donde se utilizan prácticas abusivas y el castigo llega a adquirir un carácter terapéutico y legal. De esta forma, el sistema carcelario vuelve natural y legítimo el poder de castigar y rebaja la tolerancia a la penalidad.

Por otro lado, en la década de los 70, Foucault se dedicó a explorar las tecnologías de dominación, especialmente la disciplina en entornos como los hospitales, pues no sólo la cárcel resulta de la aplicación de la disciplina (Castro, 2011; Foucault, 2002, 2018; Moreno-Mulet, 2016). El filósofo francés llega a establecer un paralelismo entre ambas instituciones: “el hospital es para el cuerpo lo que la prisión es para el alma” (Foucault, 2018, p. 110).

En el caso de las instituciones sanitarias, y especialmente los hospitales, la introducción de los mecanismos disciplinarios ha permitido su medicalización (Foucault, 2013f). Por consiguiente, gracias a la introducción de una disciplina hospitalaria, ésta se ha transformado en una disciplina terapéutica y el hospital en un espacio terapéutico (Foucault, 2002, 2005, 2013f; Moreno-Mulet, 2016). Dicha disciplina hospitalaria reúne varias características principales: los centros sanitarios se ubican en una localización estratégica -y en ellos se lleva a cabo la distribución espacial de los enfermos-, el médico adquiere un fuerte carácter institucional y se organizan sistemas de registro de toda la actividad que se lleva a cabo en los centros sanitarios (Foucault, 2013f, pp. 779-781; Moreno-Mulet, 2016).

En concreto, la localización del hospital no debe suponer un peligro para la salud de la ciudad y su estructura y su distribución interna constituyen un medio de intervención sobre el enfermo (Foucault, 2013f, pp. 779, 780). En su interior, la distribución espacial separa a los enfermos, divide el espacio y clasifica las enfermedades, es decir, organiza lo múltiple para imponer un orden (Foucault, 2002, p. 90). Además, se organiza un sistema de registro permanente y completo de todo lo que ocurre en el interior, convirtiéndose en un lugar de producción del saber médico (Foucault, 2013f, p. 781). Del mismo modo que en las prisiones el preso es objeto de saber, en los hospitales se produce el mismo proceso, buscando conocer al hombre como cuerpo (Foucault, 2018, p. 110). La aplicación de la disciplina en el espacio médico, junto con la posibilidad de aislar a cada individuo, genera una medicina individualizante, en la que el

individuo es observado, vigilado, conocido y curado, es decir, el individuo (y la población) surge como objeto del saber y de la práctica médica (Foucault, 2013f, p. 728).

Respeto al hospital psiquiátrico, Foucault (2018, p. 18) lo describe como “el lugar institucional en el cual y por el cual se produce la expulsión del loco”. Foucault (2005, pp. 14, 15) describe cómo, dentro de esta institución, el loco es el blanco de cierta relación de autoridad que va a traducirse en decisiones, órdenes y disciplinas. Esta relación de autoridad, que se ejerce de forma permanente sobre el loco dentro del hospital, reproduce el papel del médico dentro de la comunidad científica y la sociedad, así como las relaciones de poder características de la sociedad (Foucault, 2018). En el caso de la psiquiatría, la máquina de curación es el propio hospital que, gracias a su carácter panóptico, permite la visibilidad permanente. De esta forma, la disposición arquitectónica, la organización del espacio, la manera de distribuir a los individuos en ese espacio, el modo de circulación por él y el modo de observar y ser observado adquiere valor terapéutico (Foucault, 2005, pp. 108, 109). Consecuentemente, el orden y la disciplina permiten, por un lado, la condición para la curación permanente y, por otro lado, la constitución del saber médico al permitir una relación de objetividad (Foucault, 2005). El paciente, además de blanco de la relación de poder político, se convierte en el objeto de un saber y discurso científico; y, paralelamente, se genera un discurso científico que circulará en el exterior como saber sobre la locura (Foucault, 2018, p. 19).

En los hospitales psiquiátricos, se espera que se produzca la curación a partir de la combinación de diferentes elementos: el aislamiento del asilo, el uso de medicamentos como los opiáceos, una serie de coerciones propias de la vida asilar (como “la disciplina, la obediencia a un reglamento, una alimentación determinada, horas de sueño y de trabajo”), los instrumentos físicos de coerción y la medicación psicofísica. Sin embargo, determinados procedimientos, que son utilizados inicialmente con fines clínicos, acaban siendo usados como mecanismos de castigo, como el caso del electroshock. Igualmente, determinados medicamentos, cuyo objetivo es aparentemente calmar el sistema nervioso central del paciente, se utilizan para prolongar el sistema asilar y disciplinario. La hipnosis también es utilizada como instrumento de poder disciplinario por su efecto sedativo, como el interrogatorio o la droga. Igualmente, las rutinas son utilizadas como elementos terapéuticos (Foucault, 2005, pp. 145-147, 156, 289).

En estos establecimientos, el poder está de un solo lado y siempre se debe empezar con esa marcación del poder, pues se precisa de la docilidad del enfermo en su tratamiento para que acepte las prescripciones formuladas por el médico. En este sentido, la labor del médico juega un papel fundamental en la cura, llegando a confundirse con la acción de la institución y sus reglamentos, de tal forma que la propia arquitectura, los instrumentos utilizados y los profesionales producen un efecto de conjunto. La sola presencia del médico ya es un elemento de poder en sí mismo, debiendo estar el psiquiatra presente por todos lados para poder ver y estar informado de todo, ya sea directamente o a través de la comunicación con el resto de personal del centro (Foucault, 2005, pp. 150-152, 169, 186).

Foucault (2005) recoge varias situaciones de la obra de Pinel que reflejan la atención que reciben los enfermos de salud mental. En una de ellas, una persona es contenida físicamente entre varias personas. El filósofo denuncia que la operación terapéutica no pase por el reconocimiento de las causas de la enfermedad y no sean necesarios ni el diagnóstico ni el discurso de la verdad. Además, los procedimientos son aplicados, no como respuesta a comportamientos patológicos, sino como una muestra de fuerza en el enfrentamiento entre la voluntad del médico y la del enfermo. Este ejercicio de poder genera en la víctima el temor al castigo, lo que el filósofo interpreta como un triunfo de la voluntad del médico sobre la del enfermo y un reflejo del

modelo médico que constituía la medicina clínica. En otra de ellas, el filósofo recoge cómo la locura del rey Jorge III le despoja de todas sus atribuciones personales y lo reduce a un ser alienado. Se produce así un decreto de destitución del rey y del poder que representa, es decir, el poder secular del rey se derrumba frente al poder disciplinario. Finalmente, en la misma clase, Foucault describe la escena en la que Pinel ordena liberar a los enfermos mentales de las cadenas que los amarraban a las celdas del hospicio francés de Bicêtre, expresando los enfermos su reconocimiento y agradecimiento a Pinel y entrando en el camino de la curación. El filósofo interpreta esta acción como una deuda de reconocimiento entre el liberador y los recién liberados, que se salda con la obediencia de estos últimos. A partir de este momento, los enfermos son sometidos a la voluntad de los liberadores en vez de a la fuerza de las cadenas, es decir, triunfa la obediencia frente a la sujeción física. Foucault traza un paralelismo entre la caída de Jorge III y la liberación de los enfermos de Bicêtre. A su parecer no se trata de una escena de humanismo, sino que supone la traslación desde un poder soberano (representado por las cadenas) hacia otro también de sujeción (representado por la obediencia y la disciplina).

En las instituciones psiquiátricas se desarrolla una modalidad de poder meticuloso y calculado al que Foucault (2005, pp. 16-28, 145, 173) denominó poder psiquiátrico, es decir, una intervención terapéutica cuya función es intensificar la realidad frente a la locura. En este contexto, el filósofo considera que el individuo es “el efecto del poder en cuanto éste es un procedimiento de individualización” y la institución “neutraliza las relaciones de fuerza o sólo las hace actuar en el espacio definido por ella”. Los propios profesionales -en conjunto, no sólo los médicos-, con su físico superior al de los pacientes, ejercen así poder sobre estos, de tal forma que el enfermo se ve totalmente rodeado y supeditado a la voluntad del médico y el reglamento general del asilo. Por lo tanto, en su nivel capilar, el poder psiquiátrico afecta al individuo, volviéndose un poder físico y violento que obedece a la microfísica de los cuerpos.

Más allá de las instituciones disciplinarias, Foucault (2002, 2005, 2018) defiende que vivimos en una sociedad de poder disciplinario, que se ha formado a partir de infiltración generalizada de la disciplina. Así, en *Vigilar y Castigar*, Foucault (2002, pp. 127-129) explica los motivos por los que se extendieron las instituciones disciplinarias dando paso a las sociedades disciplinarias. Por un lado, la función de las disciplinas deja de ser sólo la de neutralizar los peligros para, además, aumentar la utilidad de los individuos sobre los que se ejerce. Por otro lado, a la vez que se multiplican los establecimientos de disciplina, sus mecanismos tienden a desinstitucionalizarse. Finalmente, la generalización de los mecanismos de disciplina lleva al registro permanente del comportamiento de los individuos. Entre estos sistemas disciplinarios destacan la fijación espacial, la extracción óptima del tiempo, la explotación de las fuerzas del cuerpo, la constitución de una vigilancia constante junto con un poder punitivo inmediato y la organización de un poder reglamentario (Foucault, 2005, pp. 76, 82).

La sociedad disciplinaria está caracterizada por la relación vigilar-castigar, que posibilita la fijación de los individuos en el aparato de producción y la constitución de las fuerzas productivas (Foucault, 2018, p. 216). Respecto al castigo, en *Vigilar y Castigar*, Foucault (2002) estudia la evolución de la tecnología del castigo, que consta de tres momentos: el suplicio, la punición generalizada y la disciplina.

Además, en este contexto disciplinario, aparecen los ilegalismos, como aquellos fallos del espacio disciplinar. La ilegalidad ha sido una constante en la historia de las sociedades y Foucault (2013g, p. 895) se refiere a ella como una de las condiciones de vida, lo que significa que ciertas cosas se escapan al poder y este no tiene el control sobre ellas. Desde esta perspectiva, los ilegalismos están tan profundamente anclados y son tan necesarios para la vida de cada capa

social, que tienen en cierto modo su coherencia y su economía propias (Foucault, 2002). El profesor del Collège describe cómo la sociedad francesa del siglo XVIII toleraba y convivía con los ilegalismos de una forma generalizada. Así, durante el Antiguo Régimen, la sociedad burguesa participaba y se beneficiaba de ellos. Sin embargo, a finales del siglo XVIII, la burguesía tomó el poder político, lo que le permitió adaptar las estructuras de poder a sus intereses económicos. En concreto, el ilegalismo popular pasó a ser una amenaza para el sistema, por lo que se establecieron sistemas de vigilancia a todas las capas populares y se creó un nuevo sistema de control penitenciario y carcelario (Foucault, 2012a, pp. 92-95).

En segundo lugar, tras haber abordado la disciplina, se profundiza en el concepto foucaultiano de la seguridad. La seguridad es entendida como el mecanismo regulador del poder del Estado en relación a la salud de la población, identificativo de las nuevas formas de gubernamentalidad que trata de regular y normalizar los aspectos vinculados a las poblaciones (Foucault, 2006).

A partir de la segunda mitad del siglo XVIII, se desarrolló el poder sobre la población (por encima del poder sobre los individuos), surgiendo la biopolítica en oposición a la anatomopolítica (Foucault, 2013g, p. 898). Esta nueva forma de gobernar nace de la necesidad de respetar la libertad de los individuos: “sociedad, economía, población, seguridad, libertad: esos son los elementos de la nueva gubernamentalidad” (Foucault, 2006, pp. 336, 337). Esta nueva forma de gubernamentalidad a la que hace referencia el filósofo francés está íntimamente relacionada con la biopolítica y el biopoder.

Por un lado, la biopolítica es definida como “la forma en que, a partir del siglo XVIII, se han intentado racionalizar los problemas que planteaban a la práctica gubernamental fenómenos propios de un conjunto de seres vivos constituidos como población: salud, higiene, natalidad, longevidad, razas, etc.” (Foucault, 2013g, p. 865). De esta forma, se presta atención a la higiene pública, la natalidad o la mortalidad, a la vez que aparece la estadística como técnica de observación de la población. De esta forma, la vida y el cuerpo se convierten en objetos de poder, no como cuerpos, sino como miembros de una población (Foucault, 2013g, p. 898).

Por otro lado, Foucault (2006, p. 15) define el biopoder como “el conjunto de mecanismos por medio de los cuales aquello que, en la especie humana, constituye sus rasgos biológicos fundamentales, podrá ser parte de una política, una estrategia política, una estrategia general de poder”. Así, la biopolítica es el poder que se ejerce sobre la vida, con el fin de administrarla y controlarla. Esta nueva forma de poder tiene como objetivo la población y como instrumento técnico los dispositivos de seguridad (Moreno-Mulet, 2016).

Foucault (2006) insiste en *Seguridad, Territorio y Población* en diferenciar los conceptos de seguridad y disciplina, a partir de la biopolítica y el biopoder. En cuanto a las cuestiones de espacio, Foucault (2006, pp. 23, 24) entiende que “la soberanía se ejerce en los límites de un territorio, la disciplina se ejerce sobre el cuerpo de los individuos y la seguridad se ejerce sobre el conjunto de una población”. Un requisito para que haya disciplina es la existencia de una multiplicidad y un objetivo que obtener de ella, pues la disciplina permite manejar e individualizar la multiplicidad, y para ello recurre a la distribución espacial. En el caso de los dispositivos de seguridad, requieren de la condición de libertad, es decir, libertad de movimiento, de desplazamiento y de circulación de personas. En cuanto a su funcionamiento, la disciplina funciona aislando un espacio, delimitando el espacio en el que lo reglamenta todo para ejercer su poder. La función esencial de la disciplina es impedir todo, aun y en particular el detalle. En cambio, la seguridad deja hacer, dentro de un nivel de permisividad que resulta indispensable. Por lo tanto, la disciplina prescribe y codifica lo permitido, lo obligatorio y lo

prohibido: “una buena disciplina es la que nos dice en todo momento lo que debemos hacer”. Por su parte, la seguridad, sin prohibir ni prescribir (y aunque eventualmente se den algunos instrumentos vinculados con la interdicción y la prescripción), “tiene la función esencial de responder a una realidad de tal manera que la respuesta la anule, la limite, la frene o la regule” (Foucault, 2006, pp. 57-61).

En definitiva, Foucault (2006, p. 115) defiende que no se produce un reemplazo de una sociedad de soberanía por una sociedad de disciplina y luego por una de gobierno. Se trata de “un triángulo: soberanía, disciplina y gestión gubernamental, una gestión cuyo blanco principal es la población y cuyos mecanismos esenciales son los dispositivos de seguridad”. Desde esta perspectiva, los dispositivos de seguridad tienen por objetivo la seguridad de la población y posibilitan su control, permitiendo que haya circulación de esta, pero anulando los peligros inherentes a dicha circulación. Estos mecanismos de seguridad no se establecen en el eje de la relación “entre el soberano y los súbditos” ni pretenden garantizar la obediencia ni la pasividad de los segundos al primero, sino que tienden a la anulación de los fenómenos, pero sin adoptar la forma de la prohibición. En concreto, los mecanismos de seguridad incluyen técnicas de vigilancia, diagnóstico y clasificación (Foucault, 2006, pp. 19, 20, 74, 75, 117).

Específicamente, el profesor del Collège describe las características de los “dispositivos de seguridad” que se utilizaron con la epidemia de la viruela y las campañas de inoculación del siglo XVIII. Estos dispositivos deben tener una finalidad preventiva y demostrar su eficacia con un éxito casi total. Además, es necesario que se puedan generalizarse a la totalidad de la población y no deberían suponer grandes dificultades materiales o económicas. Finalmente, estos dispositivos son completamente ajenos a toda teoría médica y tratan de evitar la denominada “enfermedad reinante”, es decir, una enfermedad consustancial, que se confunde entre otros elementos, con un grupo de gente. En este sentido, entiende que hay riesgos diferenciales según la edad, las condiciones, los lugares o los medios (Foucault, 2006).

5.2.3. Los conceptos de Foucault relacionados con las prácticas individuales: la normalización y la resistencia

A continuación, se presentan los conceptos foucaultianos de normalización y resistencia, que pueden relacionarse con las prácticas individuales de los profesionales en el uso de las contenciones físicas.

En primer lugar, se aborda el concepto de la normalización. Castro (2011) recoge cómo Foucault defiende que, en su forma moderna, el poder se ejerce en un dominio que no es el de la ley, sino el de la norma, y no simplemente reprime una individualidad dada, sino que positivamente la constituye y la conforma. Desde esta convicción, surge el concepto de normalización para referirse al proceso de regulación de la vida y las conductas tanto de los individuos como de las poblaciones.

Para comenzar con el abordaje de este concepto, se va a partir de la función normalizadora de la disciplina, partiendo de la base que la disciplina normaliza. La ley consiste en codificar una norma, sin embargo, al margen del sistema de leyes, se desarrollan las técnicas de normalización. La disciplina normaliza, mediante un proceso de descomposición de los individuos, los lugares y los tiempos en elementos que son suficientes para percibirlos, clasificarlos y modificarlos. Además, la disciplina fija los procedimientos de control y hace una partición entre lo normal y lo anormal, por lo que, a partir de esta noción de norma y

normalización, la normalización disciplinaria consiste en plantear un modelo al que la gente, los gestos y los actos deben ajustarse. De esta forma, lo normal es lo que es capaz de adecuarse a esa norma y lo anormal, lo que es incapaz de hacerlo. Por lo tanto, lo fundamental en la normalización disciplinaria no es lo normal y lo anormal, sino la norma (Foucault, 2006, pp. 64, 65). Foucault (2001, p. 150,151) define en *Los anormales* la norma “como regla de conducta, como ley informal, como principio de conformidad; la norma a la que se opone la irregularidad, el desorden, la extravagancia, la excentricidad, el desnivel, la distancia”. En su uso por la medicina funcional y la neurología, la norma es entendida “como regularidad funcional, como principio de funcionamiento adaptado y ajustado; lo ‘normal’ al que se opondrá lo patológico, lo mórbido, lo desorganizado, el disfuncionamiento”. Por lo tanto, dos realidades de la norma: “la norma como regla de conducta y como regularidad funcional; la norma que se opone a la irregularidad y el desorden, y la norma que se opone a lo patológico y lo mórbido”.

En concreto, la normalización tiene una función importante en el sistema sanitario. Según Foucault y como recoge Moreno (2016), el cometido del sistema sanitario es la normalización, muy relacionado con los mecanismos de seguridad. En este sentido, la biopolítica trata de regular y normalizar; es decir, hacer normales los aspectos vinculados a las poblaciones. Desde esta perspectiva, aparece el concepto de Biohistoria, al que Foucault (2013j, p. 653) define como “los efectos en el ámbito biológico de la intervención médica”, pudiendo tener efectos en la historia de la especie humana. En los años 1940-1950, el cuerpo del individuo se convierte en uno de los principales objetivos del Estado. En la actualidad, se produce una medicalización de la sociedad. Por un lado, no todas las intervenciones médicas responden a las demandas de los enfermos, sino que responden a ciertos procedimientos protocolizados ante determinadas situaciones (p. ej.: el peritaje psiquiátrico tras un delito). De esta forma, la medicina se impone al individuo, enfermo o no, como un acto de autoridad. Por otro lado, los objetos que constituyen el campo de intervención de la medicina no se reducen únicamente a las enfermedades, sino que se incluye la salud como objeto de intervención médica (Foucault, 2013a, pp. 639, 644-650).

Por lo tanto, la medicina está dotada de un poder autoritario con funciones normalizadoras, excediendo la existencia de las enfermedades y la demanda del enfermo. De esta forma, en el siglo XX, los médicos “están a punto de inventar una sociedad, que ya no es una sociedad de la ley, sino de la norma. Lo que rige la sociedad ya no son los códigos sino la distinción permanente entre lo normal y lo anormal, la tarea perpetua de restituir el sistema de la normalidad” (Foucault, 2013a). Como consecuencia, la existencia, la conducta, el comportamiento, el cuerpo humano se medicalizan de forma cada vez más intensa, siendo mayor esta medicalización cuanto menos deja fuera de control (Foucault, 2013j, p. 654). El control de la sociedad sobre los individuos se ejerce así en el cuerpo y con el cuerpo: “el cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica” (Foucault, 2013j, p. 655).

En el interior de la sociedad disciplinaria, Foucault (2018, pp. 223-238) analiza el papel de las instituciones de encierro como instituciones de normalización, cuya función es fabricar la normativa social. Estas instituciones se caracterizan por secuestrar el tiempo de los individuos, es decir, someter el tiempo de la vida al tiempo de producción, realizar un control directo o indirecto de su existencia y desarrollar un juicio permanente e ininterrumpido. Se describe entonces al individuo en función de su distancia respecto a la norma. Esta norma, que no es la media, es “en cierto modo no una noción sino una condición de ejercicio de aquella discursividad a la vez ininterrumpida en el tiempo, proferida desde afuera por una autoridad y ajustada necesariamente a lo que es normal y lo que es anormal”.

En el marco de esta normalización, aparece la sanción normalizadora, dado que en entornos diferentes como el taller, la escuela o el ejército reina una micropenalidad del tiempo, de la actividad, de la manera de ser, de la palabra, del cuerpo y de la sexualidad. Simultáneamente, “se utiliza, a modo de castigos, una serie de procedimientos sutiles, que van desde el castigo físico leve, a privaciones menores y a pequeñas humillaciones”. De esta forma, los pequeños aspectos de la conducta son castigables, a la vez que todos los elementos del aparato disciplinario adquieren una función punitiva (Foucault, 2002, p. 110).

En concreto, Foucault (2002, pp. 184-186) detalla el efecto del sistema carcelario en la normalización, la legitimación, e incluso la legalización, del poder de castigar. En consecuencia, se rebaja el umbral de tolerancia a la penalidad, tendiendo a suprimir aquello exorbitante en el ejercicio del castigo. De esta forma, se infligen castigos legales en un contexto en el cual aparecen como liberados de todo exceso y de toda violencia. En definitiva, lo carcelario naturaliza el poder legal de castigar a la vez que legaliza el poder técnico de disciplinar. Desde esta perspectiva, el filósofo acaba describiendo cómo nos encontramos ante un “profesor-juez, médico-juez, educador-juez, trabajador social-juez que hacen reinar la universalidad de lo normativo”, sometiendo cada uno desde su espacio de acción a la persona para la que trabajan. En este sentido, los sistemas de inserción, de distribución, de vigilancia, de observación han sido el soporte del poder normalizador. Esta normalización se ve ante determinadas prácticas, llegando a considerar terapéuticos mecanismos punitivos.

En definitiva, esta difusión de la normalización más allá de las instituciones disciplinarias, lleva a Foucault a defender que las sociedades modernas no son simplemente sociedades de disciplinarización, sino también de normalización (Castro, 2011).

En segundo lugar, la resistencia hace referencia a las acciones y las luchas que se establecen en torno a las relaciones de poder, especialmente cuando están dirigidas a luchar contra los discursos opresores (Castro, 2011). En el capítulo *¿Es inútil sublevarse?*, Foucault (2013b, pp. 861-864) reconoce el derecho de las personas a rebelarse contra el poder. Este derecho existe más allá de las coerciones y las amenazas y ha permitido la llegada de la revolución.

Como recoge Castro (2011), desde la perspectiva foucaultiana, las posibilidades reales de resistencia comienzan cuando dejamos de preguntarnos si el poder es bueno o malo, legítimo o ilegítimo y nos interrogamos sus condiciones de existencia. En este sentido, Foucault (2012b, p. 208) defiende que, desde el momento mismo en que se da una relación de poder, existe una posibilidad de resistencia. Por lo tanto, “nunca nos vemos pillados por el poder: siempre es posible modificar su dominio en condiciones determinadas y según una estrategia precisa”.

En *La ética del cuidado de sí como práctica de la libertad*, Foucault (2013d, pp. 1029, 1037, 1038, 1043) analiza la relación entre poder y resistencia, concluyendo que la libertad es la condición indispensable para que se produzcan las acciones de resistencia. El poder, o más bien las relaciones de poder, están inscritas en todas las relaciones humanas. Esto que no quiere decir que el poder político esté en todas partes, sino que en las relaciones humanas entre individuos, intrafamiliares, así como en una relación pedagógica o en el cuerpo político se dan relaciones de poder. Desde esta perspectiva, las relaciones de poder son entonces juegos estratégicos mediante los cuales los individuos intentan conducir y determinar la conducta de los otros, siendo estas móviles (se pueden modificar), reversibles e inestables. El filósofo francés rechaza que el poder sea un sistema de dominación que lo controle todo, sin dejar ningún espacio a la libertad. En su lugar, defiende que, si existen relaciones de poder a través de todo el campo

social, es porque por todas partes hay libertad y, por lo tanto, en las relaciones de poder existe necesariamente la resistencia.

En ocasiones, el análisis de las relaciones de poder conduce a estados de dominación, en los que “las relaciones de poder, en lugar de ser móviles y permitir a los diferentes intervinientes una estrategia que las modifique, se encuentran bloqueadas y fijas”. En dichas situaciones, las prácticas de libertad son inexistentes, existen sólo unilateralmente o están acotadas o limitadas. Por lo tanto, en estos casos, la liberación es “la condición política o histórica para una práctica de la libertad”: “la liberación abre un campo para nuevas relaciones de poder, que es cuestión de controlar mediante prácticas de libertad” (Foucault, 2013d, p. 1029).

A partir de este binomio poder-resistencia, surgen algunas de las características de esta última. La resistencia puede ejercerse a nivel individual o colectivo (ya sea por parte de una minoría o una mayoría), pero siempre en ejercicio de la libertad (Foucault, 2013b, pp. 861-864). Además, la resistencia al poder no proviene de un exterior a él, sino que es contemporánea e integrable a las estrategias de poder (Castro, 2011). En *Los intelectuales y el poder*, Foucault (2013i, p. 439) defiende que “cada lucha se desarrolla en torno a un centro particular de poder”, ya sea un lugar de trabajo o en el entorno familiar, por ejemplo. Igualmente, según Foucault (2002), una de las características de las formas de luchas de poder o resistencias es que se oponen a la realización de ciertas acciones cuyo ejercicio resulta insoportable para el individuo al que se las imponen. Estas resistencias no tienen por qué mejorar la situación individual de quien las realiza, sino que basta que el individuo se oponga a la realización de determinadas prácticas. En la sociedad contemporánea, el filósofo francés argumenta que se está produciendo un posicionamiento que hace que determinadas personas, sin llegar a luchar de forma explícita contra las normas del Estado, tampoco aceptan su imposición; por lo tanto, al “no jugar” con las normas impuestas, impiden “que el juego continúe” (Foucault, 2013e; Moreno-Mulet, 2016). De esta forma, la primera forma de lucha y de inversión de poder es denunciar públicamente lo que sucede en estos núcleos, romper el silencio, forzando la red de información institucional (Moreno-Mulet, 2016).

Respecto a las formas de resistencia teorizadas por el profesor del Collège, las contraconductas son rebeliones de conducta que se desarrollan frente al poder pastoral y contra los vínculos de obediencia con el Estado. Tal y como la define en *Seguridad, Territorio y Población*, la contraconducta es “la lucha contra los procedimientos puestos en práctica para conducir a los otros” y tiende a redistribuir, invertir, anular y descalificar parcial o totalmente el poder establecido (Foucault, 2006, pp. 199, 203, 339). Por lo tanto, se trata de una acción concreta que lleva a cabo una persona determinada, convirtiéndose en una rebelión individual de la conducta (Moreno-Mulet, 2016).

Paralelamente, el filósofo explica que la resistencia o las contraconductas tienen sus propios discursos a los que define como contradiscursos (Moreno-Mulet, 2016). El contradiscurso es una “especie de discurso contra el poder” mantenido por los grupos oprimidos. Foucault (2013i, pp. 436, 439) defiende que lo importante es conocer estos contradiscursos, por encima de las grandes teorías sobre los fenómenos, como la perspectiva de los delincuentes sobre la prisión.

Tras haber expuesto las características de las contraconductas y los discursos que le son propios, el intelectual francés analiza cómo se llevan a término las prácticas de resistencia y los elementos sobre los que se construyen los contradiscursos. En ese sentido, el filósofo cuestiona cómo se ha producido la constitución como sujetos que ejercen o sufren relaciones de poder.

Para contestar a esta pregunta, se cierra la triada foucaultiana: saber-poder-sujeto (Moreno-Mulet, 2016).

Las técnicas de sí de subjetivación aparecen como aquellas que permiten la constitución de un sujeto y una subjetividad, posibilitando la organización de una conciencia de sí (Foucault, 2013c). Foucault (2013l, p. 907) define las técnicas de sí como “los procedimientos que son propuestos o prescritos a los individuos para fijar su identidad, mantenerla o transformarla en función de cierto número de fines, y todo ello gracias a las relaciones de dominio de sí sobre uno mismo o de conocimiento de uno por sí mismo”. De esta forma, las técnicas de sí permiten a los individuos efectuar, solos o con la ayuda de otros, algunas operaciones sobre su cuerpo y su alma, sus pensamientos, sus conductas y su modo de ser, así como transformarse, a fin de alcanzar cierto estado de felicidad, de fuerza, de sabiduría, de perfección o de inmortalidad (Foucault, 2013h, pp. 1070, 1071).

5.3. La teoría de la deshumanización

En este apartado, se presenta la teoría de segundo rango que guía este estudio: la teoría de la deshumanización. Especialmente, se presta atención al modelo dual propuesto por Haslam (2006) y, posteriormente, se analiza el proceso de la deshumanización.

Durante la historia de la humanidad se han producido numerosos episodios en los que el ser humano ha sido capaz de tratar a las personas que no pertenecen a su grupo de una forma realmente denigrante (Boudjemadi et al., 2017; Martínez et al., 2017). Durante la Antigua Roma o la Antigua Grecia, las cruzadas, en tiempos del Apartheid o durante la Segunda Guerra Mundial, los otros fueron percibidos como menos humanos, lo que derivó en su maltrato (Boudjemadi et al., 2017). Por ejemplo, los campos de concentración nazis reflejan cómo las personas pueden deshumanizar al exogrupo (entendido como el grupo social con el que uno no se identifica), denigrándolo y maltratándolo con el objetivo de exterminarlo (Martínez et al., 2017). Sin embargo, recientes investigaciones han mostrado que la deshumanización puede presentar formas más sutiles y producirse en ausencia de conflicto (Haslam, 2006).

La deshumanización es una forma de usurpación de las cualidades que hacen de la persona un ser humano (Rodríguez Pérez et al., 2010). Algunas de estas cualidades -como la inteligencia, el amor, la felicidad, los valores, las creencias morales, el lenguaje y el pudor- se tienen o no se tienen y son todas necesarias. Por ello, la deshumanización no tiene grados: o se es humano o no se es humano. Se trata de un fenómeno generalizado que ocurre en una pluralidad de contextos y escenarios. Pese a que la forma más flagrante de deshumanización surge en contextos de violencia intergrupal y predice conductas agresivas y extremas como la tortura, también puede adoptar formas más sutiles en algunos contextos interpersonales e intergrupales (Haslam, 2006; Haslam & Loughnan, 2014; Martínez et al., 2017). En cualquier caso, la deshumanización es la violación más sorprendente de nuestra creencia en una humanidad común (Haslam & Loughnan, 2014)

Según Haslam (2014), las teorías de la deshumanización pueden clasificarse en dos grandes grupos: las teorías tempranas y aquellas que aportan una “nueva mirada” a la deshumanización. Las primeras incluyen las propuestas por los autores Kelman, Staub, Opatow, Bandura, Schwartz y Struch y Bar-Tal. Estos abordajes contextualizan la deshumanización como un fenómeno extremo, observado en condiciones de conflicto y que autoriza la realización de actos violentos hacia los miembros del exogrupo (Haslam & Loughnan, 2014; Rodríguez Pérez et al., 2010). Entre

las segundas, se encuentran la teoría de la infrahumanización de Leyens (2001), el modelo dual de la deshumanización de Haslam (2006), la teoría de Harris y Fiske (2006) sobre la percepción deshumanizada y, finalmente, el estudio de las atribuciones de la mente a entidades de todo tipo (Gray et al., 2007; Waytz et al., 2010).

A continuación, se presentan las diferentes teorías de la deshumanización, a partir de las clasificaciones propuestas por Haslam y Loughnan (2014) y Rodríguez Pérez (2010).

5.3.1. Las teorías tempranas de la deshumanización

Las teorías tempranas de la deshumanización pueden agruparse en aquellas que definen deshumanización como un proceso de deslegitimación, como la teoría de Bar-Tal (1989), y aquellas que representan la deshumanización a partir de la dimensión moral del ser humano, incluyendo la deshumanización como exclusión moral (Opatow, 1990), como disparador de crímenes en masa (Kelman & Hamilton, 1989), como respuesta derivada de la desconexión moral del individuo (Bandura, 1999) y como resultado de jerarquías de valores discrepantes (Schwartz & Struch, 1989).

Por un lado, según Bar-Tal (1989), la deshumanización es la consecuencia de la deslegitimación del otro compartida colectivamente, siendo las víctimas los miembros de grupos extremos, marginados o con los que existe un conflicto intergrupar. La deslegitimación se lleva a cabo mediante la atribución al exogrupo de características tan extremadamente negativas que le excluyen del escenario humano aceptable y de los valores compartido por los grupos sociales (Bar-Tal, 1989, 2000). Estas categorías incluyen las relativas al mundo animal (ratas), a seres amenazadores (demonios, invasores), proscritos (asesinos, terroristas) y a políticas socialmente inaceptables (nazis, fascistas) (Bar-Tal, 1989, 2000). Este tipo de creencias se acrecientan en contextos de conflicto interétnico y odio y sirven para explicar el conflicto, justificar la agresión por parte del endogrupo y dotarlo de un sentido de superioridad, reforzando la existencia del endogrupo frente a estos conflictos (Haslam, 2006; Haslam & Loughnan, 2014; Rodríguez Pérez et al., 2010). De esta forma, la deslegitimación añade a la cultura del endogrupo un nuevo repertorio de conductas (incluyendo la pena de muerte, la cadena perpetua, la esclavitud, la tortura o el exterminio en los casos más extremos) que, incluso siendo moralmente reprobables, se consideran aceptables y justificadas cuando se dirigen al exogrupo deslegitimizado (Bar-Tal, 1989, 2000)

Por otro lado, las teorías de la deshumanización como exclusión y desconexión moral también tienen como blanco a los extraños, los enemigos o los miembros de grupos desfavorecidos (Rodríguez Pérez et al., 2010).

Kelman (1973) y Staub (1989) fueron los primeros psicólogos sociales que abordaron la deshumanización sistemáticamente, examinándola en el contexto de la violencia de masas (Haslam, 2006; Haslam & Loughnan, 2014). Kelman (1973) presta especial atención a las condiciones bajo las que se debilitan las restricciones morales sobre la violencia. Desde este prisma, la deshumanización implica la negación de la identidad a las personas -entendida como la percepción de la persona como individuo, independiente, distinguible de los demás y capaz de tomar elecciones- y a su comunidad (Haslam, 2006). Kelman (1973) defiende la interrelación de tres procesos que debilitan las restricciones morales contra la violencia: la autorización, la rutinización y la deshumanización. Por un lado, a través de la autorización, la situación se vuelve tan definida que los principios morales estándar no se aplican y se asume la existencia de una

autoridad superior que libera a los individuos de toda responsabilidad sobre sus actos. Por otro lado, la rutinización lleva a considerar la acción, incluso la más terrorífica, como un simple acto administrativo. Por último, la deshumanización incluye un conjunto de creencias y valores que racionalizan la privación de las características definitorias de un ser humano al exogrupo (Kelman & Hamilton, 1989).

En esta línea, la deshumanización se lleva a cabo colocando al exogrupo fuera de los márgenes en los que nos sentimos obligados a aplicar las normas morales, las reglas sociales y las consideraciones morales y de justicia (Rodríguez Pérez et al., 2010). Según Opatow (1990), cuando las personas categorizan el mundo social establecen los “espacios categoriales”, donde unos quedan incluidos y otros excluidos del mundo moral. Los sentimientos de obligación moral quedan reservados para la familia, los amigos y aquellos que comparten valores, normas y cultura. En contextos de paz y prosperidad, el espacio categorial de los amigos es extenso. Cuando se produce un cambio en las condiciones intergrupales (como la emergencia de un conflicto o la sensación colectiva de amenaza), aparecen normas muy fuertes a favor del consenso y la cohesión del endogrupo. Esta contingencia se amplifica o se disminuye en función de la gravedad del conflicto o de la amenaza percibida, de tal forma que cuanto mayor sea gravedad, más reducidos son los límites de aplicación de la justicia (Rodríguez Pérez et al., 2010). Desde esta perspectiva, la deshumanización incluye procesos leves como el distanciamiento psicológico (percibir a los demás como objetos o como no existentes), la condescendencia (tratar a los demás como inferiores, irracionales o infantiles) y la visión técnica (focalizar en la eficiencia sin tener en cuenta los resultados y considerar el daño en parte de una rutina mecánica), provocando todos ellos la indiferencia ante el sufrimiento y el trato injusto de los demás (Haslam, 2006; Haslam & Loughnan, 2014; Opatow, 1990).

Bandura (1999, 2002) complementa los trabajos de Kelman (1973) y Opatow (1990), considerando que deshumanizar es apartar al otro del escenario que obliga a todos los seres humanos a comportarse con sentido moral (Haslam & Loughnan, 2014; Rodríguez Pérez et al., 2010). De esta forma, la deshumanización provoca una desconexión de la autocensura del agresor, cuando este percibe a las víctimas como objetos sub-humanos en lugar de personas con sentimientos, esperanzas y preocupaciones (Bandura, 2002). Este proceso se produce en situaciones aparentemente cotidianas tras haberse desdibujado las restricciones morales que guían las conductas, en las que las personas realizan actividades que favorecen sus intereses, pero que tienen efectos perjudiciales para los otros (Rodríguez Pérez et al., 2010). Por lo tanto, las teorías de Opatow (1990) y Bandura (1999, 2002) muestran cómo la deshumanización hace que el otro parezca moralmente menos valioso y que la persona esté menos sujeto a la autocensura que, de otro modo, podría restringir el comportamiento agresivo.

Esta desconexión moral hace que los individuos perciban su conducta hostil como una reacción: a) moral y socialmente justificada y aceptable; b) más benigna que otras (que también estarían justificadas) del repertorio personal y grupal; c) absolutamente aceptadas. En concreto, mediante el uso de eufemismos, los grupos consiguen que la forma utilizada para nombrar la conducta proporcione un significado más benigno que la acción. Así, el uso de palabras neutras, términos morales o etiquetas que tienen un aspecto parcial del comportamiento consiguen el propósito (p. ej.: daños colaterales a los daños a la población civil por parte del ejército). Estos sistemas de reelaboración cognitiva son extraordinariamente efectivos ya que restringen los mecanismos de autorregulación moral del individuo e incrementan su percepción sobre su propia moralidad (Rodríguez Pérez et al., 2010).

Schwartz y Struch (1989) consideran que la deshumanización se lleva a cabo cuando los valores o las metas centrales de un exogrupo se perciben diferentes de los que posee el endogrupo y, como consecuencia, se les percibe como carentes de humanidad y sus intereses son ignorados (Haslam, 2006; Haslam & Loughnan, 2014; Rodríguez Pérez et al., 2010). Los valores prosociales, como la igualdad y la capacidad de ayudar y de perdonar, son trascendentes, mientras que los valores hedonistas (placer, vida confortable) reflejan “intereses egoístas compartidos con especies infrahumanas”. Por ello, las personas pueden ser deshumanizadas debido a la percepción de que carecen de valores prosociales y/o que sus valores son incongruentes con los valores del propio grupo (Schwartz & Struch, 1989, pp. 153, 155).

5.3.2. *La nueva mirada a la deshumanización*

A continuación se presentan aquellas teorías que, según Haslam (2014), aportan una nueva mirada a la deshumanización.

5.3.2.1. *La teoría de la Infrachumanización*

Frente a estas teorías de la deshumanización como una respuesta limitada a grupos extremos o externos a la moral convencional, estudios recientes presentan la infrachumanización como una atribución diferencial de sentimientos, mostrando que se trata de un fenómeno mucho más corriente de lo que se creía (Rodríguez Pérez et al., 2010). Desde esta perspectiva, la psicología social se ha centrado en el papel que ejerce en la deshumanización el comportamiento social. En este sentido, el estudio de Zimbardo (1986), quien dividió aleatoriamente a los participantes (alumnos de psicología) en dos grupos (carceleros y cautivos), muestra el impacto de los roles sociales en la conducta de los individuos. La interacción entre los presos y los guardias evolucionó de forma casi inadvertida de ser informalmente interpersonal a intergrupala y las conductas de unos y de los otros se ajustaron también a las exigencias de ambos roles, apareciendo rápidamente el conflicto y la violencia psicológica. Este estudio refleja el poder que tiene la situación y el efecto corrosivo que ejerce sobre la mente de todos los individuos en un escenario de relaciones intergrupales (Rodríguez Pérez et al., 2010).

La nueva mirada a los procesos de deshumanización fue iniciada a través de una visión antropológica sobre cómo los grupos étnicos a menudo reservan la esencia humana para ellos mismos. Leyens (2001) teorizó sobre estas formas de etnocentrismo como un proceso generalizado, proponiendo que las personas tienden a percibir a los miembros del exogrupo como menos humanos que a los del grupo propio, incluso en ausencia de conflicto entre ambos. Este proceso puede ser sutil, por lo que acuñaron el término infrachumanización para hacer referencia a este fenómeno, definido como “el fenómeno que integra tanto el favoritismo intragrupal como la derogación de los grupos externos” (Leyens et al., 2003), no limitándose a los exogrupos extremos o a grupos externos al universo moral convencional. Además, Leyens (2000, 2001, 2003) argumenta que las personas atribuyen más emociones secundarias exclusivamente humanas, tanto positivas como negativas, a las personas del endogrupo que a las del exogrupo. En este sentido, la infrachumanización implica la falta de reconocimiento de la humanidad del grupo externo, además del rechazo activo para aceptarlo (Haslam & Loughnan, 2014). En definitiva, se trata de la tendencia de las personas a favorecer a su propio grupo, lo que tiene implicaciones en el comportamiento (Leyens et al., 2000, 2001, 2003).

Tal y como recoge Rodríguez Pérez (2010), respecto a la categorización, Tajfel (1984) muestra que la raíz del comportamiento hostil hacia los otros no deriva de complejas situaciones de conflicto ni de competencia por los recursos, sino de procesos vinculados a la propia constitución de la identidad de las personas. En este sentido, basta activar en la persona su identidad grupal o su sentido de pertenencia a un grupo y colocarlo en un contexto intergrupal, para que surja una tendencia a favorecer el endogrupo.

Leyens (2001) entiende que la tendencia a atribuir características esenciales a las personas y a los grupos explicaría la tendencia a infrahumanizar determinadas categorías sociales (p. ej.: negros, mujeres...). De acuerdo con ello, la “esencia” humana se centraría en muy pocas características: inteligencia, sentimientos, lenguaje y creencias morales, siendo cada una necesaria pero insuficiente sin la presencia de las otras. Así, percibir a un grupo social sin una de estas cualidades equivale a considerarlo menos humano (Rodríguez Pérez et al., 2010).

Leyens (2000) se centra en el papel que tienen los sentimientos en la percepción social. En concreto, define la infrahumanización como la atribución diferencial de sentimientos al endogrupo y al exogrupo. De esta forma, las personas tienden a asociar más rápidamente los sentimientos positivos y negativos (que son más duraderos, requieren más recursos cognitivos y aparecen de forma más tardía en el desarrollo del individuo que las emociones) al endogrupo y las emociones positivas y negativas (no se consideran específicamente humanas, a diferencia de los sentimientos) al exogrupo (Rodríguez Pérez et al., 2010). Estas consideraciones sobre las emociones y los sentimientos, junto con el etnocentrismo, llevaría a los grupos a autoatribuirse en mayor medida, consciente o inconscientemente, cualquiera de las características humanas esenciales (Martínez et al., 2017; Rodríguez Pérez et al., 2010). La organización del mundo en categorías y la construcción de la identidad, a través de las pertenencias grupales, generan en las personas la necesidad de humanizar a su grupo y de restringir las esencias humanas de los exogrupos. Por lo tanto, la atribución diferencial de sentimientos y emociones al endogrupo y al exogrupo es un indicador de prejuicio social y un instigador de conductas negativas: si los otros no son humanos, las conductas hacia ellos no necesitan acatar las normas de respeto, reciprocidad o responsabilidad social (Rodríguez Pérez et al., 2010).

En definitiva, según Haslam (2006), la infrahumanización es una forma de deshumanización particularmente interesante porque es sutil, no requiere de una comparación explícita entre los miembros del grupo y los animales y no es reducible al favoritismo del endogrupo.

5.3.2.2. *El modelo dual de la deshumanización: la animalización y la mecanización*

Con la intención de integrar la teoría de la infrahumanización con los trabajos previos sobre deshumanización, Haslam (2006) desarrolla un nuevo modelo, sosteniendo que una adecuada conceptualización teórica de la deshumanización requiere de una comprensión clara de la humanidad, que es la cualidad que se niega a los demás cuando se les deshumaniza.

Haslam (2006) plantea que la singularidad humana (y la distinción humano-animal sobre la que descansa) es solo una de las dos formas de entender la humanidad, ya que las personas también tienden a conceptualizarla en oposición a los objetos inanimados, como los robots y los autómatas. Desde este planteamiento, Haslam propone los conceptos de las cualidades exclusivamente humanas (EH - *human uniqueness*) que hacen referencia a los atributos que distinguen a los humanos de los animales y los rasgos típicos de la naturaleza humana (NH - *human nature*) que definen los atributos que son esenciales o típicos de los humanos.

Haslam (2006) analizó las diferencias entre las cualidades EH y los rasgos típicos de la NH. En primer lugar, las características EH reflejan principalmente la socialización y la cultura, mientras que rasgos de NH vinculan a los humanos con el mundo natural y sus disposiciones biológicas innatas. En segundo lugar, las características NH son normativas: prevalecen en las poblaciones y son universales en todas las culturas. Sin embargo, como las cualidades EH reflejan el aprendizaje y civismo social, varían entre las culturas y se diferencian dentro de las poblaciones, por lo que no se corresponden a la humanidad compartida. En tercer lugar, las características NH deben ser vistas como los aspectos profundamente arraigados de las personas, forman parte de su naturaleza inherente e intercambiable. Sin embargo, las cualidades EH pueden ser percibidas como no esenciales, ya que se adquieren de forma tardía en el desarrollo y varían entre las personas y las culturas. En definitiva, Martínez (2010) concluye que los rasgos de NH son más prevalentes, más universales, más asociados a las emociones y emergen de forma más temprana en el desarrollo humano. En cambio, las características EH se consideran bajas en prevalencia y universalidad, de aparición tardía y poco relacionadas con las emociones.

A partir de esta distinción, Haslam (2006) razona que, si la humanidad tiene dos significados distintos -ligados a dos contrastes entre humanos y no humanos-, entonces deben existir dos grandes variedades de deshumanización. Así, cuando a los individuos se les niegan las cualidades EH, debe considerarse que carecen de refinamiento, autocontrol, inteligencia y racionalidad y que se les compara de manera sutil o explícita con los animales. Esta animalización abarca fenómenos desde el etiquetado genocida más flagrante a la sutileza de la infrahumanización. Sin embargo, cuando a los individuos se les niega la naturaleza humana, se les ve como seres carentes de calidez, emoción e individualidad, comparándoles con objetos inanimados. Esta mecanización aparece en diferentes contextos como la tecnología o la medicina y en las formas de objetivación en las que las personas son percibidas como inertes o instrumentales.

En primer lugar, se analiza la teoría de la animalización propuesta por Haslam (2006). La animalización puede observarse tanto en el contexto interpersonal como en el ámbito intergrupalo. Esta forma de deshumanización se produce cuando las personas niegan los rasgos de personalidad EH a otros individuos, es decir, cuando las personas piensan que los otros individuos o grupos carecen de civismo, racionalidad, madurez, sensibilidad moral o refinamiento. Por lo tanto, los miembros de grupos animalizados son percibidos como seres incultos, carentes de civismo, brutos, sin moralidad, poco inteligentes y/o irracionales. Desde esta perspectiva, se considera que su comportamiento es más instintivo que el de los grupos no animalizados, valorados estos últimos más racionales. Al considerar que las características EH se desarrollan de forma más tardía, su negación se asocia con una visión de los demás como seres infantiles, inmaduros o atrasados. Igualmente, al relacionar estas características con la dimensión moral, las personas animalizadas son vistas como inmorales o amorales. Por lo tanto, si a las personas son percibidas como carentes de aquello que los distingue de los animales, pueden ser vistos, implícita o explícitamente, como animales. En la siguiente figura 1, adaptada por Martínez (2017), se representa la relación entre las características EH y la animalización.

Figura 1. La relación entre las características EH y la animalización (adaptado de Haslam (2006) por Martínez (2017)).



En línea con la teoría de la infrahumanización de Leyens (2001), las características negadas a los exogrupos son los sentimientos, es decir, las emociones exclusivamente humanas. Por lo tanto, la infrahumanización o la animalización se producirían cuando las personas reservan los sentimientos (tanto positivos como negativos) para su propio grupo y los niegan al exogrupo. En este sentido, como junto a los sentimientos positivos también se atribuyen más sentimientos negativos al endogrupo, la deshumanización no debe ser entendida únicamente como una forma de favoritismo intergrupar (Martínez et al., 2017).

En segundo lugar, se describe la teoría de la mecanización de Haslam (2006). Según Martínez (2017), una de las potencialidades de este modelo dual es el estudio de una nueva forma de deshumanizar: la mecanización. En concreto, mecanizar significa percibir a los demás como si fuesen robots o máquinas (Martínez et al., 2017).

Según Haslam (2006) la mecanización se produce negando las características de la NH, por lo que se considera a estas personas carentes de emocionalidad, calidez, apertura cognitiva (incluyendo la curiosidad y la flexibilidad), agencia individual y profundidad. En consecuencia, los individuos mecanizados son percibidos como seres fríos, inertes, rígidos, sin imaginación, carentes de agencia y emociones, pasivos y superficiales. Igualmente, al negarles la agencia individual, se les representa como seres intercambiables y pasivos. Su comportamiento es causal, en lugar de ser impulsado por su voluntad personal. Además, al carecer de las cualidades más profundas, al representarles se enfatiza en los atributos más superficiales. En la siguiente figura 2, también adaptada por Martínez y colaboradores (2017), se muestra la vinculación entre las características de NH y la mecanización.

Figura 2. La relación entre las características de NH y la mecanización (adaptado de Haslam (2006) por Martínez (2017)).



La forma mecanicista de la deshumanización se da en diferentes contextos. Por un lado, la medicina moderna es identificada como una actividad deshumanizante al focalizarse en la estandarización, la eficiencia instrumental o la técnica impersonal, (Haslam, 2006). En este ámbito, los pacientes pueden ser deshumanizados por los médicos que los perciben como máquinas compuestas por diferentes piezas que hay que reparar. Por otro lado, esta forma de deshumanización es observada en otros contextos como la industria, la tecnología o en el mundo de los negocios, donde los directivos son comparados con robots. Además, la mecanización queda reflejada en el entorno laboral, donde existen contratos precarios que obligan a gran cantidad de personas a trabajar en condiciones infrahumanas, sin ningún tipo de cobertura en caso de accidente o enfermedad. De esta forma, más que tratados como seres humanos, son percibidos como seres mecanizados o robots sin sentimientos, cuya principal función es la de cumplir su obligación laboral (Martínez et al., 2017). En este contexto, el deseo de interactuar con los grupos mecanizados viene determinado por la instrumentalidad atribuida a los mismos, por lo que las personas sólo se acercan a los grupos que habitualmente deshumanizan cuando perciben cierto grado de utilidad en los mismos (Martínez et al., 2015).

En definitiva, la animalización implica la negación a una persona de las cualidades que le diferencian de los animales, tales como la moralidad y la cultura. Las personas son así vistas como impulsivas, infantiles e irracionales. A menudo esta forma de deshumanización se acompaña de emociones de desprecio y asco, tendiendo a explicar el comportamiento de los demás en términos de deseos y necesidades, en lugar de hacerlo por motivos racionales. Por otro lado, la deshumanización mecanicista significa negar a la persona las cualidades que le distinguen de las máquinas, como la calidez interpersonal, las emociones y la agencia individual. Las personas mecanizadas son entonces identificadas como seres insensibles al dolor. La mecanización se suele acompañar de indiferencia, falta de empatía y una visión abstracta y desindividualizada del otro, explicando su comportamiento en términos causales (no intencionales) (Haslam, 2006). La mecanización del grupo podría implicar un intento de mantener distancia con el grupo mecanizado, mientras que la animalización se relacionaría con el trato no igualitario hacia los mismos y la justificación de un estatus inferior (Martínez et al., 2017).

Tras la descripción de la animalización y la mecanización, Haslam (2006) describe las características asociadas al modelo dual de deshumanización que propone. En primer lugar, en relación a las emociones, las dos formas de deshumanización pueden tener distintas dimensiones afectivas. La comparación repetida de las personas con animales se acompaña de degradación y humillación. La negación de las cualidades EH es una fuente de vergüenza para

los que son deshumanizados, que se convierten en objeto de asco y desprecio. Por otro lado, la mecanización implica cierta distancia emocional y la representación del otro como un ser frío, robótico, pasivo y carente de profundidad, generando más indiferencia que asco (Haslam, 2006).

En segundo lugar, respecto a la semiótica, las dos formas de deshumanización difieren en su representación en el lenguaje. En la animalización, emerge la comparación vertical: el otro es infrahumano y está afectado por un trato humillante, colocándole por debajo en una escala ordinal de desarrollo o evolución. En contraste, en la mecanización, la persona es vista como no-humana y, por consiguiente, distante o extraña, produciéndose un distanciamiento con ella (Haslam, 2006).

En tercer lugar, según el contexto social, el modelo desarrollado por Haslam (2006) no restringe la deshumanización al contexto intergrupar, proponiendo que puede llevarse a cabo en las relaciones interpersonales. Por lo tanto, las personas pueden ser deshumanizadas tanto como individuos o como representantes de un grupo social. La negación de las características de EH puede ocurrir en las comparaciones interpersonales y los rasgos de NH son a menudo atribuidos diferencialmente a los endogrupos y los exogrupos (p.ej.: cosificación de las mujeres). La animalización es principalmente un fenómeno intergrupar mientras que la mecanización se produce también en los contextos interpersonales (Haslam, 2006).

Finalmente, en cuarto lugar, este modelo dual difiere de las aproximaciones anteriores en la ampliación de la deshumanización para abarcar dos formas distintas que suceden tanto en el contexto interpersonal como el intergrupar y no implican conflicto o antipatía. El autor propone que las formas sutiles de deshumanización ocurren en el día a día cuando a las personas no se les concede la plena humanidad. Además, este modelo entiende que las personas pueden ser deshumanizadas simultáneamente de forma animalista o mecanicista (como en el caso de la mujer que es cosificada y humillada en la pornografía violenta).

5.3.2.3. *El Modelo del Contenido de los Estereotipos*

El tercer enfoque teórico es el Modelo del Contenido de los Estereotipos (Fiske et al., 2002; Harris & Fiske, 2006) que, a diferencia de la teoría de la infrahumanización (Leyens et al., 2001) o el modelo dual (Haslam, 2006), no parte de una definición explícita de humanidad. En su lugar, entiende la deshumanización como la incapacidad para considerar la mente de las otras personas (Haslam & Loughnan, 2014).

Este modelo se basa en la bidimensionalidad en la percepción, afirmando que nuestra percepción de los otros grupos se elabora a partir de dos dimensiones básicas de estereotipos: la calidez y la competencia. La calidez ayuda a anticipar las intenciones de los otros y comprende características como ser dignos de confianza, sinceros, amistosos o afectuosos. La competencia ayudaría a conocer la capacidad de los otros para alcanzar sus objetivos y estaría compuesta por características como ser competentes, eficientes o inteligentes (López-Rodríguez et al., 2013). Por lo tanto, a partir de estas dos categorías, los estereotipos hacia los otros son ambivalentes, incluyendo simultáneamente evaluaciones subjetivamente negativas y positivas. Las personas no sentirían así una antipatía univalente hacia los exogrupos, sino que experimentarían reacciones mixtas y específicas hacia ellos, según cuál sea el grupo evaluado (Fiske et al., 2002).

En consecuencia, según Fiske (2002), los grupos admirados, como el endogrupo, son percibidos como superiores en ambas dimensiones; los grupos que provocan lástima (por ejemplo, las

personas mayores) son vistos como cálidos pero incompetentes; los grupos que despiertan envidia (los ricos) como fríos pero competentes; y los grupos que evocan aversión (como puede ser las personas sin hogar) son vistos como inferiores en ambas categorías. En relación con las teorías previas, los grupos fríos e incompetentes también pueden ser mecanizados (Haslam & Loughnan, 2014).

5.3.2.4. El Modelo la Percepción de la Mente

Un cuarto enfoque teórico relaciona las atribuciones de la mente a entidades de todo tipo, partiendo de la base que a la mente se le atribuyen dos dimensiones separadas: la agencia y la experiencia (Gray et al., 2007; Waytz et al., 2010). Por un lado, la agencia incluye las capacidades mentales como el pensamiento, el autocontrol y la comunicación, distinguiendo a los humanos de los no-humanos animales. Por otro lado, la experiencia incluye los atributos como la emoción, la conciencia y la personalidad, diferenciando a los humanos de los robots y los objetos inanimados (Gray et al., 2007; Haslam & Loughnan, 2014). Estas dimensiones muestran fuertes afinidades con el modelo de Haslam (2006): la agencia representa la singularidad humana tanto en contenido como en contraste implícito (animales) y de la misma manera la experiencia representa la naturaleza humana (Haslam & Loughnan, 2014; Waytz et al., 2010).

5.3.3. El proceso de deshumanización

A continuación, se analiza el proceso de deshumanización. En concreto, se describe cómo y cuándo se produce la deshumanización, así como quién deshumaniza y quién es deshumanizado, prestando especial atención a la deshumanización de las personas mayores. Posteriormente, se analizan las consecuencias de la deshumanización y si ésta puede superarse.

5.3.3.1. ¿Cómo se deshumaniza?

Los investigadores han conceptualizado la deshumanización desde abordajes cuantitativos y cualitativos.

Por un lado, las aproximaciones cualitativas sugieren que la deshumanización puede ocurrir de dos formas distintas (Haslam & Loughnan, 2014). Según el modelo de Haslam (2006), la animalización se define por el contraste entre humanos y animales, mientras que la mecanización está caracterizada por el contraste entre humanos y objetos inanimados. Estas dos formas de deshumanización, estrechamente alineadas con las dimensiones de la percepción de la mente de Gray (2007), hacen referencia a metáforas y a atributos cualitativamente diferentes. Sin embargo, según el modelo de contenido de los estereotipos, los estereotipos elaborados no son mutuamente excluyentes, por lo que a las personas se les pueden negar atributos en ambas dimensiones simultáneamente (Harris & Fiske, 2006).

Por otro lado, los aspectos cuantitativos de la deshumanización también han sido estudiados, desde las formas más flagrantes y severas hasta las más sutiles y relativamente leves. Los ejemplos flagrantes de deshumanización son explícitos y, en ellos, el perceptor ve al objetivo como menos humano de forma directa, explícita y consciente, tendiendo a establecer un vínculo metafórico directo entre éste y una entidad no humana. En estos casos, se hacen juicios

absolutos sobre un objetivo particular. En los ejemplos más sutiles, la atribución de menor humanidad del objetivo es indirecta, implícita y no consciente. De esta forma, se desarrollan juicios relativos, considerando a un grupo como menos humano que otro (Haslam & Loughnan, 2014). La continuidad entre estos extremos plantea si es necesario delimitar cuándo es deshumanización y cuándo infrahumanización. En su lugar, Haslam (2014) recomienda conceptualizar la deshumanización como un amplio espectro cuyas variantes más leves tienen continuidades importantes con sus formas más severas.

Según Rodríguez (2006), hay dos factores que pueden establecer con mayor precisión el efecto que tiene la amenaza sobre el endogrupo en la infrahumanización del exogrupo. Por un lado, se encuentra la ambigüedad de la información sobre la autoría del grupo amenazante, interviniendo en la expresión del prejuicio y la discriminación. En situaciones ambiguas, en las que falta información o normas precisas, es más probable que se exprese el racismo y el prejuicio. Por otro lado, el grado de empatía con el miembro del endogrupo que es víctima de la agresión asegura y amplifica el vínculo cognitivo y emocional con él. Desde el punto de vista psicológico, ponerse en el punto de vista del otro y comprender al otro es un proceso activo que requiere la supresión de la perspectiva egocéntrica habitual y una elaboración activa de la perspectiva del otro. Esta empatía, que genera tristeza y pena por la víctima, también puede activar emociones de rabia y odio hacia el agresor, así como facilitar las conductas de venganza.

5.3.3.2. *¿Quién es deshumanizado?*

Una amplia variedad de individuos y grupos son potencialmente objeto de deshumanización (Haslam & Loughnan, 2014). Por lo general, los grupos sociales deshumanizados son aquellos que se perciben como incapaces de experimentar emociones humanas complejas, de compartir creencias o de actuar según los valores y las normas sociales y morales (Ávila-Morales, 2017).

Entre los grupos que pueden ser percibidos como carentes de humanidad se encuentran los grupos por motivos étnicos, de género, sociales, de orientación sexual, así como los enfermos. Los grupos “más bajos entre los más bajos” son los más vulnerables a la deshumanización, especialmente cuando la humanidad se entiende como la singularidad humana, una dimensión vertical de comparación en la que ser humano equivale a estar por encima de los animales. Sin embargo, otros grupos son deshumanizados horizontalmente, basándose en la distancia y la desconexión, por encima del estatus y la dominación. Este modelo aparece, por ejemplo, en el campo de la medicina, donde los profesionales tratan de distanciarse emocionalmente del sufrimiento de los pacientes y los perciben como menos humanos de lo que son. En estos casos, la naturaleza humana es negada como resultado de la desconexión social, en lugar de negar la singularidad humana jerárquicamente (Haslam & Loughnan, 2014).

En cuanto a la deshumanización de los grupos sociales, se ha prestado especial atención a la menor atribución de humanidad a determinados grupos étnicos, entendiendo la infrahumanización como una forma de etnocentrismo. Entre los motivos de deshumanización, destacan los raciales, los de origen étnico y los derivados de conflictos sociales o históricos (Haslam & Loughnan, 2014).

Por otro lado, la deshumanización de las mujeres demuestra que las percepciones deshumanizadoras dependen de las características del perceptor y de la representación de la mujer. En este sentido, la deshumanización de la mujer es mayor cuando se presta más atención a su aspecto físico que a su personalidad o cuando sus cuerpos son sexualizados. Esta

deshumanización aumenta el riesgo de que sean percibidas como objetos en lugar de como personas y aumenta la propensión a ser víctimas de agresiones sexuales (Haslam & Loughnan, 2014).

Otro de los grupos que es habitualmente víctima de la deshumanización es el conformado por las personas mayores, tal y como se describe en el siguiente apartado.

5.3.3.2.1. La deshumanización de las personas mayores

La deshumanización es una forma extrema de exclusión moral que, en el caso de las personas mayores, les coloca fuera del límite en el que los valores, las normas y las consideraciones morales de justicia son aplicadas (Johnstone, 2013). Según Boudjemadi (2017), es probable que la edad determina la percepción sobre el grado de posesión de rasgos EH de una persona. De esta forma, cuando se les niega su condición humana, las personas mayores son vulnerables a la crueldad, el daño y la injusticia, incluyendo la posibilidad de recibir cuidados que podrían ser considerados inaceptables (Johnstone, 2013).

A continuación, se presentan las razones por las cuales las personas mayores tienen mayor riesgo de ser animalizadas, según Boudjemadi (2017). En primer lugar, las características del cuerpo más valoradas socialmente tienden a desaparecer progresivamente con la edad. Por ello, las personas mayores pueden recordar la inevitable degradación del cuerpo, la prominencia del cuerpo físico sobre el simbólico y el vínculo innegable del ser humano con el reino animal. En segundo lugar, los procesos de envejecimiento y las personas mayores se asocian a menudo con deficiencias cognitivas, comunicativas, de razonamiento o de memoria. Todos estos elementos conducen a percibir a las personas mayores -como ocurre con los niños o los artistas- como cálidos pero incompetentes cognitivamente, por lo que, al ser considerados pobres en rasgos EH, son más vulnerables a ser animalizados.

Diferentes estudios sobre entornos de trabajo hostiles (Wiener et al., 2014) y contacto entre cuidadores y personas institucionalizadas en residencias (Drury et al., 2017) han ilustrado cómo se produce la deshumanización de las personas mayores. Por un lado, en el entorno laboral, el estudio de Wiener (2014) muestra cómo las humillaciones por motivos de edad provocan que los trabajadores mayores sean deshumanizados y víctimas de un entorno de trabajo hostil. En concreto, tras recibir comentarios despectivos y edadistas, los trabajadores fueron tratados de forma mecanizada y animalizada, siendo vistos como fungibles y carentes de capacidad para tomar decisiones. Por otro lado, los resultados del estudio de Drury (2017) reflejan que la interacción negativa entre los trabajadores de las residencias y los usuarios conduce a la negación de las características humanas (tanto de las características EH como de las de NH) de estos últimos. Esta negación de la humanidad no se limita a los usuarios de las residencias, sino que se extrapola a las personas mayores en general. Al contrario, la interacción positiva se relaciona con una menor discriminación por motivos de edad a los residentes.

La investigación empírica de Boudjemadi (2017) examina si las personas mayores son deshumanizadas por los jóvenes de forma animal o si, por el contrario, se les considera individuos más evolucionados en la escala ordinal de la humanidad. Los resultados del estudio reflejaron cómo, en lugar de ser percibidos como los individuos más evolucionados, las personas mayores tienden a ser deshumanizados siguiendo la teoría de animalización por parte de personas más jóvenes. En concreto, las palabras relacionadas con los animales se asociaron en mayor medida cuando las personas mayores las precedían, mientras que dicha asociación no se

produjo con los jóvenes. Sin embargo, no apareció esta diferencia cuando las palabras hacían referencia a conceptos relacionados con las máquinas. Por todo ello, concluye que la deshumanización de las personas mayores está restringida a la animalización y no se aplica en la mecanización.

Pese a que Haslam (2006) defiende que las cualidades EH se adquieren tardíamente en el desarrollo humano y aumentan con la edad, las personas mayores no son percibidas como las más humanas. Esto puede deberse a que, según Boudjemadi (2017), las personas necesitan distanciarse de su animalismo físico y los mayores con deterioro cognitivo pueden recordárselo. Por lo tanto, las personas mayores pueden ser animalizadas por las jóvenes y ser percibidas como carentes de cualidades EH. Esta animalización podría servir como mecanismo psicológico que subyace a algunas formas específicas de conductas discriminatorias a las que las personas mayores se enfrentan a menudo.

5.3.3.3. ¿Quién deshumaniza?

Según Haslam (2014), determinadas personas son más propensas a deshumanizar que otras pues, pese a ser un fenómeno universal, existen diferencias individuales, entre las que se incluyen la personalidad, las ideologías, las creencias y las actitudes.

En primer lugar, en cuanto a la personalidad, los estudios han recogido ciertos rasgos de las personas más propensas a ver a los otros como menos humanos que ellas mismas, tales que el narcisismo, la propensión a la repugnancia interpersonal, la psicopatía o el autismo. Si bien estos cuatro rasgos son algo diferentes (implican aversión emocional, superioridad percibida del yo, insensibilidad y desconexión social, respectivamente), todos aparecen directamente con la relación interpersonal. De esta forma, las tendencias a deshumanizar pueden ser más fuertes en aquellas personas que son más insensibles y egoístas, aquellas que experimentan una fuerte aversión emocional hacia los miembros de los grupos externos o entre quienes tienen disminuida su capacidad para empatizar.

En segundo lugar, la relación de las ideologías con la deshumanización ha sido más estudiada que el impacto de la personalidad. En este sentido, la deshumanización depende tanto del grado de identificación dentro del endogrupo como de la tendencia a discriminar a los grupos externos. La ideología más habitual en este proceso está relacionada con la dominación social, prediciendo así la deshumanización hacia los inmigrantes, los refugiados y las víctimas de los enemigos de guerra. Esta deshumanización de estos grupos se basa en una lucha por la dominación de las personas y una percepción exagerada de la amenaza.

En tercer lugar, determinadas creencias están relacionadas con una mayor propensión a deshumanizar. Por ejemplo, la percepción de una mayor diferencia entre los humanos y los animales tiende a acompañarse de una mayor deshumanización racial. Tanto esta creencia como la orientación de dominación social implican un pensamiento jerárquico y predicen las tendencias a la deshumanización.

En cuarto lugar, las actitudes, analizadas especialmente respecto a la percepción sobre las mujeres, pertenecen al conjunto de variables de diferencia individual que pueden relacionarse con las tendencias a deshumanizar.

5.3.3.4. *¿Cuándo deshumanizan las personas?*

Las condiciones o las circunstancias en las que ocurre la deshumanización abarcan factores emocionales y motivacionales, el estado cognitivo del perceptor, aspectos situacionales como la amenaza, así como factores estructurales sociales como el poder (Haslam & Loughnan, 2014).

En primer lugar, en cuanto a las emociones, la predisposición a sentir desprecio se asocia a una mayor tendencia a deshumanizar, a la vez que los grupos que se presume que suscitan dicha emoción tienen una mayor probabilidad de ser deshumanizados. En segundo lugar, los motivos principales que se relacionan con la deshumanización son la sociabilidad, la sexualidad, la ecuanimidad moral y la protección grupal. En concreto, las motivaciones sexuales han sido analizadas con relación a la objetivación de las mujeres, de tal forma que cuando las mujeres son sexualizadas, los perceptores masculinos tienden a asociarlas en mayor medida con animales que cuando las mujeres (o los hombres) no son sexualizados. Respecto a la ecuanimidad moral, las personas son más propensas a deshumanizar a un grupo externo que históricamente haya sido víctima del propio grupo. En este sentido, las personas tienden a evitar la culpa colectiva mediante la negación de la humanidad o del valor moral de sus víctimas históricas. Finalmente, la protección grupal lleva a las personas a minimizar los errores del endogrupo en relación a los del exogrupo, muy especialmente si el endogrupo se siente amenazado (Haslam & Loughnan, 2014). El hecho de ver los fallos del grupo propio como humanos los hace excusables, mientras que la falta de humanización del exogrupo constituye una forma sutil y motivada de deshumanización. En concreto, Koval (2012) demostró que las personas tienden a considerar superiores en naturaleza humana los defectos de su propio grupo como mecanismo para mitigarlos, cumpliendo así la función de protección del endogrupo. En tercer lugar, respecto a los factores cognitivos, el egocentrismo y la construcción abstracta de los demás pueden promover la deshumanización. En cuarto lugar, en cuanto a los aspectos situacionales, la percepción de amenaza también modera el efecto de la deshumanización en la aprobación de la agresión. La amenaza planteada por otros puede aumentar su deshumanización al implicar una visión más bestial del grupo externo y reducir la del propio (Haslam & Loughnan, 2014).

En quinto lugar, el poder ha sido identificado como un factor estructural clave en el desarrollo de la deshumanización (Haslam & Loughnan, 2014; Lammers & Stapel, 2011; Vaes et al., 2012). En el estudio de Lammers y Stapel (2011), los participantes con mayor sentido de poder atribuyeron más rasgos animales a un grupo externo ficticio de bajo estatus. Además, los resultados mostraron cómo la deshumanización justifica la toma de decisiones difíciles. Finalmente, en un estudio que simulaba la toma de decisiones en el entorno sanitario, los participantes a los que se les asignó un rol sanitario con mayor poder tendieron a preferir en mayor medida el tratamiento más efectivo aunque doloroso y su visión de los pacientes era más deshumanizada que la de los sanitarios con menos poder. En definitiva, los autores consideran que el poder se relaciona con la deshumanización por dos motivos. Por un lado, las personas con poder deben tomar decisiones difíciles que pueden acarrear sufrimiento a otras. En este sentido la deshumanización resta importancia a este sufrimiento y justifica estas decisiones. Por otro lado, el poder conduce a obviar la perspectiva del otro y mantener una mayor distancia interpersonal. Por lo tanto, la deshumanización juega un papel importante en la justificación de la toma de decisiones difíciles, ayudando a superar las consecuencias emocionales y el sufrimiento provocado.

5.3.3.5. *¿Dónde se produce la deshumanización?*

En la actualidad, el ser humano ha creado una sociedad donde priman los intereses personales sobre los colectivos y donde las injusticias sociales, los abusos de poder, la violencia o la discriminación por motivos de género y raza le han convertido en un ser insensible, inmune al dolor y al sufrimiento de los demás (Paz, 2017). A continuación, se describen los diferentes ámbitos en los que, según Haslam (2006), se produce la deshumanización.

En primer lugar, la deshumanización se relaciona frecuentemente con la etnia o la raza, en temas como la inmigración y el genocidio. En este contexto, es habitual la comparación de las de personas con animales -como monos, perros, cerdos, ratas o parásitos- e, incluso, en ocasiones se les niega explícitamente la pertenencia a la especie humana (Haslam, 2006).

En segundo lugar, a menudo la deshumanización es ejemplificada con la representación de las mujeres en la pornografía, donde son representadas como objetos, obviando implícitamente toda consideración moral, lo que legitima así su violación y su victimización. Siete componentes son identificados en esta objetivación: la instrumentalidad y la propiedad llevan a tratar a los otros como instrumentos o productos básicos; la negación de la autonomía conduce a tratar a los demás como carentes de autodeterminación y agencia; la fungibilidad implica ver a las personas como intercambiables con otras; la violabilidad excluye a los otros de los límites de la integridad; y la negación de la subjetividad implica la creencia de que sus experiencias y sus sentimientos pueden ser descuidados (Haslam, 2006).

En tercer lugar, la deshumanización de las personas con discapacidad muestra cómo éstas han sido históricamente sujeto de metáforas que las comparan con parásitos que infectan el cuerpo social (Haslam, 2006). También se produce la animalización, al negar la humanidad completa a las personas con discapacidad intelectual debido a su supuesta incapacidad para vivir vidas culturizadas, su presunta insensibilidad al dolor, su hipotética propensión al comportamiento inmoral y criminal y su supuesta naturaleza más instintiva que racional. Esta animalización sirve de pretexto para que estas personas reciban un trato deshumanizado, repercutiendo en su calidad de vida, sus derechos básicos, su acceso a recursos económicos y sus oportunidades vitales (G. O'Brien, 2003). Para evitar las actitudes deshumanizantes hacia las personas con discapacidad, Haslam (2006) señala la importancia de atribuirles el pensamiento, verlos como individuos distintos con cualidades únicas y darles un lugar en la sociedad, es decir, reconocerles como seres humanos.

En cuarto lugar, la tecnología es un ámbito en el que se ha estudiado la deshumanización (Haslam, 2006; Paz, 2017). Según recoge Haslam (2006) esta deshumanización tecnológica o reducción de las personas a máquinas es una condición cultural de la sociedad postmoderna. Esta patología de la mecanización implica la búsqueda de la eficiencia y la regularidad y un enfoque de la vida que no es emocional, sino apático y carente de espontaneidad.

Finalmente, el estudio de la deshumanización también ha sido abordado en otros contextos como el académico, donde se denuncian las implicaciones deshumanizantes de la evaluación y la enseñanza estandarizadas, que son rígidas e impersonales y tratan a los estudiantes como seres pasivos y poco creativos. También el deporte ha sido deshumanizado mediante el uso de tecnologías para perfeccionar las capacidades humanas (Haslam, 2006).

A continuación, se explora la deshumanización que se produce en el entorno sanitario.

5.3.3.5.1. La deshumanización en el entorno sanitario

El entorno sanitario ha sido identificado como uno de los entornos en los que es habitual la deshumanización (Ávila-Morales, 2017; Drury et al., 2017; Haslam, 2006; Johnstone, 2013; Stevens et al., 2013). En este campo, la deshumanización se entiende como una consecuencia de un modelo racional científicista que se aleja de la sensibilidad humana (Ávila-Morales, 2017).

Tal y como recoge Haslam (2006), en la medicina moderna son varios los factores que se asocian con la deshumanización de los pacientes, destacando la falta de personal de cuidado y apoyo emocional, el uso de la tecnología, la falta de tacto y calidez humana, así como el énfasis en eficiencia instrumental y la estandarización de la actividad que desatienden la individualidad del paciente. Además, tipo de atención niega la experiencia subjetiva del paciente y enfatiza en el rol pasivo del individuo, ignorando su autonomía y su capacidad de toma de decisiones.

Además de la deshumanización, en la asistencia sanitaria también puede producirse la discriminación por motivos de edad (Drury et al., 2017; Johnstone, 2013; Williams, 2009). En este contexto, las instituciones pueden ser hostiles a las necesidades e intereses de las personas mayores. El edadismo médico se puede expresar de varias maneras, incluyendo los estereotipos sobre las capacidades de recuperación de los pacientes ancianos, los juicios sobre la calidad o el valor de sus vidas o las falsas creencias sobre sus deseos ante algunos tratamientos (Johnstone, 2013). El uso de la edad como criterio de decisión (independientemente de la condición clínica) sobre el tipo o el nivel de prestación sanitaria, así como el lenguaje deshumanizante basado en la edad para referirse a pacientes ancianos, son ejemplos de discriminación por motivos de edad en la atención de salud (Johnstone, 2013; Weir, 2004; Williams, 2009). Por ejemplo, en determinados casos, la edad determina la limitación del esfuerzo terapéutico, por ejemplo, ante personas mayores con cáncer o con problemas cardiovasculares. Además, algunas sintomatologías son asociadas a la edad en lugar de relacionarse con un problema patológico. Por lo tanto, el uso de la edad cronológica de los pacientes ancianos como criterio terapéutico puede implicar una violación de sus derechos y repercute directamente en la atención que reciben (Williams, 2009). En esta línea, según Weir (2004), las decisiones tomadas únicamente en base a la edad de los pacientes son desinformadas, unidimensionales y carentes de ética.

Son numerosas las causas que pueden explicar la deshumanización en el entorno sanitario. Ávila-Morales (2017) ha realizado una revisión de la literatura sobre la deshumanización en la práctica médica y enfermera. Por un lado, entre los factores que llevan a la deshumanización a nivel asistencial se encuentran la cosificación del paciente (olvidando sus rasgos personales, sus sentimientos y sus valores), la ausencia de calor en la relación humana, la falta de reconocimiento de la dignidad intrínseca de todo enfermo y de la igualdad entre todas las personas, la falta de participación del paciente en la toma de decisiones (relacionada con la desequilibrada relación de poder), la desconfianza en el conocimiento médico y las falsas expectativas basadas en experiencias pasadas. Por otro lado, la investigación biomédica tiene igualmente un sesgo reduccionista hacia el orden biológico del ser humano, desatendiendo los órdenes simbólicos y comunicativos que le constituyen como un todo y favoreciendo así su deshumanización, tanto en la investigación como en la práctica clínica.

En primer lugar, aparecen las características de los profesionales como un determinante de la deshumanización (Ávila-Morales, 2017; Drury et al., 2017; Stevens et al., 2013; Williams, 2009). En este sentido, destacan las actitudes edadistas de los profesionales, que se relacionan con el abuso psicológico hacia los residentes y pueden acabar provocando edadismo institucional (Drury et al., 2017). Además, la literatura recoge la importancia de la relación entre los

profesionales y los pacientes en la aparición de la deshumanización (Ávila-Morales, 2017; Drury et al., 2017; Haslam, 2007; Leedahl et al., 2015). En concreto, según Leedahl (2015), cuando las relaciones entre los profesionales y los residentes son positivas, estos últimos presentan una mejor salud mental y funcional. Por otro lado, los profesionales que pretenden abandonar sus puestos de trabajo tienden a presentar niveles más altos de burnout y a percibir de forma infantil a los residentes, siendo más propensos a maltratar a las personas mayores en las instituciones. Además, mayores niveles de burnout se relacionan con una menor empatía por parte de los profesionales, lo que aumenta su fatiga por compasión y su tendencia a despersonalizar a los pacientes (Haslam, 2007). De esta forma, la deshumanización se asocia en mayor medida a las características y los comportamientos de los profesionales que al nivel de dependencia o discapacidad de la persona mayor (Stevens et al., 2013). Según Williams (2009), esta discriminación puede aparecer cuando los profesionales no se encuentran a gusto con tratar a pacientes geriátricos.

Finalmente, entre las características de los profesionales, Ávila-Morales (2017) destaca el impacto de su formación en la calidad de su ejercicio asistencial. La formación basada en el racionalismo científico resulta el punto de partida para la deshumanización tanto en el proceso de formación como en el ejercicio asistencial. Como perfil del egresado, se vislumbra un médico deshumanizado que prioriza la dimensión técnica, con una actitud soberbia que menosprecia la esencia espiritual del ser humano, insensible a su dolor y que promueve con una relación médico-paciente paternalista. Además, el burnout del alumno durante la carrera académica es un factor predisponente, ya que éste pierde interés y eficacia por sus estudios y, posteriormente, en su labor profesional, incidiendo directamente en el trato a los pacientes. Por otro lado, las actitudes deshumanizadas pueden iniciarse con la observación de comportamientos poco éticos en los docentes, incluyendo burlas que ridiculizan a sus pacientes. Todo ello enfrenta a los estudiantes a contradicciones entre los valores que se les enseña que debe poseer un médico y los que aprenden durante las prácticas clínicas. Este modelo de aprendizaje basado en la burla, el maltrato y la deshumanización puede llevar a que el estudiante, de forma automática, deje de ser como es y se transforme en la imagen que el otro tiene de él. En este sentido, Ávila-Morales (2017) recalca la importancia de incluir las humanidades en la formación académica y abordar así las necesidades psicoemocionales de los pacientes.

En segundo lugar, la deshumanización está ligada al ejercicio asistencial, especialmente cuando se enmarca en un contexto donde priman los imperativos económicos que propugnan la eficiencia en la administración de los servicios de salud. Si a ello le sumamos la especialización del conocimiento y el valor otorgado actualmente al conocimiento objetivo, técnico y científico-instrumental, el profesional de la salud puede perder la perspectiva del paciente como un ser biopsicosocial (Ávila-Morales, 2017).

En tercer lugar, destaca el impacto de los factores estructurales en la deshumanización de los servicios sanitarios (Ávila-Morales, 2017; Drury et al., 2017; Haque & Waytz, 2012). En ocasiones, los profesionales de la salud desarrollan su trabajo en instituciones fundamentadas en el modelo biomédico y curativo que reduce lo humano a una expresión biológica alejándolo de la visión humanista y holística del cuidado. Este motivo, junto con la aplicación de las nuevas tecnologías, la búsqueda de la eficiencia y la sobrecarga de trabajo, conducen a la deshumanización de los cuidados (Ávila-Morales, 2017). En cualquier caso, la atención sanitaria debería estar encaminada hacia los mejores intereses para los pacientes, maximizar su autonomía y distribuir de forma justa los recursos. Sin embargo, esto puede no ocurrir cuando

en el centro sanitario se producen formas sutiles de deshumanización, especialmente, cuando los pacientes son tratados menos como personas y más como objetos o animales (Haque & Waytz, 2012). Este proceso no es necesariamente resultante de intenciones maliciosas por parte de los cuidadores, sino que puede deberse a factores estructurales y organizacionales de los hospitales (Drury et al., 2017; Haque & Waytz, 2012). En concreto, Beltrán (2016) recoge cómo la falta de tiempo se ha convertido en un argumento infalible para justificar la falta de calidad en la atención, llevando a resultados catastróficos en la atención y a quejas de los pacientes. En este sentido, las enfermeras reclaman pasar más tiempo con los pacientes para poder ofrecerles una atención más integral.

En esta línea, Tronto (2010) analiza la cultura de las organizaciones que cuidan desde la ética del cuidado. En concreto, se identifican varias señales de advertencia para reconocer a aquellas instituciones que ofrecen un mal cuidado. Se trata de organizaciones que marginan a aquellas personas con mayores necesidades de cuidados, obviando sus capacidades y sus necesidades, y donde los receptores de cuidados son excluidos de la toma de decisiones. En estos casos, el cuidado se reduce a brindar la atención, sin comprender el proceso completo de cuidado, que incluye la atención a las necesidades y la asignación de responsabilidades. Además, en estas instituciones el cuidado es considerado una mercancía, no un proceso.

En relación a cómo se produce la deshumanización en este ámbito, Haque y Waytz (2012) identifican 6 formas de deshumanización en el entorno sanitario. En primer lugar, las prácticas desindividualizantes se producen cuando un individuo es inmerso en un grupo o anonimizado. La despersonalización puede desencadenar conductas antisociales (como agresiones interpersonales), al disminuir la percepción de responsabilidad individual hacia estas acciones. En segundo lugar, la percepción de deterioro de la agencia de los pacientes aumenta su deshumanización. En tercer lugar, las diferencias entre profesionales y pacientes son identificadas como una causa de deshumanización, lo que se produce a tres niveles: 1) la propia naturaleza de la enfermedad que distancia físicamente a la persona del prototipo de humano sano; 2) la categorización de una persona en relación a su enfermedad en lugar de considerarla una persona que padece una enfermedad; 3) en la asimetría de poder en la relación médico-paciente. En cuarto lugar, la mecanización se produce al 'descomponer' a una persona en partes, lo que se produce, por ejemplo, en el diagnóstico de algunas patologías. Como resultado de ello, los cuidadores se refieren a los pacientes en términos despersonalizados, utilizando acrónimos o refiriéndose a la enfermedad o la parte del cuerpo que ha sido intervenida, por lo que las personas son tratadas más como objetos que como personas completas y con experiencias subjetivas. En quinto lugar, se reduce la empatía experimentada por los profesionales, pudiendo contribuir a un aumento de la deshumanización. Junto a esta menor empatía, los profesionales aumentan la regulación cognitiva de su respuesta emocional, lo que puede explicarse por las altas demandas de tareas clínicas complejas. En sexto lugar, la desvinculación moral puede ser el resultado de la necesidad de los sanitarios de minimizar el disconfort que les produce el tener que realizar procedimientos dolorosos para el paciente, disminuyendo su propia fatiga por compasión.

Por su parte, Kihlgren y Thorsén (1996) han analizado la violación la integridad del paciente en las instituciones sanitarias, entendiendo la integridad como valor moral o como rasgo de personalidad. La integridad como valor moral está más amenazada cuando la persona está enferma, siendo más fácil proteger la propia integridad para una persona sana que para una enferma o dependiente. La edad, especialmente si se combina con la demencia, lleva a un deterioro gradual de la capacidad y aumenta la vulnerabilidad del individuo y su dependencia

de otros. En concreto, estos autores preguntaron a diferentes participantes (enfermeras, cuidadores informales y terapeutas ocupacionales) *¿qué significa violar la integridad del paciente?* Entre los resultados, destacan 13 categorías en las que los participantes identifican situaciones en las que se puede atentar contra la integridad del paciente:

- La personalidad única: cuando la personalidad única del paciente no es respetada o cuando el paciente es despersonalizado o visto como un caso de una enfermedad, en lugar de como un individuo que sufre por la enfermedad en cuestión.
- La autonomía propia: cuando se limita la autonomía del paciente en diversas actividades diarias (p.ej.: horas de comida y de higiene o decidir dónde, cuándo y qué comer...).
- Las opiniones personales: en situaciones en las que el paciente no es respetado por sus opiniones, cuando expresa temores que no son atendidos o cuando el personal rechaza su opinión de manera directa y sin ningún argumento objetivo (p.ej.: al hablar de otro paciente delante de él sin tenerle en cuenta).
- El yo secreto (*secret self*): cuando se hacen preguntas sobre asuntos que el paciente preferiría mantener en secreto.
- Competencia personal: cuando los profesionales consideran que saben mejor que el paciente lo que es capaz de hacer, experimentar y necesitar.
- El propio profesional: cuando los profesionales no cumplen con los estándares profesionales, por ejemplo, en términos de empatía, implicación, competencia profesional, no siendo conscientes de los efectos negativos de estas deficiencias en los pacientes.
- La propia familia: cuando los familiares exigen tener voz en el cuidado de los pacientes y sobre sus propiedades privadas o cuando los familiares no son respetados como seres humanos.
- La cultura: al no respetar la religión o la cultura del paciente, por ejemplo, si solicita llevar a cabo algunas prácticas que están relacionadas con su religión.
- La información: cuando la información sobre un paciente que debería ser privada se vuelve pública, cuando se rompe el secreto profesional o cuando algo que es confesado como un secreto se cuenta a otros.
- Las propiedades personales: las pertenencias privadas del paciente (como ropa o joyas) pueden verse afectadas cuando son tratadas de forma inadecuada o cuando no se le permite utilizarlas.
- Espacio privado: cuando los profesionales entran en el entorno de un paciente demasiado cerca o demasiado rápido, al entrar en la habitación sin llamar a la puerta o entrar o salir de su habitación sin respetar el hecho de que ésta es su casa.
- El propio cuerpo: cuando el cuerpo del paciente es tocado de una forma que puede resultar molesta para él o se le obliga a desvestirse en presencia de otras personas.
- Ridiculizar: cuando se burlan de un paciente, especialmente frente a otras personas. Por ejemplo, en la forma de comer, hablar o vestirse o cuando se le imita.

En cuanto a las consecuencias de la deshumanización en el entorno sanitario, ésta es reconocida como una estrategia de los profesionales para afrontar a las exigencias derivadas del ejercicio asistencial (Drury et al., 2017; Haque & Waytz, 2012; Schulman-Green, 2003; Trifiletti et al., 2014; Vaes & Muratore, 2013). Se trata, tal y como denominan Vaes y Muratore (2013) de la deshumanización defensiva en la práctica médica. Según Haque y Waytz (2012), algunas formas de deshumanización en la medicina ocurren porque son, hasta cierto punto, parte de la prestación de atención sanitaria efectiva y eficiente. Por ejemplo, los profesionales sanitarios que están en contacto con pacientes al final de su vida presentan altos niveles de disconfort. Entre las herramientas para afrontarlo, se encuentran la medicalización y la deshumanización del paciente. Estas estrategias llevan a los profesionales a reducir a los pacientes a un

diagnóstico o un tratamiento, así como a utilizar un lenguaje excesivamente técnico en su comunicación con los pacientes y sus familiares (Schulman-Green, 2003). En esta línea, Vaes y Muratore (2013) muestran cómo la deshumanización de los pacientes puede ayudar a los profesionales a evitar el estrés relacionado con la práctica asistencial. Igualmente, el estudio de Trifiletti (2014) refleja una correlación entre el compromiso con los pacientes, la asignación de características EH y los síntomas de estrés. De esta forma, las enfermeras más comprometidas asignan más características EH a los pacientes y tienden a presentar mayores niveles de estrés. Por lo tanto, es más probable que las enfermeras sufran estrés cuanto más perciben a los pacientes como racionales y morales, mientras que, si les perciben en términos de instinto e impulso, las enfermeras sufren menos estrés. En concreto, según Haque y Waytz (2012), la deshumanización permite a las personas preocuparse menos por sus acciones hacia las personas deshumanizadas y poder justificar actos que de otro modo serían considerados dañinos.

En cualquier caso, la deshumanización también puede tener consecuencias negativas pues, más allá de algunas demandas adaptativas en el ámbito clínico, numerosas prácticas que producen una deshumanización no funcional de los pacientes pueden ser totalmente innecesarias y frustrar una atención efectiva (Haque & Waytz, 2012; Schulman-Green, 2003). Por un lado, la deshumanización de los pacientes puede empeorar la comunicación con ellos, reduciendo así la probabilidad de planificar los cuidados de forma colaborativa (Schulman-Green, 2003). A su vez, la mecanización o la reducción de la empatía podrán producir sentimientos de alineación, incomprensión y desconfianza hacia los pacientes. Además, la desvinculación moral puede otorgar licencias a futuros daños innecesarios a los pacientes (Haque & Waytz, 2012). Por todo ello, Drury (2017) propone que, en lugar de aceptar que la deshumanización es una reacción funcional inevitable en ciertos contextos de cuidados, es necesario que se lleven a cabo esfuerzos para reducir los aspectos negativos de la interacción con los usuarios y otras fuentes de estrés derivadas de ésta. Entre las estrategias que proponen Haque y Waytz (2012) para disminuir la deshumanización en este ámbito, se encuentran la individualización, la reorientación de la agencia individual, promover la personalización y la humanización de los procedimientos, la empatía y el compromiso moral.

5.3.3.6. *¿Cuáles son las consecuencias de la deshumanización?*

La deshumanización es un fenómeno generalizado que, tal y como se ha visto anteriormente, ocurre en una gran variedad de contextos (Vaes et al., 2012), presentando consecuencias muy dispares que incluyen la agresión, la discriminación o la reducción de la empatía (Trifiletti et al., 2014). En cualquier caso, la deshumanización, tanto si es sutil como si es flagrante, impacta en las relaciones interpersonales e intergrupales (Martínez et al., 2017).

En su forma más sutil, las consecuencias de la deshumanización pueden dividirse en cuatro grandes grupos. En primer lugar, las percepciones deshumanizantes de individuos o grupos pueden reducir el comportamiento prosocial hacia ellos. En segundo lugar, estas percepciones pueden aumentar a su vez el comportamiento antisocial hacia ellos. En tercer lugar, estas percepciones pueden tener una variabilidad de implicaciones para la evaluación moral de las personas que la sufren. En cuarto lugar, las percepciones deshumanizantes de los demás pueden tener consecuencias funcionales tanto para el perceptor como para el objetivo, estando asociadas con una menor tendencia a responder hacia ellos de forma prosocial (Haslam & Loughnan, 2014).

En concreto, la deshumanización puede tener consecuencias en la realización de actos antisociales, incluyendo la agresión (Haslam & Loughnan, 2014; Martínez et al., 2011; Martínez et al., 2017). La unión entre deshumanización, violencia y agresión se expresa en las guerras y los genocidios, de tal forma que la deshumanización de las víctimas desinhibe la realización de los actos violentos y justifica la agresión (Haslam & Loughnan, 2014). En el caso de las personas con enfermedad mental, se les tiende a atribuir menos humanidad que a aquellas con una patología física, conduciendo a una mayor percepción de amenaza y peligrosidad y desencadenando respuestas deshumanizadas y discriminatorias (Martínez et al., 2011).

Otra posible consecuencia de las percepciones deshumanizadoras es la asignación de una posición moral disminuida a las personas deshumanizadas (Haslam & Loughnan, 2014). Las personas animalizadas son vistas como menos culpables de su comportamiento inmoral, mientras que las personas mecanizadas son juzgadas como menos dignas de protección, menos capaces de rehabilitación y menos merecedoras de elogio por su comportamiento moral (Bastian et al., 2011). Los efectos de la deshumanización en la posición moral podrían explicar sus vínculos con la conducta antisocial y prosocial, de tal forma que hay una mayor predisposición a perjudicar y a excluir a las personas deshumanizadas y a verlas como menos dignas de ayuda, perdón y empatía. De esta forma, el tratamiento punitivo de las personas animalizadas puede reflejar la idea de que no son agentes morales y, por lo tanto, son incapaces de razonar o controlarse a sí mismos, por lo que este tratamiento coercitivo se vuelve necesario (Haslam & Loughnan, 2014).

En cuanto a las consecuencias funcionales de la deshumanización, el estudio de Lammers (2011) muestra cómo los participantes que mecanizan a pacientes ficticios en un escenario de toma de decisiones médicas son más propensos a recomendar el tratamiento más doloroso y, en última instancia, más eficaz que su alternativa, lo que implica que, bajo algunas circunstancias, la deshumanización puede resultar beneficiosa para los pacientes. Respecto a las consecuencias de la mecanización, en el campo de la medicina moderna se observa cómo el contexto hospitalario conduce a que las personas sean deshumanizadas y tratadas como sistemas mecánicos dañados que necesitan reparación. Esto lleva a que los pacientes sean denominados con números (haciendo alusión a la habitación) o por las enfermedades y los síntomas que padecen. Así, las personas pueden ser percibidas como cuerpos sin identidad en busca de ayuda, más que como agentes individuales que requieren empatía y humanidad (Haque & Waytz, 2012; Martínez et al., 2017).

Por lo tanto, según Bastian (2011), la mayor atribución de los rasgos de la NH provoca que los individuos reciban más elogios por sus actos morales y se perciba que necesitan protección ante actos inmorales. Por el contrario, la negación de los rasgos de la NH implica que los seres mecanizados sean percibidos con menor capacidad para contribuir en pro de la comunidad y, consecuentemente, menos merecedores de trato moral. Por otro lado, los grupos percibidos de forma animalizada, es decir, con baja atribución de características EH, son percibidos como incapaces de inhibir sus comportamientos inmorales y, por tanto, menos merecedores de castigo en caso de actuaciones inmorales (Martínez et al., 2017).

5.3.3.7. *¿Cómo podemos superar la deshumanización?*

Pese a la complejidad de la deshumanización y la importancia de su abolición, se ha prestado escasa atención a cómo resolverla (Haslam & Loughnan, 2014). Sin embargo, el comportamiento

prosocial puede ser aumentado mediante la humanización de los grupos sociales que han sido objeto de deshumanización (Haslam & Loughnan, 2014). Entre las medidas para disminuir la deshumanización se encuentra el contacto intergrupal pues, si éste es mayor o de mejor calidad, reduce las percepciones deshumanizantes de los miembros del grupo deshumanizado (Capozza et al., 2014; Drury et al., 2017; Haslam & Loughnan, 2014; Pettigrew & Tropp, 2006). Habitualmente, el contacto intergrupal se ha analizado en el contexto de la deshumanización por motivos raciales o étnico (Pettigrew & Tropp, 2006). Sin embargo, también se ha demostrado que el contacto intergeneracional positivo puede reducir las actitudes edadistas hacia las personas mayores. Este contacto positivo se generaliza de tres formas: desde un miembro del exogrupo a otro miembro del exogrupo; desde un individuo del exogrupo al exogrupo entero; desde un contacto grupal primario a un grupo secundario independiente. Sin embargo, no hay evidencia que sugiera que estos hallazgos son generalizables en contextos sanitarios y sociosanitarios, donde los adultos mayores son más susceptibles de ser dependientes de los grupos más jóvenes (Drury et al., 2017). Otra de las medidas es fomentar una identidad común o una categoría superior enfatizando en las similitudes y restando importancia a las diferencias que separan ambos grupos (Haslam & Loughnan, 2014).

En el campo de la atención sanitaria, el proceso de rehumanización forma parte de la transición hacia un modelo de atención integral que aborde de forma integral los determinantes de la salud (Ávila-Morales, 2017). Según Beltrán (2016), los comportamientos deshumanizados no pueden considerarse cuidados enfermeros -que deberían llevar implícitos los atributos relacionados con la humanización-, sino que obedecen más bien a cuidados impersonales. El cuidado humanizado es el que ocurre entre enfermeras y pacientes, desde el respeto y el reconocimiento como seres humanos, y está destinado a hacer el bien a los demás, con la intención de ofrecer ayuda, pero no es necesariamente así. Este cuidado recupera la igualdad entre profesionales y pacientes, igualdad basada en la plena humanidad de ambos, respetando sus potencialidades y sus limitaciones, pese a los diferentes roles presentes en la relación de ayuda. Por su parte, Johnstone (2013) entiende que las enfermeras deben participar activamente en la detección y la disuasión de la deshumanización en la atención sanitaria, lo que incluye desacreditar el modelo gerontofóbico, fomentar el respeto por la diversidad de edad, disipar los mitos en torno a los costes del cuidado de los ancianos y la muerte, así como contrarrestar las actitudes discriminatorias por motivos de edad para promover la solidaridad intergeneracional. Al adoptar esta postura, las enfermeras ayudarán a restablecer los límites de la inclusión moral y a volver a considerar a las personas mayores como entidades morales que merecen respeto y reconocimiento como seres humanos.

Capítulo 6. METODOLOGÍA

En este capítulo se presenta la metodología de la investigación. El protocolo del estudio ha sido publicado en la revista *International Journal of Environmental Research and Public Health*⁷ (Carrero-Planells, Urrutia-Beaskoa, et al., 2021) y está disponible en el anexo 3. A continuación, se exponen los objetivos de la investigación, se fundamenta su diseño metodológico, incluyendo el perfil de los participantes, las técnicas de recogida, análisis e interpretación de los datos, las técnicas de rigor y las consideraciones éticas.

6.1. Pregunta y objetivos de la investigación

Según Cuesta-Benjumea (2008), la pregunta de investigación ha de ser congruente con la metodología que se propone en un estudio y ha de reflejar el paradigma en el que el investigador está situado. En consecuencia, la pregunta de investigación que ha dirigido esta investigación es:

¿Cuál es la cultura⁸ de la contención física en el paciente geriátrico entre los profesionales de la salud (médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería) de los hospitales de atención intermedia en Mallorca?

A fin de responder a la pregunta realizada, se han formulado cuatro objetivos específicos:

- Explorar los discursos y las prácticas de los profesionales en relación al uso de las contenciones físicas en los hospitales de atención intermedia.
- Describir los factores institucionales que, según los profesionales, influyen en el uso de las contenciones en el paciente geriátrico en este entorno asistencial.
- Analizar el impacto ético del uso de las contenciones físicas en la práctica clínica y sus consecuencias en la (des)humanización de las personas mayores.
- Identificar las similitudes y las diferencias en el discurso de los profesionales respecto al uso de las contenciones según su disciplina y su categoría laboral.

6.2. Diseño de la investigación

Para responder a los objetivos planteados, se diseñó una investigación cualitativa de enfoque etnometodológico mediante análisis crítico del discurso (ACD).

La investigación cualitativa abarca numerosas formas de investigación y metodologías que tienen como punto común el potencial explicativo de la información generada sobre un fenómeno (Facey et al., 2018). Denzin y Lincoln (2018) definen estas investigaciones como el

⁷ La revista *International Journal of Environmental Research and Public Health* está indexada en el primer cuartil de la categoría *Public, Environmental & Occupational Health* del *Journal Citation Report* el año 2021 (Factor de Impacto: 4.614). Referencia disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph18147509>.

⁸ Por cultura de la contención física entendemos aquellos aspectos relacionados con los conocimientos, las actitudes y la práctica de los profesionales sanitarios respecto al uso de contenciones físicas en el cuidado del paciente geriátrico.

conjunto de prácticas interpretativas que hacen visible el mundo y lo transforman. Una de las principales características de la investigación cualitativa es su enfoque naturalista en la generación de los datos, lo que permite que los datos cualitativos sean contextuales y estén conectados con las personas, los lugares, los momentos, los eventos y las interacciones sociales cotidianas -es decir, los contextos sociales y culturales- en los que se han generado (Facey et al., 2018). Desde esta perspectiva, la investigación cualitativa permite una comprensión profunda de los fenómenos sociales desde el punto de vista de los sujetos, así como del contexto en el que viven las personas y en el que se desarrollan los acontecimientos. En concreto, permite explorar las experiencias, las percepciones y los comportamientos de las personas e interpretar los fenómenos en base a los significados que les atribuyen (Agius, 2013; de la Cuesta-Benjumea, 2022; Denzin & Lincoln, 2018; Fernández-Lasquetty Blanc, 2013; Grove et al., 2016; Kuper et al., 2008; Zarco Colón et al., 2019). Por todo ello, la investigación cualitativa está indicada en el estudio de por qué las personas se comportan como lo hacen, cómo se forman las actitudes y las opiniones o cómo y por qué las culturas y las prácticas se han desarrollado de la forma en la que lo han hecho (Agius, 2013).

En concreto, la investigación cualitativa en salud permite interpretar los comportamientos y los discursos que sustentan las prácticas profesionales en este ámbito (Calderón, 2002). La salud, entendida y contextualizada de manera integral, exige tomar en consideración aquellos espacios sociales, intersubjetivos y simbólicos desde modelos más comprensivos que el biomédico (Pedraz Marcos et al., 2014, p. 3). Más específicamente aún, Beck (2013) argumenta que la investigación cualitativa en enfermería es una subdisciplina de la investigación cualitativa en salud, siendo especialmente importante para el desarrollo de la disciplina. Esta metodología ha supuesto una oportunidad para resituar a la enfermería como una profesión que produce conocimiento científico y se dedica a la investigación en entornos académicos y sanitarios, como disciplina y también en equipos interdisciplinares (Bover et al., 2013).

Por todo ello, y en concordancia con los objetivos del estudio, Monticelli (2008) considera que, cuando el cuidado se sitúa dentro de una cultura, sólo los métodos cualitativos permiten visibilizar algunos aspectos de dicho cuidado. A través de esta metodología, la racionalidad subyacente al comportamiento de los profesionales puede ser explorada y así proporcionar una comprensión contextual y profunda desde sus perspectivas (Green & Thorogood, 2014).

En relación a la etnometodología, Garfinkel (2006, p. 20) la define como “la investigación de las propiedades racionales de las expresiones contextuales y de otras acciones prácticas como logros continuos y contingentes de las prácticas ingeniosamente organizadas de la vida cotidiana”. Etimológicamente, el término etnografía significa descripción (*grafé*) del estilo de vida de un grupo de personas habituadas a vivir juntas (*ethnos*). *Ethnos* puede hacer referencia a cualquier grupo humano que constituya una entidad cuyas relaciones estén reguladas por las costumbres o por ciertos derechos y obligaciones recíprocos (Monticelli et al., 2008). Por lo tanto, la investigación etnometodológica permite explorar cómo los miembros de una sociedad disponen de ciertos conocimientos sobre “cualquier cosa” que conforman el sentido común de dicha sociedad (Garfinkel, 2006).

El foco principal de estos estudios está siempre en las prácticas de los participantes (Ten Have, 2004). Concretamente, Garfinkel se interesó por los procedimientos de razonamiento (llamados “métodos”) a través de los cuales se toman las decisiones colectivas y se cumplen los veredictos. Estos métodos no se basan en un conocimiento especializado o en tipos particulares de pensamiento lógico o legal, sino en el conocimiento del sentido común diario (Firth, 2010). Desde esta perspectiva, la etnometodología se dedica a explicar cómo los miembros de un grupo

hacen la vida social, con especial interés en los procesos mediante los cuales construyen y sostienen colectivamente un sentido de orden e inteligibilidad en ella (Firth, 2010; Garfinkel, 2006; Gonnert, 2011; Holstein, 2018; Ten Have, 2004). Es decir, desde la etnometodología, los investigadores estudian “lo que se da por cierto, las prácticas del sentido común a través de las cuales los miembros de la sociedad coordinan, estructuran y entienden sus actividades diarias” (Firth, 2010). En definitiva, se trata de un método naturalista que busca generar conocimiento en profundidad sobre un entorno para comprender cómo y por qué las personas piensan y actúan como lo hacen (Green & Thorogood, 2014).

Por lo tanto, la etnometodología permite describir las acciones que las personas realizan en un determinado contexto e interpretar los significados que atribuyen a sus comportamientos en circunstancias cotidianas o excepcionales (Monticelli et al., 2008). A través de la etnografía se tiene acceso a las creencias y a las prácticas de una cultura para llegar a una interpretación cultural. Se trata de una forma de observar que describe e interpreta el comportamiento cultural e individual y explica los significados que las personas atribuyen a ese comportamiento (Monticelli et al., 2008). En definitiva, se trata de un conocimiento de los asuntos cotidianos que puede ser revelado en forma de razonamientos prácticos (Garfinkel, 2006).

La etnometodología se opone a la suposición de una realidad externa, objetiva, cuya existencia puede ser conocida y descrita independientemente de la mediación humana. Entiende que el orden social es posible y se mantiene como resultado de la interiorización por parte de los agentes individuales de unas normas sociales de cultura compartida (Firth, 2010). Defiende que la cultura es dinámica, adaptable y cambiante. Además, las creencias culturales, los valores y los comportamientos culturales son aprendidos y transmitidos dentro del grupo. Por ello, esta visión del mundo se transmite y se comparte entre los individuos, aunque estos tienen la posibilidad de alterarla en cualquier momento (Monticelli et al., 2008).

En el caso de este estudio, el enfoque etnometodológico permite describir las acciones que los profesionales realizan en un determinado contexto e interpretar los significados que atribuyen a sus comportamientos en circunstancias cotidianas, como el uso de las contenciones físicas en los hospitales de atención intermedia. Una de las características de esta metodología es su carácter holístico y contextual, lo que permite analizar el discurso de los profesionales en el contexto institucional. Además, esta metodología pretende modificar las prácticas profesionales y promueve un mejor cuidado, siendo éste el objetivo último de este proyecto (Monticelli et al., 2008).

Finalmente, en relación al ACD, se trata de “un tipo de investigación que se centra en el análisis discursivo y estudia, principalmente, la forma en la que el abuso de poder y la desigualdad social se representan, reproducen, legitiman y resisten en el texto y el habla en contextos sociales y políticos” (Van Dijk, 2001, 2016).

Uno de los conceptos centrales de los estudios con ACD es el poder y, más específicamente, el poder social de grupos o instituciones (Chouliaraki & Fairclough, 2010; Van Dijk, 2001, 2016). En concreto, los grupos tienen más o menos poder en función de si son más o menos capaces de controlar los actos y las mentes de los miembros de los otros grupos. El poder del grupo dominante puede reflejarse en las leyes, las reglas, las normas y las costumbres, así como formar parte de las prácticas hegemónicas (Van Dijk, 2001). En este sentido, el ACD está principalmente interesado en analizar las relaciones estructurales de dominación, discriminación, poder y control tal y como se manifiestan en el lenguaje (Wodak, 2004). Desde el ACD, se rechaza la posibilidad de una ciencia “libre de valores”. En su lugar, se defiende que el discurso es una parte

inherente de la estructura social y se produce en la interacción social. El foco del ACD es la dominación y la resistencia e implica un interés especial por el discurso institucional y organizacional y su papel en la producción y reproducción de las desigualdades (Van Dijk, 2001, 2016). En definitiva, el ACD es el estudio del discurso con una actitud en la que los investigadores se posicionan explícitamente con la intención de entender, exponer y, fundamentalmente, desafiar al abuso de poder y la desigualdad social (Van Dijk, 2001; Wodak, 2004). Por todo lo explicado anteriormente, se considera que el ACD es el tipo de análisis que nos permitirá explorar los discursos y las relaciones de poder profesionales e institucionales que explican el uso de las contenciones físicas en el cuidado de las personas mayores.

6.3. Ámbito del estudio y participantes

El ámbito de estudio ha sido la atención intermedia en Mallorca, donde existen 5 hospitales de atención intermedia. Algunos de estos centros son propios del IB-SALUT⁹, el Servicio de Salud de las Islas Baleares: el Hospital Joan March, el Hospital General -ambos hospitales de segundo nivel dependientes de un hospital de agudos de referencia- y el Hospital Psiquiátrico; mientras que los hospitales Sant Joan de Déu de Palma y de Inca son hospitales concertados integrados en la red pública del IB-SALUT.

La población de estudio está constituida por los profesionales sanitarios de los hospitales de atención intermedia: médicos, enfermeras y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE). En los hospitales incluidos en el estudio, trabajan aproximadamente 10-15 médicos, 45-55 enfermeras y 55-70 TCAE. Estos profesionales son identificados por la bibliografía como los principales implicados en la toma de decisiones, la prescripción y la aplicación de las contenciones físicas (Fariña-López et al., 2013; Möhler & Meyer, 2014; Saarnio & Isola, 2010). Los médicos participan en la toma de decisiones, las enfermeras son las responsables del plan de cuidados del paciente y tienen una relación directa con la aplicación de estos dispositivos (Möhler & Meyer, 2014; Saarnio & Isola, 2010) y las TCAE tienen un papel relevante en su aplicación técnica (Fariña-López et al., 2013). La variable que se planteó explorar es la disciplina profesional por su implicación en las relaciones de poder en el ámbito sanitario, tal y como se propone como objetivo específico del estudio.

Una vez identificada la población de estudio, se estableció el perfil de los participantes. Se previó incluir a 6-9 profesionales por cada categoría profesional (como mínimo y hasta alcanzar la saturación de los datos). El perfil de los participantes se diseñó teniendo en cuenta su profesión y se balanceó según la distribución aproximada de género de los profesionales colegiados en Baleares (médicos: 60% hombres y 40% mujeres; enfermeras: 80% mujeres y 20% hombres; TCAE: 90% mujeres, 10% hombres) y el centro en el que trabajaban. Para segmentar la muestra, se analizó el número de profesionales que trabajaban en las unidades de atención intermedia en base a las ratios de personal. A partir de estas proporciones, se estableció la distribución de los profesionales según el centro de trabajo, que se recoge en la tabla 4.

⁹ El Servicio de Salud de las Islas Baleares (IB-SALUT), adscrito a la Conselleria de Salud y Consumo del Gobierno de las Islas Balears, tiene como misión prestar atención sanitaria a la población de las Islas Baleares desde todos los ámbitos de atención, tanto comunitario como hospitalario. En concreto, el área de salud de la isla de Mallorca está compuesta por cuatro sectores sanitarios, disponiendo cada una con un hospital: Ponent-Hospital Universitario Son Espases, Migjorn-Hospital Universitario Son Llàtzer, Tramuntana-Hospital Comarcal de Inca, Llevant-Hospital Comarcal de Manacor.

Tabla 4. Distribución de los profesionales según el centro de trabajo.

	H. General	H. Joan March	H. SJD Palma	Total		
					H	M
Médicos	2-3	2-3	2	7	4	3
Enfermeras	2-3	2-3	2	7	2	5
TCAE	2-3	2-3	2	7	1	6
Total	6-9	6-9	6	21	7	14

Además, se establecieron unos criterios de inclusión y exclusión tanto para los centros de atención intermedia (y las unidades de hospitalización) como para los profesionales asistenciales que se recogen en la tabla 5.

Tabla 5. Criterios de inclusión y exclusión de los centros (y las unidades) de atención intermedia y los profesionales asistenciales.

Centros sanitarios y unidades asistenciales	
Criterios de inclusión	<ul style="list-style-type: none"> • Centros hospitalarios de atención intermedia. • Unidades de hospitalización en las que se atiende a pacientes geriátricos (mayores de 65 años) con deterioro físico y/o cognitivo, en situación de media o larga estancia. • Centros de la red pública del IB-SALUT (públicos y concertados)
Criterios de exclusión	<ul style="list-style-type: none"> • Centros en los que se hayan retirado las contenciones físicas por completo. • Unidades específicas de neurorrehabilitación o cuidados paliativos. • Unidades específicas de atención a pacientes con COVID-19¹⁰.
Profesionales asistenciales	
Criterios de inclusión	<ul style="list-style-type: none"> • Médicos, enfermeras y TCAE en ejercicio asistencial en las unidades incluidas. • Experiencia superior a 2 años.
Criterios de exclusión	<i>No se establecieron criterios de exclusión.</i>

A partir de estos criterios, fueron incluidos en el estudio el hospital Joan March, el hospital General y el hospital Sant Joan de Déu de Palma. El Hospital Psiquiátrico fue excluido debido al perfil de paciente atendido. Respecto al Hospital Sant Joan de Déu de Inca, éste fue inaugurado una vez ya había comenzado el estudio y se planteó inicialmente como un centro libre de sujeciones. La doctoranda tuvo una reunión con Angélica Miguélez Chamorro, Subdirectora de Atención a la Cronicidad, para debatir los criterios de inclusión de los centros (también se estuvo comentando la posibilidad de incluir otros centros residenciales que tenían una función sociosanitaria pero no podían ser considerados centros de atención intermedia).

En relación al muestreo, en la investigación cualitativa, el tipo de muestreo utilizado es determinado por la metodología seleccionada y por el fenómeno de la investigación, no por teorías de probabilidad estadística o la necesidad de hallar resultados generalizables (Curtis et al., 2000; Green & Thorogood, 2014; Higginbottom, 2004). En este sentido, la selección de la

¹⁰ Para minimizar el impacto que la pandemia por COVID-19 pudiera estar teniendo en el uso de las contenciones físicas en las unidades de hospitalización, se excluyeron aquellas unidades específicas de atención a pacientes con COVID-19.

muestra tiene una gran relevancia en la calidad de la investigación (Coyne, 1997; Flick, 2007; Koerber & McMichael, 2008). Por ello, el rigor de los estudios cualitativos se consigue explicando de forma clara cuál ha sido el proceso de muestreo y estableciendo cómo se han generado los resultados a partir de los hallazgos empíricos (Higginbottom, 2004).

En este estudio, el muestreo fue de carácter teórico-intencional, lo que permitió obtener una mirada integral del fenómeno, mediante la inclusión tanto de participantes con perfiles típicos como de aquellos con perfiles extremos (Coyne, 1997; Green & Thorogood, 2014). Por un lado, el muestreo intencional busca y selecciona a participantes que posean ciertos rasgos o cualidades. Por lo tanto, al incluir a aquellas personas que aporten diferentes perspectivas del fenómeno estudiado, se consigue la mayor variabilidad posible (Koerber & McMichael, 2008). En este caso, el muestreo intencional se realizó en base a las categorías laborales y a los centros de trabajo. Por otro lado, el muestreo teórico se basa en el constructo teórico que guía el estudio y que permite definir los perfiles con la aplicación de unos criterios (Vázquez Navarrete et al., 2018). Este muestreo teórico está guiado por las interpretaciones que emergen de los datos y se organiza en torno al objetivo de lograr su saturación teórica (Kelly, 2013). Por ello, un elemento fundamental de este tipo de muestreo es la simultaneidad en la recogida y el análisis de los datos, lo que permite orientar qué perfiles de participantes deben ser incluidos en las fases posteriores de la recogida de datos (Coyne, 1997; Flick, 2007). En concreto, para explorar el discurso de los perfiles extremos, se planteó entrevistar a profesionales miembros del grupo de prevención de caídas/reducción del uso de sujeciones físicas, médicos geriatras y profesionales con experiencia en varios de los centros asistenciales incluidos.

El reclutamiento fue iniciado en persona por los enfermeros colaboradores del estudio (un colaborador por cada centro asistencial)¹¹. Estos informantes clave actuaron de facilitadores y difusores del proyecto de investigación, explicándolo personalmente a los profesionales que cumplían los criterios de inclusión e invitándoles a participar. La intención fue que las personas seleccionadas tuviesen la capacidad de explicar e ilustrar el fenómeno y el contexto (Curtis et al., 2000). A los profesionales que se mostraron interesados en participar, se les envió un correo electrónico (anexo 4) con la hoja de información al participante (anexo 5) para que pudiesen confirmar su participación. Después, se contactó telefónicamente con ellos para resolver las dudas relacionadas con la investigación y concretar una cita presencial (en algunos casos, el contacto telefónico fue previo al correo electrónico por expreso deseo de los participantes). Excepcionalmente, se realizó el reclutamiento en forma de 'bola de nieve', según el cual se solicitó a dos entrevistados que difundieran el estudio entre otros profesionales que cumpliesen los criterios de inclusión. En todos los casos, al inicio del encuentro personal y antes de iniciar la entrevista, se les volvió a explicar los objetivos del estudio, así como la voluntariedad del mismo y la posibilidad de revocar de su participación en cualquier momento. Este proceso de información quedó registrado mediante la firma del documento de consentimiento informado (anexo 6).

Finalmente, un total de 22 profesionales asistenciales participaron en este estudio, siendo 16 mujeres y 6 hombres (únicamente un profesional rechazó participar por cuestiones familiares). En relación a la categoría laboral, se entrevistaron a 7 TCAE, 7 médicos (siendo dos de ellos médicos geriatras) y 8 enfermeras. La media de edad fue de 47 años, con una experiencia laboral previa media de 21 años. Respecto a la distribución por centros de trabajo, participaron entre 7

¹¹ Los colaboradores del estudio fueron Xisca Pozo Rodríguez, coordinadora de enfermería el Hospital General; María Rosario Serra Soler, coordinadora de enfermería en el Hospital Joan March; y Gaizka Parra García, enfermero asistencial en el Hospital Sant Joan de Déu de Palma

y 9 profesionales de cada hospital. Únicamente 4 de los participantes habían recibido formación sobre uso ético de las contenciones (para este dato, únicamente se ha considerado a aquellos profesionales que habían realizado formación sobre un uso ético de las contenciones físicas o cómo minimizar su uso o evitarlas; por lo que no se ha contabilizado a aquellos profesionales que habían recibido formación sobre la aplicación técnica de las contenciones). Dos de los participantes eran miembros de los grupos de retirada de contenciones de los hospitales donde trabajaban. En la tabla 6 el perfil de los participantes¹².

Tabla 6. Perfil de los participantes.

Participante	Categoría laboral	Edad	Sexo	Centro de trabajo	Años de experiencia	Formación en contenciones
A1	TCAE	61-65	Mujer	Hospital 2	46-50	Sí
A2	TCAE	51-55	Mujer	Hospital 1	11-15	No
A3	TCAE	26-30	Mujer	Hospital 1	6-10	No
A4	TCAE	56-60	Mujer	Hospital 3	36-40	No
A5	TCAE	46-50	Mujer	Hospital 3	26-30	No
A6	TCAE	46-50	Hombre	Hospital 3	1-5	No
A7	TCAE	56-60	Mujer	Hospital 2	11-15	No
E1	Enfermera	31-35	Mujer	Hospital 2	6-10	Sí
E2	Enfermera	56-60	Mujer	Hospital 1	41-45	No
E3	Enfermera	41-45	Mujer	Hospital 2	16-20	Sí
E4	Enfermera	51-55	Mujer	Hospital 1	26-30	No
E5	Enfermera	41-45	Mujer	Hospital 3	6-10	No
E6	Enfermera	31-35	Hombre	Hospital 3	6-10	No
E7	Enfermera	46-50	Hombre	Hospital 1	26-30	No
E8	Enfermera	26-30	Mujer	Hospital 3	6-10	No
M1	Médico	31-35	Mujer	Hospital 1	6-10	No
M2	Médico	41-45	Mujer	Hospital 2	16-20	No
M3	Médico	61-65	Mujer	Hospital 3	36-40	No
M4	Médico	36-40	Hombre	Hospital 1	11-15	No
M5	Médico	41-45	Mujer	Hospital 2	16-20	Sí
M6	Médico	51-55	Hombre	Hospital 3	26-30	No
M7	Médico	61-65	Hombre	Hospital 3	41-45	No

6.4. Recogida de datos

En relación al momento que se realizó la recogida de datos (entre enero y octubre de 2020), cabe señalar que el diseño de este estudio se vio afectado por la pandemia por COVID-19. Las características propias de la investigación cualitativa mediante la recogida de datos planteada inicialmente podían suponer un peligro tanto para el participante como para el investigador, por lo que tuvo que adaptarse a la situación sanitaria (Tremblay et al., 2021). Inicialmente, en 2019, la investigación fue diseñada para llevar a cabo grupos de discusión como técnica primaria de recogida de datos con la intención de explorar las construcciones sociales de grupo (Amezcuza, 2003; Berenguera Ossó et al., 2014; Callejo Gallego, 2002; McLafferty, 2004). Además, como

¹² Para preservar la no identificación de los participantes, se ha anonimizado el centro de trabajo y tanto la edad como los años de experiencia profesional se presentan en franjas.

técnica secundaria, se habían programado entrevistas individuales exploratorias (previo a la discusión, para configurar el guion de estos grupos) y aclaratorias (tras los grupos de discusión, para poder profundizar en aquellos aspectos que no emergieran en ellos). Dada la situación de pandemia, las restricciones legales de reunión, la sobrecarga laboral de los profesionales sanitarios y el riesgo de contagio, se decidió llevar a cabo sólo entrevistas individuales.

Por todo ello, la técnica primaria para la recogida de datos fue la entrevista semi-estructurada (Valles, 2002). La entrevista forma parte de las técnicas conversacionales o narrativas. Berenguera (2014) las define como conversaciones o diálogos con una o más personas, con un propósito y un diseño orientados a la investigación social. El objetivo es establecer un diálogo que permita obtener información profunda y contextualizada, sin inducir ni forzar las respuestas.

En investigación cualitativa, la técnica de recogida de datos más habitual es la entrevista y, más concretamente, la entrevista semi-estructurada (Flick, 2007; Kallio et al., 2016). El foco de la investigación mediante entrevistas se pone en “la experiencia individual del participante, que se considera relevante para entender la experiencia de otras personas en una situación similar” (Flick, 2007). La entrevista semi-estructurada posibilita la reciprocidad entre el entrevistador y el participante, permitiendo al entrevistador improvisar en función de las respuestas del participante a la vez que deja espacio para las expresiones verbales individuales de este último (Kallio et al., 2016).

Para responder a los objetivos de la investigación, se diseñó un guion de la entrevista. En relación al guion, pese a que las preguntas se definieron previamente, tanto su secuencia como su formulación no deben seguirse estrictamente y varían en función de cada participante, lo que permite al investigador profundizar en alguna idea que pueda ser relevante (Kallio et al., 2016; Kelly, 2013; Vanegas C., 2016). Siguiendo el proceso de desarrollo del guion de la entrevista semi-estructurada propuesto por Kallio (2016), a partir de la revisión de la literatura se hizo una propuesta inicial de guion que fue discutido con las directoras de tesis, especialmente con Ana Urrutia como experta en el fenómeno. Posteriormente, se pilotó la entrevista con un participante de cada disciplina profesional. En último lugar, se procedió a difundir el guion de la entrevista para que pueda ser replicado en otros estudios, tanto en este documento (anexo 7) como en el artículo publicado del protocolo del estudio (Carrero-Planells, Urrutia-Beaskoa, et al., 2021).

Las entrevistas se desarrollaron fuera del horario laboral de los participantes. En una primera fase, se realizaron entrevistas pilotos con un profesional de cada categoría laboral. En cuanto al lugar de la entrevista, los participantes podían elegirlo, teniendo la opción de realizarla en las instalaciones de la Universitat de les Illes Balears. Al ofrecerles la posibilidad de elegir el lugar de realización, se buscaba que los profesionales se sintiesen lo más cómodos posible para la entrevista, siempre garantizando su intimidad y confidencialidad. La mayoría de las entrevistas se desarrollaron en despachos de los centros de trabajo (generalmente a la salida de la jornada laboral) y las otras entre las aulas de la UIB, los domicilios de los participantes o en parques públicos poco concurridos. Las entrevistas tuvieron una duración aproximada de 1 hora, variando entre los 30 minutos y las 2h, aproximadamente.

Al inicio de las entrevistas, se volvía a presentar el estudio y se agradecía al profesional su participación en el mismo. Además, se aprovechaba para aclarar cualquier duda sobre los objetivos del estudio y el consentimiento informado. Además, se solicitaba permiso para grabar la entrevista (y éste se volvía a solicitar al inicio de la grabación) y se explicaba el tratamiento

confidencial de los datos, ofreciéndoles usar un pseudónimo durante el transcurso de la misma (ningún participante lo solicitó). Finalmente, los participantes firmaban el documento de consentimiento informado (tras haber dispuesto de tiempo suficiente para su lectura y plantear dudas) y se cumplimentaba la ficha sociodemográfica (anexo 8) que contenía la siguiente información: edad, sexo, centro de trabajo, categoría laboral, años de experiencia profesional (en la categoría laboral) y formación en la prevención y la reducción de uso de las contenciones físicas y/o cuidado sin contenciones. A continuación, se iniciaba el debate a fondo, cuyas preguntas principales eran las siguientes:

1. ¿Qué piensa sobre las contenciones físicas?
2. ¿Por qué se contiene a una persona mayor?
3. María es una mujer de 80 años con deterioro cognitivo leve que se acaba de desorientar. Nos llama su hija porque constantemente se está levantando de la silla: ¿Qué haría?
4. ¿Qué responsabilidad cree que tiene como médico/enfermera/TCAE en que un paciente de su unidad esté contenido?
5. Cuando está de turno y tiene a su cargo un paciente que, aun estando tranquilo, está contenido: ¿cómo actúa?
6. (Se presentaba a los participantes la Figura 3): ¿Cree que esta situación se podría haber prevenido? ¿Qué se podría haber hecho para evitar esta situación?
7. ¿Quiere comentar alguna otra cuestión que le interese destacar y que no hayamos hablado?

Figura 3. Imagen de paciente contenido que sufre caída desde la cama mostrada durante la entrevista.



Al finalizar la entrevista, se agradecía nuevamente la participación en el estudio y se realizaba un breve resumen de las aportaciones, así como se informaba de qué se haría con los resultados.

Durante el transcurso de las entrevistas se siguieron algunas de las estrategias recomendadas por Valles (2002) o Rapley (2004) como la escucha activa, la realización de preguntas de clarificación de conceptos y de seguimiento (dirigidas a indagar en los temas surgidos en las respuestas a las preguntas principales). Igualmente, se usaron las tácticas del silencio; de

animación (tanto verbales como no verbales) y elaboración (inmediata y retrospectiva); de reafirmación y repetición (sobre todo, el eco y la interpretación); y de aclaración (Valles, 2002).

Paralelamente, a todos los participantes se les propuso que realizaran un diario reflexivo, denominado 'diario de contención' en el que pudieran escribir sus reflexiones sobre los aspectos relacionados con el fenómeno, así como narrar episodios de contención. Pese a que inicialmente valoraron positivamente la opción, ninguno de los profesionales finalmente participó en esta modalidad.

Finalmente, para asegurar que la reflexividad fuese una técnica de rigor durante todo el proceso (Bover, 2013), la investigadora principal llevó a cabo un diario de campo. Este diario de campo fue, principalmente, grabado en audio al finalizar cada una de las entrevistas y recogía aspectos relacionados con la posicionalidad y la reflexividad durante esta fase de recogida de datos.

6.5. Análisis (e interpretación) de los datos

El análisis de los datos es una fase clave y compleja en las investigaciones cualitativas (Berenguera Ossó et al., 2014; Zarco Colón et al., 2019). Según Zarco (2019), el proceso de análisis e interpretación en investigación cualitativa consiste en "descomponer un todo en lo que consideramos sus partes fundamentales con el fin de llegar a conocerlo en sus claves o elementos y darle un sentido a este hallazgo, es decir, llegar a comprenderlo en relación con un contexto". Los objetivos de este análisis cualitativo son reflejar la complejidad de los fenómenos estudiados y presentar las estructuras subyacentes que dan sentido a esa complejidad (Green & Thorogood, 2014). Las actividades que conforman este proceso incluyen la descomposición y la recomposición del texto que recoge el discurso, la contextualización de dicho texto en sus circunstancias de producción discursiva (micro y macro) y la consecución de una comprensión y un encaje del mismo dentro del contexto de la investigación, otras evidencias y el propio marco teórico (Zarco Colón et al., 2019).

En concreto, en este estudio se realizó un análisis inductivo-deductivo o abductivo, tal y como defienden Green y Thorogood (2014). En el análisis deductivo, los temas y las explicaciones derivan, principalmente, de conceptos previos procedentes de las teorías preexistentes o la literatura del fenómeno. Sin embargo, en el análisis inductivo, los temas y las explicaciones proceden, sobre todo, de los datos resultantes de la investigación, sin tratar de ajustarlos a conceptos preexistentes de la teoría (Berenguera Ossó et al., 2014; Green & Thorogood, 2014).

En este estudio, la recogida y el análisis de los datos se llevaron a cabo de forma simultánea, con la intención de que estas fases se retroalimentaran y el análisis preliminar de los primeros datos sirviese para revisar el guion de la entrevista, explorar nuevas vías de la investigación así como profundizar en algunos aspectos (Berenguera Ossó et al., 2014; Pope et al., 2000). A continuación, se describe el proceso de análisis de los datos seguido (Berenguera Ossó et al., 2014; Taylor & Bogdan, 1987; Zarco Colón et al., 2019).

En un primer momento, y como fase preparatoria al proceso de análisis propuesto por Taylor y Bogdan (1987), se llevó a cabo una fase de preparación del corpus textual. En particular, tal y como señalan Sánchez y Revuelta (2005), cuando los datos en una investigación se han registrado con medios audiovisuales, su transcripción es un paso necesario para su interpretación. Así, la transcripción literal de las entrevistas a partir de las pautas (anexo 9) de Bassi Follari (2015) y fue desarrollada por la investigadora, dos alumnas colaboradoras

(estudiantes del Grado en Enfermería de la UIB) y por dos profesionales externos contratados. En todos los casos, las transcripciones fueron revisadas por la investigadora principal para asegurar la reproducción literal de la grabación original y subsanar los posibles errores del texto (Berenguera Ossó et al., 2014). Durante este proceso de transcripción, se obviaron todos los datos identificativos de los participantes y sus lugares de trabajo, así como se enmascaró el nombre de otros centros asistenciales (Berenguera Ossó et al., 2014). Por ejemplo, el verbatim “en el Hospital Son Espases...” fue sustituido por “en el XX ((hospital de agudos)) ...”¹³.

En segundo lugar, se inició la fase de ‘pensar los datos’ (Zarco Colón et al., 2019) o fase de descubrimiento de los datos (Taylor & Bogdan, 1987). En esta fase, se reprodujeron las entrevistas en audio y se generó un documento para cada una de ellas que recogía las ideas principales, así como las reflexiones suscitadas. Posteriormente, se volvieron a reproducir las entrevistas y se leyeron las transcripciones de las mismas en papel, identificando los temas principales en los márgenes de la impresión. Este análisis inductivo permitió encontrar similitudes y diferencias, así como establecer relaciones entre las ideas identificadas. A partir de esta fase preliminar, se diseñó un primer esbozo de mapa conceptual. La realización de esta fase durante el proceso de recogida de datos permitió orientar las siguientes entrevistas, identificando aquellas áreas en las que era necesario profundizar en mayor medida.

En tercer lugar, se procedió a la fase de codificación (Taylor & Bogdan, 1987), a la que Zarco (2019) denomina ‘trabajar los datos’. La codificación consiste en clasificar los datos para posteriormente nombrar los segmentos de datos con una etiqueta que, simultáneamente, categoriza, resume y aporta significado a cada uno de estos segmentos (Thornberg & Charmaz, 2014). En esta fase de análisis de carácter inductivo-deductivo, se identificaron los códigos de los segmentos de las transcripciones (en papel) y se fueron anotando comentarios resumiendo o interpretando la idea principal. Paralelamente, se generó una lista de códigos en el programa informático MAXQDA. Los códigos -unidades de significado más exhaustivos y concretos-, sufrieron un proceso de reducción (agrupando bajo un mismo código diferentes etiquetas utilizadas con el mismo significado) y fueron agrupados en subcategorías y categorías más amplias. Tanto los códigos como las categorías fueron sometidas a un proceso de comparación constante que permitió establecer patrones de significación y relación entre los códigos y las categorías analizadas (Green & Thorogood, 2014; Moreno-Mulet, 2016; Pope et al., 2000; Taylor & Bogdan, 1987; Zarco Colón et al., 2019). Finalmente, la codificación en papel de cada entrevista fue trasladada al programa informático de análisis cualitativo MAXQDA, lo que permitió generar un informe que reuniese los datos pertenecientes a cada categoría y código (Taylor & Bogdan, 1987). Además, en esta fase se fue completando el mapa conceptual que se había generado anteriormente, asociando las ideas a los códigos utilizados.

Por último, se llevó a cabo la fase más interpretativa, que consiste en ‘reconstruir los datos’ (Zarco Colón et al., 2019) y a la que Taylor y Bogdan (1987) designan como ‘relativización de los datos’. Esta fase consiste en interpretar los datos en el contexto en el que fueron recogidos (Taylor & Bogdan, 1987). Zarco (2019) explica que en esta fase el investigador debe reconstruir los sentidos fragmentarios que hayan sido localizados en el análisis. En esta fase, se conectaron e interpretaron las categorías, estableciendo las relaciones existentes entre ellas y generando un marco explicativo. La interpretación desarrollada giró en torno al marco teórico, desde la

¹³ Por defecto, cuando los participantes hacían alusión a uno de los centros de atención intermedia donde trabajan, se ha sustituido por ((hospital)); por ejemplo “en el Hospital General...” fue sustituido por “en el XX ((hospital)) ...”. Se ha especificado el tipo de centro cuando no aludían a un hospital incluido en el estudio.

perspectiva del ACD. Igualmente, se analizaron los datos en relación con la revisión de la literatura y los referentes conceptuales y teóricos para discutir los resultados obtenidos en las entrevistas. El desarrollo de este proceso fue compartido y discutido con las directoras de la tesis. Además, en esta fase, se redactó el informe de análisis, manteniendo los verbatimés de las entrevistas para ilustrar este análisis y que la aportación realizada pueda ser evaluada.

Todo este proceso de análisis de datos fue sistematizado y optimizado mediante la ayuda del programa informático MAXQDA 2020. Se trata de un software de análisis de contenido de datos cualitativos que ha facilitado la organización del análisis, el proceso de codificación y la recuperación de los segmentos codificados, sin automatizar en ningún caso este proceso de análisis (Berenguera Ossó et al., 2014).

6.6. Elementos de rigor

En relación a los criterios que deben regir la evaluación de la calidad en la investigación cualitativa, diferentes autores proponen diferentes perspectivas. Por un lado, Lincoln y Guba (1985) describen cuatro criterios: credibilidad, transferibilidad, consistencia y confirmabilidad. Por otro lado, Mays y Pope (2000) proponen evaluar la calidad de la investigación cualitativa en función de los criterios de validez y relevancia. Finalmente, Carlos Calderón (2002, 2009) defiende que la calidad de la investigación cualitativa en salud se establece en base a los criterios de adecuación epistemológica, relevancia, validez y reflexividad.

A continuación, y a partir de los criterios de rigor propuestos por Calderón (2002, 2009), se van a describir las estrategias de rigor que se han llevado a cabo, destacando la saturación de los datos, la triangulación de los datos y la reflexividad de la investigadora principal.

En primer lugar, la adecuación epistemológica y metodológica se consigue cuando la perspectiva cualitativa es la que mejor se adapta a las preguntas y los objetivos de la investigación y cuando el diseño y el desarrollo de la investigación concuerdan con la metodología cualitativa (Calderón, 2002, 2009). En este caso, la pregunta de investigación (cultura colectiva) -y los objetivos (discursos, prácticas, impacto ético y factores institucionales)- precisan de un entorno como el que facilitan las técnicas conversacionales. Además, para alcanzar esta coherencia epistemológica, en este trabajo se ha descrito ampliamente tanto el diseño de la investigación como el marco teórico, justificando así el uso de la metodología cualitativa para responder a los objetivos de la investigación.

En segundo lugar, Calderón (2002) propone la relevancia como segundo criterio de calidad, coincidiendo con Mays (2000) y con el criterio de transferibilidad de Lincoln y Guba (1985). Por un lado, la valoración de la relevancia se plantea en relación a la pertinencia y la novedad de la investigación (Calderón, 2002). Desde este planteamiento, la investigación que se propone aborda el uso de las contenciones físicas en el cuidado de las personas hospitalizadas en los centros de atención intermedia, mientras la bibliografía disponible se centra en el entorno residencial. Por otro lado, la relevancia se mide en relación a las repercusiones de la investigación más allá de las circunstancias concretas en las que se ha desarrollado (Calderón, 2002). Para que sea posible juzgar si los resultados de esta investigación son transferibles a otros contextos similares, se han descrito las características de los hospitales incluidos en el estudio y los participantes, así como el muestreo y los criterios de inclusión y exclusión que han regido el proceso. En este sentido, Mays (2000) defiende que el uso del muestreo teórico es una de las estrategias para lograr que el estudio sea relevante.

En tercer lugar, la validez se ocupa de valorar la fidelidad o la veracidad de los resultados, es decir, que los hallazgos obtenidos sean un reflejo del comportamiento del fenómeno investigado, lo que requiere del máximo rigor en el diseño, la obtención y la validación de la información (Calderón, 2009). Para ello, se han expuesto con claridad los métodos de recogida y análisis de datos, incluyendo el guion de la entrevista semiestructurada (Kallio et al., 2016; Mays & Pope, 2000). En este sentido, Kallio (2016) considera que desarrollar un guion de entrevista semiestructurada contribuye rigurosamente a la confiabilidad de esta técnica de recogida de datos como método de investigación cualitativa. Además, las entrevistas han sido transcritas literalmente¹⁴, lo que ha permitido plasmar por escrito la integridad del mensaje oral, incluyendo repeticiones, sonidos, tartamudeos, palabras y frases incompletas. Todas las transcripciones, incluidas las realizadas por la investigadora principal, fueron revisadas.

En relación a la validez, una de las principales estrategias que se ha seguido es la saturación de los datos, es decir, se han recogido datos hasta que se ha alcanzado su saturación (Green & Thorogood, 2014). La saturación es el punto en el cual, durante la obtención de información, se alcanza la suficiencia de los datos al constatarse el agotamiento de nuevos datos por parte de los diferentes participantes, por lo que la inclusión de nuevos participantes no generaría nueva información. Esta situación permite afirmar que la muestra es suficiente y detener el proceso de recogida de datos (Berenguera Ossó et al., 2014; Green & Thorogood, 2014).

Además, la triangulación de los datos, de investigadores y de teorías se ha llevado a cabo como elemento de validez (Gibbs, 2012). La triangulación es un término usado originariamente en el campo de la navegación y que consiste en el uso de múltiples puntos de referencia para localizar una posición desconocida (Arias Valencia, 2000). Un fundamento racional similar se ha aplicado a la investigación social utilizando esto como metáfora (Gibbs, 2012). En investigación cualitativa, triangular significa analizar un tema de investigación desde varios puntos o perspectivas, para obtener una visión más precisa del fenómeno (Flick, 2018; Gibbs, 2012). Mediante la triangulación, el investigador busca patrones de convergencia para desarrollar o corroborar una interpretación global, lo que contribuye a validar y legitimar las investigaciones (Flick, 2018; Mays & Pope, 2000). La triangulación garantiza la exhaustividad en la interpretación de los datos y fomenta un análisis más reflexivo (Mays & Pope, 2000). Por un lado, se triangularon los datos al entrevistar a profesionales de tres categorías laborales para que aportaran sus perspectivas sobre el fenómeno. Por otro lado, para garantizar la transferibilidad, la credibilidad y la coherencia de los datos, se ha llevado a cabo la triangulación entre investigadores. Todas las entrevistas fueron llevadas a cabo por la investigadora principal y algunas entrevistas fueron analizadas de forma preliminar por las directoras de tesis, lo que permitió discutir la adecuación del guion de la entrevista y realizar un primer análisis e interpretación de los datos. Posteriormente, se trianguló con las directoras de tesis el árbol de codificación y la construcción de categorías. Finalmente, se triangularon los datos obtenidos con las teorías del marco teórico, en concreto con la teoría de la deshumanización (Haslam, 2006) y los conceptos de seguridad, disciplina, normalización y resistencia de Foucault (2002, 2006).

En concreto, respecto a la validez, Calderón (2009) hace referencia a la “complicidad interpretativa” como elemento para que “las audiencias puedan sentirse partícipes de dicho proceso de interpretación creativa llevado a cabo a partir del referente empírico”. Para alcanzar

¹⁴ Las entrevistas han sido transcritas y analizadas en el idioma original, catalán o castellano. Sin embargo, para la presentación de resultados en el capítulo 7, los verbatim seleccionados en catalán han sido traducidos al castellano, con la intención de homogeneizar el texto del documento y facilitar su lectura.

esta complicidad interpretativa, se han mantenido los verbatimes más ilustrativos, ya sea por su carácter dominante o emergente, en el capítulo de resultados (Green & Thorogood, 2014).

En cuarto lugar, la reflexividad representa la autoconsciencia por parte del investigador respecto de sus propios planteamientos y perspectivas teóricas tanto en el diseño, como en las relaciones con los participantes y en el desarrollo del conjunto de la investigación (Calderón, 2002, 2009). La reflexividad es reconocida como uno de los principales elementos de calidad y rigor en las investigaciones cualitativas (Bover, 2013; Green & Thorogood, 2014; Mays & Pope, 2000; Nadin & Cassell, 2006). La reflexividad implica reconocer que el investigador forma parte del proceso de producción e interpretación de los datos y constituye un reflejo consciente de dicho proceso (Green & Thorogood, 2014). En este caso, se ha hecho un ejercicio de reflexividad y posicionalidad siguiendo las estrategias de Bover (2013), que se ha explicado en el primer capítulo. A lo largo de la investigación, la investigadora principal ha realizado un diario de campo (en formato escrito/audio) cuyas observaciones han sido tenidas en consideración en el análisis y la interpretación de los resultados para así entender las influencias que las creencias, los valores y los intereses personales puedan haber tenido en el proceso de investigación y en los resultados obtenidos. El hacer público estos elementos permite entender la influencia de las circunstancias personales, sociales, culturales y políticas en los sesgos y las asunciones en la propuesta de la investigación, aportando coherencia teórico-metodológica y contribuyendo a la capacidad de transferencia de los resultados (Bover, 2013). En concreto, el diario de campo recogió el proceso reflexivo a tres niveles: notas observacionales, en las que se anotó información sobre la comunicación no verbal de los participantes durante la fase de recogida de datos; notas teóricas, para modelar el muestreo según la saturación de los datos; y notas metodológicas, sobre el papel como investigador y el desarrollo de la entrevista.

Además de estas estrategias de rigor, al inicio de la fase de recogida de datos, se pilotaron tres entrevistas, una con un profesional de cada categoría laboral, lo que permitió pilotar el guion, a la vez que detectar posibles dificultades de comprensión y corregir aspectos relacionados con la formulación de las preguntas (Kallio et al., 2016; Valles, 2002). La primera de ellas fue supervisada por Cristina Moreno, una de las directoras de la tesis con experiencia en entrevistas cualitativas.

6.7. Aspectos éticos

En el diseño del estudio, se ha realizado un análisis reflexivo de los principios éticos de la investigación, valorando especialmente el impacto que la investigación y su diseño podían tener sobre los participantes y ofreciendo medidas para minimizar dicho impacto. En este sentido, Barrio-Cantalejo (2006) identifica varios aspectos que deben ser tenidos en consideración desde la ética en el desarrollo de la investigación. En primer lugar, de acuerdo al principio de respeto por las personas, se ha respetado la autonomía de los participantes, todos ellos mayores de edad y con capacidad de decisión, así como sus juicios y sus decisiones. Para ello, se elaboró el documento de consentimiento informado donde los participantes eran advertidos de los objetivos del estudio y su carácter voluntario. En segundo lugar, en relación a los principios de beneficencia y no maleficencia, tras evaluar la relación riesgo-beneficio de la participación en el estudio, se ha asegurado que esta no conlleve ningún perjuicio ni implique un conflicto de interés para los participantes. En tercer lugar, no se ha vulnerado el principio de justicia ya que ninguno de los participantes era beneficiario directo de la participación en el estudio. En

cualquier caso, podría haber quedado olvidado el discurso particular de uno de los centros en caso de que sus profesionales no hubiesen participado, lo que no ha ocurrido.

A continuación, se explican los aspectos éticos que se han seguido en el transcurso del proceso investigador. Tras contactar con las Direcciones de los centros asistenciales, el estudio fue aprobado tanto por la Dirección de Enfermería como por la Comisión de Investigación de los tres centros incluidos (anexo 10). Posteriormente, el proyecto fue evaluado positivamente por el Comité de Ética de la Investigación de las Islas Baleares (CEI-IB) (IB 4026/19 PI) en diciembre de 2019 (anexo 11).

Tanto la hoja de información al participante, como el documento de consentimiento informado, se elaboraron siguiendo las normas del CEI-IB. Todos los participantes prestaron el consentimiento informado para la participación en el estudio tras haber recibido la información verbal y escrita sobre el mismo. En relación al documento de consentimiento informado que prestaban los participantes, se incluyeron los siguientes aspectos:

- La participación en el estudio fue voluntaria para todos los profesionales entrevistados.
- Las personas que participaron recibieron la información suficiente y pudieron hacer las preguntas que consideraron para prestar su consentimiento. Entre los aspectos más importantes de la información previa al consentimiento, destacan los objetivos del estudio y la metodología utilizada.
- Los participantes fueron informados de la posibilidad de revocar su consentimiento en cualquier momento, sin tener que dar explicaciones y sin tener repercusiones por ello. También se les explicó su derecho al acceso, rectificación, supresión, oposición, traslado y limitación del tratamiento de sus datos.
- Los profesionales prestaban su conformidad para participar en el estudio en las diferentes modalidades que se proponía inicialmente: entrevista individual, grupo de discusión y diario de campo.

El estudio ha sido diseñado y se ha desarrollado conforme a la Declaración de Helsinki y los principios de la bioética. De acuerdo con lo que establecen la *Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos de carácter personal y garantía de los derechos digitales* y la Directiva 95/46/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 24 de octubre de 1995, relativa a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, se ha garantizado la confidencialidad de los datos y la identidad de los participantes entrevistados. En concreto, para garantizar la no revelación de la identidad de los participantes, en las transcripciones de las entrevistas y en este documento se ha utilizado un código alfanumérico. Igualmente, para que no sea posible identificar a los profesionales, no se ha transcrito el nombre de los hospitales de atención intermedia donde trabajan. Únicamente la investigadora principal conoce la correspondencia entre este código y el participante. Del mismo modo que la investigadora principal, tanto las directoras de la tesis como las personas que han realizado la transcripción de las entrevistas se comprometieron a salvaguardar la confidencialidad de los datos.

Los resultados de este estudio serán utilizados únicamente para redactar documentos informativos de carácter divulgativo y/o artículos de carácter científico y académico. Teniendo en cuenta las características del fenómeno estudiado, es necesario tener especial cuidado en la publicación de los resultados para evitar la estigmatización de los profesionales sanitarios que hayan participado en el estudio.

6.8. Financiación

Este estudio ha sido financiado por el Colegio Oficial de Enfermería de las Islas Baleares (COIBA) en el marco de la 10ª Convocatoria de Ayudas a Proyectos de Investigación 2020 (PI-2020/0580). La ayuda fue concedida en febrero de 2021 con un presupuesto de 5.976€, con un límite temporal de tres años y medio.

Además, el Consejo General de Enfermería ha financiado este proyecto en el marco del Programa de Ayudas a Doctorandos y Realización de Tesis. La ayuda fue concedida en noviembre de 2022 con una cuantía económica de 700€.

Capítulo 7. RESULTADOS

En este capítulo se exponen los resultados obtenidos del análisis inductivo-deductivo del contenido de las entrevistas realizadas a los profesionales sanitarios. Los apartados que estructuran este capítulo se organizan en torno a los objetivos del estudio y en relación a las categorías, las subcategorías y los códigos identificados, que puede consultarse en el anexo 12. La primera categoría da cuenta de los conocimientos de los profesionales sobre las contenciones físicas, así como de sus actitudes respecto a su uso. La segunda categoría recoge la práctica asistencial que ejercen los profesionales respecto a las contenciones físicas. La tercera categoría versa sobre los conflictos éticos que derivan de esta práctica. La cuarta categoría analiza la visión de los profesionales respecto a los modelos de cuidados libres de contenciones físicas. Finalmente, para responder explícitamente al cuarto objetivo específico del estudio, en la quinta categoría se analizan de forma transversal las similitudes y las diferencias en el discurso de los profesionales según su categoría laboral.

7.1. El posicionamiento de los profesionales respecto a las contenciones físicas

A continuación, se presentan los resultados del análisis de los discursos de los profesionales entrevistados respecto a las contenciones físicas. En primer lugar, se exponen los conocimientos y las creencias de los profesionales respecto a estos dispositivos, incluyendo los aspectos legales que regulan su aplicación y los modelos alternativos de cuidado sin contención. En segundo lugar, se describen las actitudes de los profesionales respecto a las contenciones físicas, pudiendo calificarlas como pro-contención o anti-contención.

7.1.1. Los conocimientos de los profesionales respecto a la práctica de la contención

En este apartado se describen los conocimientos de los profesionales en relación al uso de las contenciones físicas. Es importante recalcar que se presentan los resultados relacionados con los conocimientos tanto de los profesionales que han recibido formación como de los que no, por lo que, cuando sea oportuno, se señalarán las diferencias que pueda haber en el discurso de ambos grupos. En este sentido, los datos recogidos en la encuesta sociodemográfica reflejan que la mayoría de los profesionales no ha recibido formación específica sobre el uso ético de las contenciones. Incluso, al preguntarles si habían recibido formación al respecto, algunos profesionales contestaron que sí, pues habían asistido a cursos sobre el procedimiento técnico de aplicación de estos dispositivos.

7.1.1.1. Los conocimientos y las creencias de los profesionales sobre las contenciones físicas

A continuación, se presentan los conocimientos de los profesionales en relación a las contenciones físicas, incluyendo sus creencias respecto a las barreras de la cama, los dispositivos no homologados y aquellos empleados para el control postural del paciente.

Por un lado, en relación a qué entienden los profesionales por contenciones físicas, destaca la idea de que éstas se limitan únicamente a aquellos dispositivos de sujeción homologados, centrándose muy especialmente las contenciones abdominales y torácicas, las muñequeras y las tobilleras. En este sentido, los participantes no consideran que otros medios de restricción alternativos puedan ser identificados como contenciones físicas. Esta creencia queda manifiesta cuando los profesionales plantean alternativas a la práctica, proponiendo el uso de restricciones alternativas con la intención de limitar el movimiento de los pacientes, especialmente para que estos no se levanten de la silla.

"((Se podrían evitar las contenciones físicas)) Cuando esté sentado en la silla de ruedas, pues colocarle bien la mesita delante con el freno puesto." (E1)

"Un paciente puede estar un poco inquieto, pero a lo mejor con una mesa delante y eso ya le es suficiente para no levantarse. [...] Donde comen como que se coloca delante. [...] Este pequeño... ob-... obstáculo delante de su... en su camino es suficiente para que ya no lo hagan más." (E2)

"Y los, los, los dispositivos, hay pocos que estén homologados y utilizamos mobiliario, eh, que también tiene una función restrictiva. Ya están integradas las barreras en las camas." (M6)

Además, los profesionales plantean sus dudas sobre si los dispositivos de restricción utilizados para el control postural de los pacientes deben ser considerados contenciones físicas. En estos casos, los dispositivos más empleados son los petos torácicos y los profesionales los consideran mecanismos terapéuticos, en lugar de valorarlos como elementos restrictivos, pues los juzgan principalmente por el propósito por el que son utilizados: permitir la sedestación de los pacientes. Sin embargo, esta indicación de uso genera dudas principalmente a los profesionales que se han formado en cuidados sin sujeciones.

"Además aquí tenemos unas contenciones que no son contenciones, que son, que son una especie de petos para los pacientes que empiezan a sedestar, esto yo no lo puedo llamar contención. No, no es por contención, porque además el paciente no se mueve bien, es para ayudarlos, o sea que esto realmente no es una contención como contención física, es una ayuda para que no... esto no es una contención como tal." (M3)

"El peto. Pero que a veces es, no se puede controlar, no tienen control del tronco, entonces ahí me trae dudas, el peto con el... control del tronco. Es una limitación, es una contención, pero si no lo pones, ¿qué hago? Entonces se va para delante y se cae, también. Es que ahí también tengo dudas, con la contención del peto." (M2)

"Hemos tenido alguna discusión con el tema de las contenciones, si se pueden utilizar como tal algunas sujeciones que utilizan en rehabilitación, en neurorrehabilitación para conseguir la postura adecuada de los pacientes." (M5)

Igualmente, una situación especial se plantea ante el uso de las barreras de las camas. Los participantes, por lo general, no entienden que las barreras puedan ser consideradas dispositivos de contención física. En su caso, algunos de ellos consideran que no llegan a ser una contención de la misma entidad, al tratarse de un mecanismo menos traumático e invasivo para el paciente. Esta creencia queda reflejada cuando los profesionales explican que en cama evitan las contenciones físicas al dejar al paciente con las barreas subidas.

"Para muchos pacientes ha sido una solución: no contenerlos y ponerles las barandillas, las barreras completas en toda la cama, ha sido una solución con esas personas. No podría valorar hasta qué punto es una cosa o la otra." (A7)

"Se le pone una contención en... en la butaca, en la cama no porque con las barreras protectoras es suficiente. [...] Para mí la barandilla es una... es un sistema de seguridad, para que no puedan caer de... muchas veces es una contención también, pero una contención física distinta, quiero

decir, el paciente no se siente atado, pero tiene el impedimento de levantarse de la cama en el momento que... pues tiene la barandilla.” (E2)

“En la cama no suelen estar tan contenidos, suelen estar más contenidos cuando están sentados. Cuando duermen normalmente, poquitos que estén contenidos. Sólo con las barandillas y en la cama normalmente como más o menos suelen dormir y tal, no suelen estar contentos.” (A2)

Por otro lado, en relación a su nivel de formación, los profesionales reconocen que tienen escasa formación sobre cómo deben usarse las contenciones físicas. En concreto, los profesionales explican que les falta formación sobre la correcta aplicación de las contenciones físicas, discutiendo entre ellos cuál es el grado de restricción que debe aplicarse para que esta sea segura para el paciente. Especialmente entre los profesionales de uno de los hospitales, destaca la creencia compartida que la contención más segura es la de 3 o 5 puntos¹⁵.

“Si el paciente se puede lesionar con la contención de un punto, también es un riesgo para él, entonces, pues vamos un poco perdidos, ¿no? Porque te dicen ‘no, oye, pero él no...’ ot-, otras compañeras, ‘en nuestro hospital no usamos contenciones de un punto, van en contra del protocolo, tienen que ser siempre de tres porque el paciente se puede ahogar con la contención o tal’. Y claro, te quedas ‘oye, pues así es como lo hacemos nosotros aquí, nadie nos ha dicho que no se hace así’, entonces dices tú ‘¡no tengo la formación!’. Yo creo que son necesarias, eh, pero claro, sería importante saber... pues eso, esas aristas que tú no sabes hasta dónde llegar, qué... esto, el adecuamiento a la situación de cada paciente, ¿no? Y yo creo que nos falta formación. En general a todos, empezando por el personal médico hasta las auxiliares. Todos.” (E5)

“Normalmente en cama, realmente se ponen tres o cinco puntos, y cuando está sentado, pues una abdominal, que es suficiente. Que con eso también hay problemas, porque hay algunas veces que claro, tres puntos, pues te parece excesivo, entonces el paciente no está tan mal. Entonces siempre, nunca se pone como toca, casi siempre se pone abdominal. ((sólo abdominal)) Y ya está. Aunque lo suyo sean los tres puntos.” (E6)

“Decían que legalmente los cinco puntos. Yo decía ‘yo es que los cinco puntos...’ a ver, si es alguien muy, muy, muy necesario, vale. Pero con... yo con tres puntos ya lo encuentro exagerado para nuestro tipo de pacientes, ¿eh? Yo no digo todos los pacientes. O incluso con simplemente con la contención abdominal, a nosotros nos basta. Pero es que la compañera decía ‘no, pero es que se pueden ahogar...’ y tal y cual.” (A4)

En concreto, uno de los TCAE relata cómo ha sido el proceso de cambio de esta concepción, que ha llevado prácticamente a considerar prohibida la aplicación única de la contención abdominal y sustituirla, como mínimo, por una contención de 3 o 5 puntos.

“Antes se solía contener en la cama solo abdominal. Cuando tuvimos la oportunidad de, de... cuando cerraron la planta por, por reformas, tuve que salir y pedí ir a ((otro hospital)), y allí, allí me enteré de... a partir de la supervisora y por el resto del personal que estaban prohibidas las contenciones abdominales, solo las abdominales, y que se tenían que poner tres puntos, eh, o cinco, en el caso de que se tenga que contener. Y bueno, cambiamos el concepto de ‘¡uep! ¡aquí algo estamos haciendo mal!’, porque nos explicaron que, si conteníamos solo abdominal y resulta que alguien, el paciente sí o sí quiere salir de la cama, se puede ahogar. Y después nos pueden denunciar. [...] Utilizamos la abdominal. Ahora empezamos, empezamos a poner los tres puntos, pero también no tenemos medios... nos faltan contenciones, las contenciones que tenemos son de hace muchos años, están deterioradas por lavandería, porque vienen en mal estado, a lo mejor los agujeritos están, están deformados... o el pincho no entra bien... lo has de atar, o te viene más holgado o le estrangulas la mano, eh... faltan contenciones nuevas.” (A6)

¹⁵ La contención de 3 puntos es aquella compuesta por una contención abdominal, una muñequera en un brazo y una tobillera en el pie contrario. Por contención de 5 puntos se entiende aquella contención conformada por una contención abdominal, dos muñequeras y dos tobilleras.

Además, los profesionales reconocen que la formación que tienen puede estar desactualizada, pues en muchas ocasiones la recibieron durante la formación de grado o, en el caso de los médicos, durante la residencia.

“A veces cosas tontas no las conocemos. Cuando hice la residencia, lo primero que hacía era subir la barrera de la cama de un paciente agitado, las barreras laterales, pero porque no sabía. [...] Yo sigo pensando que hay mucho desconocimiento, porque no tiene nada que ver con lo que me explicaron a mí, mis profesores cuando estudié, ha cambiado un montón.” (M5)

“Yo lo he escuchado, ¡uf! Lo he escuchado desde la carrera ‘hay que utilizar las sujeciones para evitar que se haga más daño’ y lo otro, y lo otro, ‘por eso lo prescribe el médico’.” (E3)

“cuando hacia la residencia, que era un hospital que era un hospital terciario de agudos, sí que era más así, los pacientes los dejabas contenidos y luego ya veías si se las quitabas o no.” (M4)

7.1.1.2. Los conocimientos y las creencias de los profesionales sobre el marco legal que regula el uso de las contenciones físicas

De forma general, los profesionales entrevistados, incluso aquellos que tienen formación en cuidado sin sujeciones, muestran un gran desconocimiento sobre el marco legal que regula el uso de las contenciones físicas. Particularmente, al preguntarles qué opinan de la práctica desde un punto de vista legal, los profesionales expresan no tener una opinión formada debido a su falta de conocimientos al respecto.

“A nivel legal la verdad es que no tengo ni idea cómo es la legislación, sé que se permite, es algo que está permitido, pero desconozco eh ... legalmente si hay algunos... puntos o momentos, en los... en los que sea ilegal contener a una persona.” (M4)

“¿Más legal? (7seg) No sabría decirte más legal. A ver, legalmente lo haces porque la familia está de acuerdo, o sea, yo considero que legal, que legal es. ¿Que es injusto contra la persona? A nadie le gusta estar atado, evidentemente. ¿Que es injusto? ¡Es injusto, claro que es injusto! ¿Pero legal? yo creo que una vez que has informado a la familia ... [...] Por lo tanto, legalmente no sé hasta qué punto, siempre y cuando se haga bien, no tiene por qué ser una cosa ilegal.” (A2)

“Sinceramente no es que esté muy informada a nivel legal. Intentamos hacer el trabajo pensando en la seguridad del paciente, no tanto en los problemas legales que te pueda acarrear, siempre miras eh... la seguridad del paciente.” (E4)

Esta falta de conocimientos sobre la legislación lleva a que los profesionales tiendan a considerar suficiente la indicación médica para que la contención física sea legal. Por lo tanto, entienden que únicamente si la sujeción se utiliza sin esta prescripción médica, la práctica podría ser reprobable desde una perspectiva legal.

“¡Uf!... Desde una perspectiva legal... pues... hombre yo... si el médico lo pauta, yo encuentro... el problema es cuando tú se la pones y no está pautado... pero si está pautada por el médico, yo considero que legalmente no tiene que haber ningún problema.” (E7)

“Una contención se pauta porque es un consenso entre el médico y la familia, si el paciente no está capacitado. Claro, legalmente, es un consenso que ha firmado la familia y el médico y está todo firmado. Legalmente, sí que está... que es, legalmente yo creo que no habría problema. La, la otra cosa es si pones una contención y no hablas con la familia, ni hablas con el médico.” (E8)

“Pues de eso no tengo ni idea hasta qué punto... O sea, sé que nosotros las tenemos que pautar, porque además muchas veces enfermería nos llama y tú por la noche dices ‘sí, sí, conténlo’ y luego te dicen ‘por fa, escríbelo’, porque es algo que tiene que estar prescrito por nosotros, pero yo no sé realmente, ahí me pierdo un poco hasta qué punto es legal contener a un paciente sin

consentimiento, si hay que hablarlo con familiares... yo, por ejemplo, hombre claro, si no hay familiares, ¿qué le vas a hacer?, pero yo siempre intento explicárselo a los familiares, que se puede dar el caso de que haya que contener a su familiar, intento explicárselo. Hombre, ya no por algo legal de tema de legislación, sino por educación y por respe-, al igual que explicas le voy a poner tal antibiótico.” (M1)

7.1.1.3. *Los conocimientos y las creencias de los profesionales sobre los modelos de cuidados alternativos a la contención física*

Por lo general, los profesionales presentan escasos conocimientos sobre los modelos de cuidado libre de contenciones físicas, y estos los han obtenido por vías informales, lo que les lleva a tener falsas creencias sobre su aplicación.

Aunque algunos profesionales nunca han oído hablar de los modelos de cuidados alternativos a las contenciones físicas, la mayoría sí, asociándolos a los entornos residenciales y desconociendo si serían aplicables en los hospitales de atención intermedia. En concreto, estos participantes han leído o escuchado noticias sobre centros que han retirado las contenciones físicas o países donde su uso está mucho más restringido, no obstante, desconocen cómo se han llevado a cabo estos programas y qué resultados asistenciales han obtenido. En cualquier caso, los profesionales se muestran predispuestos a recibir información y formación sobre cómo cuidar sin sujeciones.

“Yo formación de esto no tengo. No he hecho ni un curso, no tengo ningún tipo de conocimiento sobre esto, o sea, no te puedo hablar desde el conocimiento. No sé qué se puede hacer.” (M2)

“Si me las explican bien y hay gente que ha encontrado este mecanismo para que esto se pueda hacer, fantástico. Quiero decir, yo creo que todo el mundo tendría que dormir... todos tendrían que estar sin contención, pero no sé cómo se tiene que hacer. Y sé que hay hospitales, sobre todo unidades... hospitales geriátricos, residencias, donde se pone en marcha... pues muy bien.” (E2)

“Tengo entendido que en Inglaterra, allí funcionan con el uso cero de contenciones, que es, que solo se puede contener por orden judicial. Y, y lo que se utiliza más es medicación, es lo que tengo entendido. [...] Pero yo sé que, a lo mejor con unos estudios y que te demuestren que con estos nuevos tratamientos o no sé qué, se puede conseguir, pues igual si... se está abierto a posibles alternativas.” (A6)

Esta falta de conocimientos sobre las intervenciones implantadas para retirar las sujeciones conduce a la creencia que cuidar sin contenciones físicas equivale a ‘simplemente’ no contener y/o sustituirla por la administración de contención química. Por consiguiente, los profesionales no se plantean que esta retirada se acompañe de la implementación de un modelo de cuidado alternativo y el desarrollo de actividades igualmente orientadas a la seguridad del paciente.

“Y si tú no quieres poner contenciones, pues ya sabes lo que tienes. Es estar pendiente de esa persona las veinticuatro horas. No dejarlas ni a sol ni a sombra, porque en un momento dado que hagas así y gires la cara, porque basta que tú gires la cabeza para algún sitio, esa persona ya se ha caído y no te da tiempo a cogerla.” (A5)

“Nunca nos han hecho formación de esto, y siempre me ha intrigado mucho esto de la contención química, porque yo me planteo ‘pero ¿cómo lo vas a hacer?’, porque sí, por la noche ningún problema, está clarísimo y va muy bien, pero es que, por el día, ¿qué hacemos? Y cuando tienes un paciente que grita a todas horas. [...] Durante el día es más complicado... no puedes decir ‘contención química’.” (E5)

“No sé cómo podría hacerse, si en una unidad donde tienes a los pacientes sin visualizar, eh... o los tienes muy bien controlados con la medicación o si no, no sé cómo, como los puedes controlar sin verlos, porque es que necesitan una supervisión continua, continua.” (E4)

7.1.2. Las actitudes de los profesionales frente a las contenciones físicas

En este apartado se presentan las actitudes de los profesionales respecto a las contenciones físicas. En primer lugar, se describen las actitudes de los profesionales que son partidarios de su uso, a las que se va a denominar como actitudes pro-contención. En segundo lugar, se exponen las actitudes de aquellos profesionales contrarios a las contenciones físicas, a las que se va a calificar como actitudes anti-contención.

7.1.2.1. Las actitudes pro-contención física de los profesionales

Las contenciones físicas son unos dispositivos bien valorados por la mayoría de los participantes. En concreto, los profesionales defienden que es prioritario garantizar la seguridad física de las personas mayores hospitalizadas y, para ello, consideran que las contenciones físicas son elementos necesarios, protectores e, incluso, terapéuticos. Paralelamente, estas actitudes están influidas por las características del propio dispositivo utilizado y del paciente. En conjunto, se pueden calificar las actitudes de estos profesionales como pro-contención física.

En cuanto a las actitudes de los profesionales, la mayoría de ellos valora positivamente el uso de las contenciones físicas para proteger a los pacientes del riesgo de caídas y de las consecuencias que estas pudiesen ocasionarle, aprobando así su uso en el cuidado de las personas mayores.

“En general para mí son positivas, sobre todo por el bien del paciente. Es decir, una contención se pone porque un paciente está demenciado y no... o porque tiene poca movilidad y el cuerpo se le puede ir, o cualquier cosa.” (E6)

“¡Es que tiene que estar protegido! Si... siempre que se entienda la... la contención como una protección.” (A1)

“A ver, hay veces que... que creo que protegen al paciente.” (M1)

Asimismo, en ocasiones, las contenciones no sólo se valoran positivamente en la protección de los pacientes, sino que los profesionales las opinan que pueden llegar a ser elementos terapéuticos. Esto se produce, sobre todo, cuando las contenciones físicas se aplican para el control postural de los pacientes con pérdida de estabilidad de tronco durante la sedestación.

“He tenido discusión, conversación, con los rehabilitadores, no discusión, es verdad que ellos comentan que pacientes con muy mal control del tronco, que a veces sí que necesitan, pero claro ni siquiera tengo claro que se considere sujeción, si busca la postura adecuada del paciente, porque es buena para él.” (M5)

“Los ictus sí que se giran mucho, hay muchos ictus que los tienes que contener, ponerles la mochilita, pero más que nada, el peto. Le tienes que poner esto para que, mantenerlos, mantener el tronco para que esa persona no se vaya de lado.” (A5)

“Es aquí donde hacemos que un soporte postural se pueda, o de una mesa, se acabe confundiendo o teniendo una función de restricción de movimiento. Aquí lo que estamos dando es la opción, porque lo mismo que nos está restringiendo un movimiento, nos da pie a generar una actividad alternativa.” (M6)

Además, los profesionales defienden que las contenciones físicas son necesarias en el cuidado de las personas mayores hospitalizadas, especialmente cuando presentan un alto riesgo de caídas y/o ante episodios de agitación. Incluso, ante este último supuesto, hay profesionales que defienden que, en numerosas ocasiones, las contenciones físicas son el último recurso del que disponen para su manejo.

“Cuando se contiene es porque ya ves que no puedes, no hay otra solución. Siempre se, se, intentas evitarlo. Siempre le das una oportunidad, una oportunidad, dos oportunidades, pero cuando lo haces es por necesidad.” (A2)

“Cuando la contención es con una persona en un estado de agitación y donde el riesgo de que se caiga es muy elevado y se pueda hacer daño, me parece una medida necesaria y que es difícil que se pueda obviar.” (E2)

“Hay veces que no queda otra. Y luego, hay casos en los que realmente está en riesgo la vida del paciente, de que se caiga, de que se fugue, así que sí que creo que sí son totalmente necesarias. Un paciente, por ejemplo, con una demencia muy avanzada y con episodios de agresividad, pues tanto como para protegerlo a él, como para al personal, sí son necesarias.” (M1)

“Se dan demasiados casos de personas demenciadas, agitadas, desorientadas... Según para qué casos, creo sinceramente que es imprescindible, y no me gustan, pero considero que son imprescindibles.” (A7)

En ocasiones, el debate existente en el ámbito asistencial entre el uso de las contenciones físicas o las químicas refuerza la idea de que las mecánicas son necesarias, ante el rechazo que suscitan las farmacológicas.

“Yo pienso que son necesarias. Porque prefiero la contención física que farmacológica. Es decir, a esta señora la otra alternativa hubiera sido subirle dosis de medicación y, entre comillas, sedarla con antipsicóticos, y me parece que es eh... preferible, en estas situaciones, ponerle una contención mecánica, que no... que no farmacológica.” (M4)

“Para prevenir accidentes creo que son necesarias. Porque actualmente no tenemos nada, nada más aparte de la medicación que se les pueda dar. Pero muchas veces encontrar el punto de medicación necesario es muy difícil en este tipo de pacientes y es necesaria la contención.” (E4)

Sin embargo, incluso los profesionales que muestran actitudes favorables al uso de las contenciones físicas en el cuidado de las personas mayores modulan la valoración que hacen de ellas en relación a factores que dependen tanto del propio dispositivo (y su aplicación) como de los pacientes contenidos. Por un lado, en relación a los aspectos relacionados con la contención, tanto el tipo de dispositivo utilizado como el grado de restricción aplicado influyen en las actitudes de los profesionales. En concreto, cuanto menor sea la limitación del movimiento generado por la contención física, más favorables son las actitudes que suscita, generando así un gradiente en el que podemos encontrar las barreras en cama y las contenciones de 5 puntos en los extremos positivos y negativos, respectivamente. Además, el uso de elementos arquitectónicos para restringir la movilidad de los pacientes está mejor valorado que el uso de mecanismos homologados de contención, al considerarlos más inocuos.

“Contener de los brazos me gusta menos, de los brazos o de las piernas, eso no... yo, yo la abdominal la veo más inocua, el ponerte un cinturón eh... que te, que te permite, como hacen en la cama, que te permite girarte de lado, eh... pero no bajar de la cama. Me parece que es más, si no porque la contención de muñecas y de los tobillos que eso es, me parece que es bastante peor. Incluso yo en un hospital como el nuestro, no veo necesidad para contener de brazos y de piernas, y si alguien lo contiene a una persona de brazos y de piernas, yo creo que tiene que replantearse la situación con ese paciente.” (M4)

La cultura de la contención física en el paciente geriátrico

“La contención que utilizamos, que es abdominal principalmente, no... la verdad es que no... me parece que es light y que no, no, no, no supone ninguna agresión excesiva para el paciente. Las contenciones de muñecas y de pies sí, esas sí me parecen bastante más agresivas.” (M4)

“Hay veces que dicen que son hasta cinco puntos. Yo encuentro que es una barbaridad, tampoco es cuestión de tenerlos que no puedan ni moverse, en nuestros pacientes. [...] También tenemos pacientes con ictus, que tienen medio lado paralizado y le atas, le tienes que atar justamente la mano que utilizan buena, es que no se puede rascar la nariz, ¡y es muy triste!” (A4)

Cabe destacar cómo, entre los diferentes tipos de restricción, las barreras son especialmente bien valoradas por los profesionales, que las consideran menos invasivas y molestas para los pacientes, a la vez que les protegen al impedir que se levanten y salgan de la cama.

“Pues yo creo que ((las barreras)), bueno, ¡son salvavidas! ¡Necesarias!” (E5)

“Bien. Yo eso ((las barreras)) lo veo menos agresivo. Claro, al final no estás atando al paciente. [...] Yo, por ejemplo, las barandillas sí que... sí que creo que es una medida de protección bastante buena y... y que no es agresiva para el paciente.” (M1)

“Bueno, ésa ((las barreras)) me parece una buena opción. ¡Esa me parece muy bien! De hecho, debería haber en todas las camas y siempre completas y todo esto. Sí eso me parece una buena idea, sí.” (A7)

Sin embargo, algunos profesionales reconocen que, en algunos casos, las barreras pueden suponer un riesgo para el paciente y cuestionan si se está realizando un uso excesivo de ellas.

“A veces van bien y a veces mal. Porque hay gente que salta, y todavía es peor, entonces es un sistema que limita la movilidad, está claro. Pero claro, dificulta de alguna manera al señor que está, al paciente que está eh, confuso y tal, en un momento dado tiene el reflejo de ir al baño y, y no toca el timbre, se levanta por la noche... se van y ¡pam!, caen. Esto de alguna manera... a veces lo evitan, a veces se complica más, porque se meten por un mal sitio o saltan por encima... es complicado. [...] Y aquí sí que a lo mejor se abusa, no sé si meditado o ya de forma inconsciente el poner barandillas.” (M7)

Incluso, en lugar de restringir su movimiento, algunos profesionales consideran que el uso de las barreras permite al paciente poder moverse en la cama. Tales son los beneficios que otorgan a estos dispositivos, que describen cómo muchas veces son los propios pacientes quienes las solicitan para sentirse más seguros por las noches.

“A mí me gustan las barandillas, porque yo pienso que el paciente incluso se puede ayudar con las barandillas para girarse de lado, para aguantarse de lado en un momento dado, para no tener... para que no se vaya y coger la postura. Entonces yo las barandillas, les ayudan mucho a, a ponerse ellos en la cama.” (A5)

“¡Barreras todos! Barreras se las ponemos a todos, además para que ellos también se puedan mover dentro de la cama sin miedo a caer [...] duermen con barreras porque se sienten más seguros de no caer, pero no porque se puedan agitar y levantar, sino para no caer.” (E2)

“Un método bueno de seguridad. Sí, es necesario, eh, yo lo considero. De hecho, mucha gente te las pide, ¡incluso estando bien! Gente que estando bien, me refiero a gente que está bien de la cabecita y todo, pero abuelas, yo qué sé, de ochenta años que todavía las ves bien, y te dicen: ‘¡no!, ¡pónmela!, por si acaso’. ¿Sabes? El mismo paciente, ellas mismas te la piden.” (A2)

En concreto, hay profesionales que valoran de forma diferente las barreras de la cama según su diseño. Algunos participantes argumentan que las barreras de dos piezas entrañan un mayor riesgo para el paciente ya que el paciente puede intentar salir de la cama por el hueco que queda entre ambas. Para salvar este riesgo, los profesionales defienden el uso de sistemas acolchados que protejan la barrera y cubran dicho espacio.

“Las barandillas originales de las camas originales que teníamos, que son estas que van de arriba a abajo: muy bien. Las barandillas que son de estas que son un trozo y un trozo, para mí no sirven de nada, o, al contrario: un peligro. Un peligro porque muchas veces el enfermo se queda en medio de las dos barreras, y para mí eso es un peligro. Las de arriba a abajo bien.” (E7)

“Las ((barreras)) que tenemos son partidas, son muy cómodas de manejar y son además eh..., como más eh..., que pueden hacer menos daño por el tipo de barrote que tienen, son más adaptadas. Pero, claro, al ser una barrera partida, las personas mayores encuentran la manera de meterse entre medias, y es que es muy difícil de, de controlar y de que funcionen.” (E4)

Por otro lado, la percepción del profesional respecto a la situación del paciente, y especialmente de su estado cognitivo, determina su actitud frente a las contenciones físicas. En este sentido, cuando los profesionales las valoran más negativamente cuando se aplican en pacientes sin deterioro cognitivo, así como cuando se usan en contra de su voluntad.

“Contener a una persona más o menos que es un andante, que anda bien, que no tiene problemas de movilidad, no tiene problemas de esto y está más o menos centrado, más o menos consciente, que sabe que tiene que estar allí, sería injusto. Ahora, contener a una persona que tiene problemas digamos que se, que se te pueda escapar, que sea escapista que le pueda provocar males mayores a esto, me parecería es lo, pues encuentro que es justo.” (A2).

“Pero, claro, es que los pacientes que tienen demencia eh... pueden mejorar la agitación, pero su demencia la tienen. Y si le da por hacer cualquier movimiento para tirarse de la cama, ahí, es que ahí no puedes hacer nada.” (E5)

“Eh... pueden ser buenas o malas... Según el paciente si, a veces cuando lo atas, se puede alterar más. Y se te pone más... se trastorna más... se ve incapacitado de poderse mover, y es, y es más violento también para él.” (A6)

7.1.2.2. Las actitudes anti-contención física de los profesionales

Frente a los profesionales con actitudes favorables a las contenciones, encontramos otros participantes con actitudes de rechazo, pudiendo calificarlas como anti-contención física. Es importante destacar que, entre los profesionales que muestran actitudes negativas esta práctica, existe diversidad de posturas, encontrando profesionales más o menos posicionados contra el uso de estos dispositivos. Además, aparecen ocasionalmente actitudes anti-contención en profesionales que, de forma general, se declaran favorables a las contenciones físicas, mostrándose más reacios a su uso en determinados momentos.

Por un lado, los participantes con actitudes anti-contención física en el cuidado de las personas mayores consideran que son dispositivos ineficaces, innecesarios y evitables. Estos profesionales destacan la limitación de la movilidad física que suponen para el paciente frente a sus supuestas virtudes en la prevención de accidentes. Además, enfatizan en su carácter agresivo y vejatorio para el paciente, llegando a calificarlas de abuso o tortura. Muy especialmente, y coincidiendo con los profesionales con actitudes pro-contención, estos profesionales presentan un mayor rechazo cuando el grado de restricción generado por las contenciones físicas es mayor.

“Lo último. Es que... a mí me parece que una contención así es un sistema de tortura. O sea, intentar evitar la movilidad... [...] sobre todo las contenciones de los miembros... las torácicas yo creo que se toleran un poco mejor, pero las de los miembros yo las veo una tortura.” (M3)

“Claro, es una medida agresiva al final, bueno agresiva no sé si es la palabra, pero... [...] a veces digo como algo vejatorio.” (M1)

La cultura de la contención física en el paciente geriátrico

“Me parece un abuso la contención, me parece un abuso.” (A7)

“Uy, ¡para mi ((las contenciones físicas)) es lo peor!” (E3)

En lugar de valorar a las contenciones físicas como un elemento de protección frente al riesgo de caídas y para el manejo de la agitación, los profesionales anti-contención consideran que no sólo son ineficaces, sino que incluso entrañan un riesgo para los pacientes. En este sentido, algunos profesionales describen situaciones en las que el uso de las contenciones físicas no ha conseguido su objetivo -calmar la agitación del paciente o evitar que se levante-, sino que ha empeorado la situación por la que habían sido aplicadas. Especialmente ineficaces valoran las barandillas, pues reconocen que muchos pacientes las saltan al intentar salir de la cama, lo que implica un mayor riesgo.

“Yo en general las sujeciones creo que no son adecuadas ¿por qué? porque a ver, porque es que nos lo han demostrado, incluso en el Libera Care hay estudios que ni siquiera te protegen del riesgo de heridas, de ahorcamiento, de lesiones, quiero decir... que precisamente si queremos proteger al paciente de una lesión, de una fractura, y le ocasionamos otra.” (M5)

“Yo creo que están más ansiosos con la contención. No sé cuál es el sentido de contenerlos, al final, porque están más ansiosos, más agitados, tienen eh... esto, más laceraciones... Yo creo que no, no tienen ningún sentido.” (M2)

“Pues, ¡me parece terrible, sí! Me parece... ¡pues un riesgo! Sí, ¡un riesgo total! Que considero que (6)... que la contención tampoco es... como ves, no exime de que te puedas caer, de que puedas hacer, de que pueda ocurrir un desastre no, no, no lo solventa la contención. [...] Claro, ellos van moviéndose y, claro, acaban saliendo de la contención” (A3)

En concreto, los profesionales anti-contención se cuestionan si el uso de las barreras en cama es una práctica restrictiva, aunque su nivel de reflexión sobre las contenciones físicas les lleva a considerarlas elementos de contención innecesarios. En cualquier caso, las barreras son valoradas más favorablemente que las contenciones de extremidades.

“Y con las barandillas me enseñaron que protegían al paciente. Entonces, a un paciente agitado le subes las barandillas. Y la experiencia me ha mostrado que los pacientes agitados hacen maravillas, se quitan las sondas vesicales con el globo, que yo no sé cómo hacen eso... se quitan vías centrales, sujetas y resujetas... además en mitad de cuadro confusional con lo cual... ¡y saltan barandillas! Una cama bien colocada, una cama a una altura adecuada, mejor sin barandillas, porque va a ser más peligroso que las tenga que saltar a que se caiga sin ellas.” (M5)

“Hay pacientes a los que les molestan mucho las barandillas. He tenido pacientes que me han dicho ‘¡por favor, no me dejes las barandillas!’. Entonces no sé si es mejor bajar la cama al mínimo... yo creo que molesta menos una barandilla que una contención, pero tampoco las recomiendo... pero, bueno, es un mal menor. ¡Y también depende del paciente! A mí lo que a veces no me parece bien son los estándares ‘¡todas las barandillas arriba!’. ¡Hay que individualizar!” (M3)

“Para mí es una forma de, de, de protección, pero realmente te limita. Te limita porque no estás ni tan cómoda durmiendo. Yo me he tumbado con una barandilla y no puedes moverte. [...] No sé para qué están hechas, siempre pensé que las hicieron solo para que los pacientes con inmovilidad prolongada y que no tengan control de tronco, pues... pero después te paras a pensar: ‘¡Pero si no están abandonados, no lo necesitarían!’.” (E3)

Por otro lado, los profesionales anti-contención muestran especial rechazo por el uso de las contenciones físicas de forma prolongada en el tiempo, siendo una idea que aparece en menor medida también en los profesionales con actitudes pro-contención.

“Pero no voy a contener todo el tiempo, ¿qué lo voy a contener todo el tiempo en una silla? ¿Así, tres meses, hasta que salga el ingreso? ¡No!” (M2)

“Sí, a veces es necesaria, pero siempre puntualmente, lo que no entiendo es un paciente que esté ingresado permanentemente contenido.” (A7)

7.2. Las prácticas de los profesionales en relación al uso de las contenciones físicas

A continuación, se describen las prácticas de los profesionales en relación al uso de las contenciones físicas. Para comenzar, se explica cómo es la toma de decisiones sobre el uso de estos mecanismos, prestando especial atención a los factores que influyen en este proceso. Para continuar, se presentan las prácticas de normalización que realizan gran parte de los participantes en el uso de las contenciones físicas y, posteriormente, las prácticas de resistencia que desarrollan algunos profesionales. Para finalizar, se exponen las consecuencias de su uso tanto las que afectan al paciente y la familia como aquellas que repercuten en el profesional y la institución.

7.2.1. El proceso de toma de decisiones que deriva en la contención

En esta sección se explica el proceso de la toma de decisiones en relación al uso de las contenciones físicas. En primer lugar, se describen los factores que intervienen en esta toma de decisiones: primero, los relacionados con los usuarios, incluyendo al paciente y sus familiares; después, aquellos relacionados con los profesionales; y, finalmente, los relacionados con la institución. A continuación, se describe la responsabilidad y el papel que tienen los profesionales en este proceso. Finalmente, se abordan los aspectos éticos que influyen en la toma de decisiones.

7.2.1.1. La contención por y para el paciente con demencia (y sus familiares)

Habitualmente, los profesionales asocian el uso de las contenciones físicas a los factores relacionados con los usuarios, tanto al propio paciente como a sus familiares. En concreto, cuando se les pregunta por qué utilizan las contenciones en el día a día de su unidad, la mayoría -especialmente aquellos con actitudes más favorables a las contenciones físicas- aluden, principalmente, a la situación del paciente, recalcando su elevado riesgo de caídas secundario a su deterioro cognitivo y/o físico.

“Que la persona esté desorientada, que tenga una incapacidad física... sobre todo eso, que... que exista algún tipo de deterioro cognitivo que lleve a la persona a que si está sentada a querer levantarse, que si está en la cama a querer ir al baño, porque a lo mejor piensa que pueden ir al baño y se intentan levantar, no pueden y caen al suelo. O que pueda afectar en alguna medida al tratamiento que se le está dando a esta persona, por ejemplo, que le pueda llevar a arrancarse una sonda vesical o su nivel de agitación que le haga arrancarse la vía o todo esto.” (E1)

“Porque nuestros pacientes, gente desorientada, gente demenciada, gente que ya te digo, son caderas, brazos y tal, que no se pueden levantar, su obsesión toda es levantarse, saltar las barreras para ir al baño, porque esta idea la tienen muy metida en... en su cabeza.” (A4)

“Se suele contener porque el paciente está solo con una edad avanzada, que a lo mejor tiene anemia, que ya tiene sus defensas bajas y tiene mucho riesgo de caer porque encima tiene inestabilidad a... a la hora de caminar... y para no estar tanto tiempo en la cama, se sienta y se

le pone la contención en la butaca, sobre todo, para que no se levante y no pueda caer... en el caso que esté solo, sin familiares. En cama también suele haber, pero menos, creo. Y para que no se pueda arrancar la vía y tal, pues también... pero esto es más puntual.” (E8)

Entre todos los factores que están relacionados con el paciente, los profesionales destacan el uso de las contenciones físicas en el cuidado de las personas mayores con deterioro cognitivo. Además, estas personas pueden presentar deterioro de la movilidad física o cuadros confusionales, pero ya el hecho de presentar deterioro cognitivo predispone a la aplicación de un cuidado con sujeciones.

“La mayoría, son las demencias. Las demencias que no puedes controlar el momento que aquella persona va a quererse levantar. Las demencias, junto con la dificultad del deterioro funcional que tienen, la falta de fuerza en extremidades, sobre todo que... claro, ellos con... entre la demencia, la falta de fuerza, pues ¡es una bomba de relojería! Porque claro ellos creen que pueden levantarse, que tienen fuerza y las piernas no le van a sostener, entonces van a tener una caída. Luego aparte las agitaciones que pueda haber nocturnas, o que y... ya no agitación de que esté muy agitado, porque si una persona está muy agitada te vas a dar cuenta y vas a poner medicación y tal, pero que... que bueno que a lo mejor se despierta a mitad de la noche y se va a querer levantar de la cama, porque cree que ya ha acabado el sueño y le van a fallar las piernas o va estar... ¡se puede hacer daño!” (E4)

“La agresividad, la falta de coherencia, porque no entienden qué es lo que tienen que hacer, la propia patología, el... el estado... a lo mejor gente con Parkinson, gente con... con poca... bueno, con nada con nula estabilidad física... pienso, pienso que por eso se contienen. [...] La falta de coherencia, pues, claro, tú le explicas a un paciente que lo vas a sedentar, que no se tiene que levantar, que tiene que llamar al timbre y claro, ellos con, con una demencia o con cualquier cosa, no, no, no tienen la coherencia para saber que tienen que coger el timbre, tocar al timbre que yo llegue, que vengamos nosotras, lo acompañemos a donde quiere... Entonces claro, ¡se contiene básicamente por eso! Porque ellos no son conscientes y no... No pueden.” (A3)

“Volvemos al del vagabundeo porque es un caso muy típico que lo contienen con mucha facilidad. Paciente con demencia con o sin vagabundeo, simplemente pacientes con demencias, típico muy hablador, que habla, pero realmente no está agitado, es que es así. Habla y pide atención.” (M5)

Una de las situaciones que los profesionales relatan con más frecuencia es la aplicación de las contenciones físicas en el cuidado de pacientes con síndrome confusional agudo. En este sentido, los profesionales describen cómo las personas mayores con deterioro cognitivo presentan a menudo episodios de desorientación e, incluso, agitación. En situaciones más graves (y menos habituales), los pacientes llegan a mostrar agresividad, tanto hacia los profesionales como hacia otros pacientes o sus familiares, pudiendo resultar peligroso para todos ellos, así como provocar daños en el entorno. En el manejo de todas estas situaciones, los profesionales justifican el uso de las contenciones físicas como elementos necesarios, inevitables e inherentes a su abordaje. Sin embargo, también se producen situaciones más leves en las que el paciente está confuso o ansioso y también se recurren a estos dispositivos.

“Está desorientada y se quiere ir y no sabe que está en el hospital y en el momento que queda sola grita y... y te levanta el hospital a gritos y pidiendo auxilio y socorro y... y se tira de la cama y se arranca las vías y... le da igual bajarse por un sitio que por, por los pies de la cama.” (A1)

“El paciente cuando se empieza a poner desorientado o empieza ya a desubicarse, a desorientarse, el protocolo ya es contención abdominal o contención de manos o -de piernas no solemos poner-, pero... un paciente demenciado o con Korsakoff que también... que también pasa, es contención abdominal, pero más que nada es porque tratan de tirarse de la silla, tratan de tirarse de la cama... se mueven... pero de una forma agresiva para ellos. Y luego, también para nosotras para cambiarle el pañal, ellos te pegan o... claro, ¡es su forma de defenderse!” (A3)

“A un paciente, venía súper desorientado, una persona que todo el rato se quería tirar de la cama, lo tuvimos que contener de 5 puntos, que es... hacer 5 puntos yo creo que es un poco agresivo, porque no se puede mover, lo tienes que atar en el abdomen, las dos manos y los dos pies, con lo cual... este señor estuvo, la verdad, porque ya venía agresivo de otro centro, ¿vale?” (A5)

Más allá del manejo de los cuadros confusionales y de la agitación, las contenciones físicas también son utilizadas en pacientes con elevado riesgo de caídas. Esta situación se da más habitualmente en pacientes que tienen deterioro cognitivo junto con deterioro de la movilidad física, especialmente si presentan marcha inestable o intentan levantarse repetidamente de la cama o el asiento. Además, si el paciente tiene antecedentes de caídas, se valora la contención física como una medida necesaria en la prevención de nuevos accidentes.

“Un paciente que ingresa convalciente de una fractura de cadera, de brazo... por una caída previa en su domicilio e ingresa para hacer la convalecencia y él no está en la situación cognitiva suficiente como para saber que no se tiene que levantar solo sin ayuda y que se levanta diversas veces y que cae, pues para evitar esta nueva caída, nueva fractura, por este motivo.” (E2)

“Yo lo que hago es, si hay que contenerla porque tiene mucha alteración en la marcha y, y ha tenido caídas y fracturas desde su propia altura, y veo que sí, que tiene alteración en la marcha, entonces lo que hago: la contengo estos días.” (M2)

“Una señora con demencia frontotemporal que ingresó por una claudicación familiar y que como se le sentaba, se le contenía la butaca para que no se levantara y se fuera por ahí, ella sola o se pudiera caer, porque en verdad que la movilidad la tenía un poco reducida.” (M4)

En concreto, hay profesionales que describen el uso de las contenciones físicas en pacientes con deterioro cognitivo y vagabundeo, aunque mantengan una buena movilidad. Estos pacientes, pese a no presentar episodios de desorientación ni agitación, deambulan sin un fin determinado y pueden estar entrando en habitaciones de otros pacientes, por lo que la aplicación de contenciones físicas persigue controlar y limitar esta intención de movimiento voluntario.

“Ahora, aquel se levanta, que se ha levantado varias veces y que sí que lo has encontrado durmiendo en la habitación de delante, a este sí que lo contienes.” (E2)

“Los que más yo recuerdo que hayamos contenido relativamente recientemente son pacientes con demencias que tienen vagabundeo. Que yo sé que no tendría que ser, pero a veces las circunstancias no ayudan y se les sigue conteniendo, sobre todo por la noche. Son pacientes con demencias que se movilizan. A pesar de tener una demencia severa, se movilizan bien y se mueven libremente con riesgo alto de caída, esos son los que contenemos más.” (M5)

Los profesionales también hacen referencia a la dificultad para razonar con los pacientes que sufren deterioro cognitivo como uno de los elementos que conduce al uso de contenciones físicas, más allá del riesgo de caídas o la presencia de síndrome confusional. En concreto, los profesionales se encuentran ante numerosas dificultades para conseguir que los pacientes comprendan las pautas a seguir y, ante estos problemas, optan por recurrir a esta práctica.

“Un paciente que está medianamente normal, que le puedes explicar y él puede entender que no se tiene que levantar, que vaya con cuidado, jestos no importa! Pierdes -no es que pierdas-, hablas con ellos un rato más, se lo explicas bien y lo entienden. Pero si está demenciado o tal, ya puedes explicar que te dirá ‘sí, sí’ y a los dos segundos... ya se ha vuelto a levantar, ¡a levantar o a caer!” (A4)

“La desorientación, el hecho de que no... no hay una comunicación normal, ellos no van a actuar conforme tú les pidas, van actuar como ellos piensan o lo que les, el impulso que sientan.” (A3)

“O sea, realmente quitando demencias agresivas, están tranquilos en su butaca y a ti lo que te da miedo es que ese paciente se levante pensando que está allí, yo qué sé, el mercado y vaya a

La cultura de la contención física en el paciente geriátrico

ir a comprar, entonces por desorientación y lo contienen para que no salga de la habitación, pero realmente el paciente podría estar tranquilo sentado en la... en la butaca.” (M1)

Además, según describen los profesionales, en numerosas ocasiones, las personas con deterioro cognitivo no tienen conciencia de sus limitaciones físicas, lo que les lleva a intentar levantarse o desplazarse con el consiguiente riesgo de caídas. Los profesionales entienden que los pacientes intentan hacer más de lo que pueden y, ante esta falta de conciencia del propio déficit, sienten que deben asumir la responsabilidad de su seguridad física. Sin embargo, esta falta de conciencia sobre las limitaciones físicas también se da en personas sin deterioro cognitivo. En cualquier caso, las contenciones físicas se utilizan con la intención de limitar este movimiento voluntario de los pacientes, como las ganas de levantarse, al considerarlo superior a sus capacidades físicas y, por lo tanto, implicar un riesgo para ellos mismos.

“Porque si han entrado ya en un estado de... de deterioro cognitivo importante y no son... no son conscientes de sus limitaciones físicas, pues... a un bebé también lo metes dentro de un parquecito para que gateando no pueda hacer algo que... que se pueda hacer daño. Y no lo estás castigando por nada, ni te lo quitas de encima. ¡Es que tiene que estar protegido!” (A1)

“Funcionalmente el paciente tiene la capacidad de caminar, pero con la marcha inestable, y quiere hacer más de lo que puede y quiere hacer sin pedir ayuda. Entonces, se produjo una situación por la noche en que el paciente se quiso levantar para ir al baño, lo hizo solo, saltó la barrera, cayó al suelo y demás... y bueno... y se procedió a contenerle, en primera instancia se le contuvo en cama.” (E1)

“Cuando es un paciente anciano no tienen conciencia de que a lo mejor lo que podían hacer hace una semana, ahora no lo pueden hacer, no se dan cuenta de que ya no pueden, que las piernas no les sostienen e intentan levantarse para ir al baño y se caen.” (E5)

Otro de los factores relacionados con el paciente que influye en esta toma de decisiones es si el paciente tiene ‘antecedentes de contención’. El hecho de que el paciente haya sido portador de contenciones físicas en el pasado, ya sea en domicilio, en residencia o en otro hospital, predispone a los profesionales a aplicarlas nuevamente en este entorno asistencial. En concreto, este uso se da, sobre todo, al inicio del ingreso hospitalario, cuando los profesionales no conocen al paciente y aplican las contenciones como una medida de continuidad de cuidados. Del mismo modo, el hecho de que un paciente haya sido contenido anteriormente aumenta la percepción de necesidad por parte de los profesionales durante el ingreso hospitalario.

“Sobre todo si en el informe, si en la historia clínica ya ha llevado contención, ya es como automático, pues, aquí también. [...] O sea, se revisa la historia clínica si previamente... y como previamente normalmente siempre han tenido, han llevado contenciones en residencias o los monos ((petos de silla)) o tal... pues, sí, se les pone, claro, por lo que pueda pasar.” (A3)

“Si... nuestros pacientes vienen... o vienen de su casa, que hay gente que en su casa ya tiene contenciones y te dicen ‘yo, es que en mi casa, la tengo contenida y tal’, bueno, vale. Pero vamos también a mirar a ver aquí cómo se porta. Se las pones de primera y vas vigilando al paciente a ver cómo se va portando, cómo va evolucionando.” (A4)

“Que normalmente la familia si, si la persona ya está contenida en casa o está contenida en otro hospital te lo dice. Lo dice, o en los informes que trae del otro hospital pues ya, ya te informan del estado del paciente; que ya a veces han venido con contenciones pautadas y luego la situación ha cambiado, ha mejorado y se han retirado.” (E4)

Sin embargo, hay situaciones en las que las contenciones físicas se utilizan como una medida para cumplir con el régimen terapéutico, ya sea para limitar o permitir la movilización del paciente o cuando éste es portador de dispositivos invasivos. Por un lado, están hospitalizados pacientes con la prescripción de limitar su movilidad física o de mantener reposo. Para poder

cumplir con esta indicación (habitual tras una fractura de cadera, por ejemplo), los profesionales recurren a las contenciones físicas.

“Normalmente cuando contenemos es porque esta persona ha hecho alguna acción, digamos, a lo mejor debería estar sentada porque tiene la cadera rota, todavía no se mantiene bien en pie, en bipedestación y eso, y lo has encontrado que se quería ir al baño.” (A2)

“Alguien con una fractura de cadera, que... es que a veces tampoco están diagnosticados, y no sabes si es confusión por el cambio de hospital, o, o ya que tienen un inicio de deterioro cognitivo, entonces, pues... intentan ponerse de pie e ir al baño ellos solos, y con la cadera que no, todavía no pueden cargar, entonces claro, en esos casos, pues es que hay que ponerle contención.” (E5)

“Una paciente que estaba muy agitada y... una fractura de cadera, no podía levantarse y la mujer se levantaba y efectivamente se caía. Y tuvimos que contenerla, sobre todo en la butaca.” (A4)

Por el contrario, existen situaciones en las que el paciente tiene la prescripción de sedestar, ya sea para prevenir lesiones asociadas a la inmovilidad o como parte del plan de rehabilitación. Ante estos casos (que son menos habituales), los profesionales pueden considerar que la movilización del paciente es una actividad prioritaria en su cuidado y las contenciones son una medida que la permiten.

“Hay pacientes que, al estar solos, y los queremos sedestar para que no estén todo el día en la cama y por el riesgo de úlceras o que tengan una broncoaspiración o lo que sea, el sentarlos es una prioridad. Claro, si están solos, una persona que está demenciada a lo mejor tiene un ictus, no tiene buena movilidad, se puede caer, entonces hay que poner una contención.” (E6)

Finalmente, la aplicación más habitual de las contenciones físicas para garantizar el régimen terapéutico se produce cuando el paciente es portador de dispositivos invasivos, como catéteres venosos periféricos, sondas vesicales o nasogástricas, entre otros. En concreto, cuando estos pacientes padecen deterioro cognitivo aumenta el riesgo de auto-retirada de los dispositivos, lo que podría impedir la administración de nutrición y medicación u otras medidas terapéuticas. Especialmente, en estos casos los profesionales justifican el uso de las contenciones físicas en los miembros superiores para el mantenimiento de las vías venosas periféricas, debido a la gran dificultad que supone su canalización en este perfil de pacientes.

“O que pueda afectar en alguna medida al tratamiento que se le está dando a esta persona. Por ejemplo, que le pueda llevar a arrancarse una sonda vesical o su nivel de agitación que le haga pues yo qué sé, arrancarse la vía o todo esto.” (E1)

“Bueno, la última situación que viví fue un paciente con Alzheimer, que tenía una vía -bueno, ya sabes los pacientes con mucha edad las venas son muy dificultosas-, entonces, tenía una pequeña vía, pero que estaba a punto de, de morir esta vía y entonces le tuvimos que contener las dos manos para que no se arrancara la vía.” (A3)

“Tuvimos que contener una mano de un paciente porque estaba un poco agitado, llevaba una vía... para antibiótico... muy mal acceso venoso, y por no tener que canalizar cada vez, pues intentamos reducir la movilidad de un brazo para mantener la vía durante el momento del antibiótico.” (E8)

Pese a que el perfil del paciente hospitalizado en los centros de atención intermedia es el de una persona mayor, ocasionalmente también están ingresadas personas más jóvenes. Al ser preguntados sobre las posibles diferencias en los motivos por los que se utilizan las contenciones en personas jóvenes respecto a cuando se usan con personas mayores, los profesionales argumentan que estos también derivan de la situación del paciente. Habitualmente, las personas jóvenes que son contenidas presentan problemas de salud mental y/o deterioro cognitivo, que se pueden acompañar de cuadros de agitación y agresividad. Pese a que son

factores que ya aparecen en las personas mayores, en el caso de las personas jóvenes los profesionales destacan en mayor medida los cuadros de agresividad. Sin embargo, debido al menor número de pacientes jóvenes hospitalizados, es una situación poco habitual en los hospitales de atención intermedia.

“Yo creo que sí, que son diferentes ¿eh? Normalmente a una persona joven, si la contienes, que es para evitar que se hagan males mayores, también siempre, es ya por motivos más agresivos, normalmente, para evitar agresiones. [...] En cambio, un abuelito, normalmente, no es por agresividad, normalmente es para evitar males. A los abuelitos, en geriatría, es para evitar males, en juventud mantienen más por la agresividad misma.” (A2)

“Hay gente joven que por un brote psicótico necesitan estar atados. No es para hacerles sentir mal, no. Es para hacerles un bien, para que ellos no se autolesionen.” (A5)

“¿Por qué se contiene a alguien en psiquiatría siendo joven? ¡Porque represente un peligro para los demás o para sí mismo! Cuando no tienes más remedio. ¿Por qué se contiene a una persona mayor? Porque en ese momento tenga que estar encamada y... y... no la puedas tener paseándola con una silla de ruedas o... no la puedas tener gritando por la noche porque está en un hospital y también porque los demás necesitan descanso y esta persona necesita estar contenida y con algo que la relaje. O así lo entiendo yo. ¡Tenga 80, tenga 90 o tenga 30!” (A1)

Con este perfil de pacientes jóvenes, los profesionales destacan el riesgo de fuga, aunque éste también aparece en menor medida en las personas mayores. Especialmente, este riesgo aparece en el discurso de los profesionales de uno de los hospitales, dadas sus características arquitectónicas y geográficas.

“En este hospital lo que pasa mucho es por el riesgo de fuga, porque pacientes que son... tienen una demencia... esto sí que pasa más con demencias alcohólicas, eh... deambulan perfectamente, simplemente lo que tienen mal es la cabeza, entonces cogen, se van [...] y más de una vez nos han aparecido los pacientes... nos han llamado, ha habido pacientes que se han hecho daño, heridas que se ha tenido suturar y ya casos más graves. Entonces, realmente es... es contenerlo para que ese paciente no salga a la calle.” (M1)

“Tenemos de casos que también... ahora por ejemplo tenemos uno que ya lleva tiempo ingresado y es autónomo. Pero en lo primero, se quería fugar, y lo, lo intentó un par de veces, sí, que se daba a la fuga. Ahora es verdad que se ha tranquilizado, y no necesita estar atado.” (A6)

“Un señor con una demencia eh... moderada, tampoco era muy grave que... que estaba contenido no por riesgo de caídas, sino porque se escapa del hospital. Es verdad que esto es un caso más extremo, porque es una persona que se le podría dejar caminar por la unidad, que pasa que cuando el paciente salía a caminar, te lo encontrabas ya afuera del hospital.” (M4)

Por otro lado, los profesionales hacen alusión a los familiares de los pacientes, quienes pueden presentar diferentes actitudes frente a las contenciones físicas, ya sea solicitándolas o rechazándolas.

“Hay familiares que sí que quieren que se les ponga la contención porque han estado en, en residencias y ya han tenido episodios donde se ha caído y por miedo a que se caiga, o tal, ya directamente lo solicitan; y luego hay otros que son muy reacios y no quieren de ninguna de las maneras, entonces como que no.” (A3)

Especialmente, algunos profesionales describen una asociación (casi) directa entre la ausencia de la familia y la aplicación de la contención física. Los participantes consideran que cuando los pacientes están solos, no están supervisados y no disponen de ningún sistema que les alerte de si intentan levantarse o tratan de retirarse los dispositivos invasivos, o, simplemente, no están distraídos. De esta forma, las contenciones físicas se utilizan como sustitutas del acompañamiento de los familiares, aplicándose muchas veces de forma automática a la salida

de estos y retirándose cuando estos llegan a la habitación, independientemente del estado del paciente.

“Durante el día la contención abdominal en la butaca es algo como usual, es algo como si no hay familia, se contiene, y a veces el paciente podría no estar contenido. Sí, segurísimo.” (M1)

“Estaban contenidas personas pues que, generalmente estaban solas, que no había nadie que les hiciera compañía o... que les distrajera.” (A1)

“Una señora con una, una parálisis de un ictus, una hemiplejía. Y claro, se echaba mucho para adelante cuando se iba el familiar, claro, pedimos autorización al médico para que si podíamos contenerla, la familia nos dio el permiso, el médico nos firmó también el consentimiento y la contuvimos de la cintura -sólo de la cintura- cuando está sentada y está sola.” (A2)

Algunos profesionales describen situaciones de desatención por parte de algunos familiares y cuidadores contratados que, pese a presentes, no se implican en el cuidado ni la supervisión de la persona mayor hospitalizada. En este sentido, la simple presencia de los allegados no exime del uso de las sujeciones pues, por un lado, los profesionales no consideran que el paciente esté seguro a cargo de su familiar y, por otro lado, son los mismos familiares quienes solicitan mantener la contención en su presencia. Ante estas situaciones, los profesionales denuncian el uso de estos mecanismos por conveniencia de los cuidadores informales y para su tranquilidad, solicitándoles que se responsabilicen del paciente para no usarlas.

“Más que nada son cuidadores, que prefieren que estén contenidos porque así ellos no se tienen que preocupar de nada. Cuidadores que tú le pides colaboración para la higiene, para algo, y te dicen ‘no, iyo sólo estoy para compañía!’. Estoy para compañía y estoy con el móvil todo el rato, que ni miro al paciente, y que si está contenido mejor porque no me tengo que preocupar ni de que se caiga.” (E5)

“Hay gente que, si está con el familiar, el familiar no hace falta que esté contenido, pues hay gente que te pide que, aunque estén ellos, los tengas atados. A mí no me parece bien. Se supone que están con ella, para controlarla, para que no se quite el suero, porque... también hay gente que está aquí para, pues para... tiene un libro y se pone a leer...” (E8)

“Y, porque hay personas que el familiar lo está viendo que se está yendo de lado y le está dejando igual, o sea, no lo mira, ni le toca. Entonces dices ‘bueno, estás viendo que tu padre, tu madre se está yendo de lado ¿y no lo tocas?’, ¿sabes?, para esto sí.” (A5)

Algunos profesionales califican la ausencia prolongada en el tiempo de la familia de abandono a la persona mayor hospitalizada. Ante esta situación, los profesionales entienden que son ellos quienes deben tomar las decisiones relativas a los cuidados de la persona mayor y, en estos casos, el uso de las contenciones físicas es valorada como prácticamente inevitable.

“Aquí nos encontramos casos que no tenemos cooperación del familiar ninguna. Hay familiares de pacientes que ingresan y están meses y no vienen a verlo, están allí como abandonados. Entonces obviamente con el personal tan escaso que hay, pues... el paciente tiene que estar seguro. ¡No hay otra que contenerlo!” (E6)

“Aquí muchísima gente... yo no me esperaba el montón de gente que hay abandonada... ¡Muchísima! Y de extranjeros, que vienen aquí solos y ya después se quedan... y nadie viene, y se mueren y nadie echa cuentas. Y es una pena, en realidad.” (E6)

Por el contrario, hay profesionales que comprenden la ausencia de las familias por el perfil del ingreso. Al tratarse de hospitalizaciones de media o larga estancia, los profesionales justifican que resulta muy difícil para los familiares poder acompañar a su allegado durante todo el ingreso. Además, esta situación se agrava cuando los cuidadores principales son también personas mayores que no pueden permanecer tanto tiempo en el hospital.

“¡Tampoco (tienes) familia! [...] primero, que son ingresos prolongados, entonces no pueden dejar su... su vida. No es lo mismo ir al hospital de agudos que estas una semana ingresado y te coges los días en el trabajo o lo que sea, que un hospital como el nuestro que están un mes y medio ingresado, ¿sabes? Entonces no, no es lo mismo, no.” (M4)

“Desgraciadamente, en un hospital como el nuestro sus familias vienen, pero no están siempre presentes. Supongo que por diferentes motivos: muchos cuidadores son viejos... son mayores, otros como que las estancias son muy largas no... no disponen del tiempo libre necesario, otros no tienen cuidadores y otros no están comprometidos. [...] Cuando una persona tiene que estar ingresada un mes, dos meses, tres meses... ¿quién es capaz de quedarse cada noche a dormir con el abuelo? ¡Es que es imposible! Porque al día siguiente tienen que ir a trabajar.” (E2)

“¡Hombre!, a ver, eh... a lo mejor eso en XX o XX ((hospitales de agudos)), a los abuelitos, eh... - me refiero a los abuelitos, hablando de geriatría-, a los abuelitos nos les contienen tanto, porque normalmente están más acompañados por los familiares, en los hospitales de agudos. Pero claro, en el XX, en el XX ((hospitales de atención intermedia)) y eso, no están tan acompañados.” (A2)

7.2.1.2. Los profesionales sanitarios: más influyentes de lo que parece

Pese a que espontáneamente no relacionan el uso de las contenciones físicas con los propios profesionales, cuando se les pregunta explícitamente, sí reconocen que un mismo paciente tiene más o menos probabilidades de ser contenido dependiendo de qué profesionales estén de turno.

En concreto, tanto la valoración individual que cada profesional hace de la situación del paciente como su actitud frente a las contenciones físicas influyen en la aplicación de la contención física. Además, las características de los profesionales determinan en la manera en la que recurren a ellas, de forma más o menos automatizada. Incluso, un participante defiende que la postura individual de cada profesional es un posicionamiento ideológico, en base a sus creencias y valores.

“Yo tengo compañeros que contienen más que otros. Y no sé si es por falta de educación, de formación, digamos. Sí, sí, sí. Y siempre por ejemplo los enfermeros o los auxiliares son los que más me... siempre son los mismos los que me piden la contención, siempre son los mismos. Y los médicos igual. Los que a veces cuando hago sustituciones y cubro a alguien, yo sé quién contienen más que otros. Sí, depende de las personas.” (M2)

“Depende, sí, porque hay personas que ya lo tienen muy protocolizado entonces ya es como: ‘en breve como empiece la cosa alterarse, pues, ya contención’. Y luego, hay otras personas que dan más margen. O van a explicarle ‘que tranquilo, que no se preocupe, que estamos aquí, tal... y que está en un hospital que no pasa nada’. Pero hay otros profesionales que no, ¡que es directamente contención! Entonces, sí, depende del equipo que hay. [...] Dedicar más tiempo, más tiempo a explicar, o se quedan más tiempo en la habitación y dedican más tiempo al paciente.” (A3)

“Es personal del médico, es decir, ahí ya entra la empatía que tengamos cada uno, nuestro, nuestras creencias, todo eso. Como, igual que los médicos que hay provida y los que no son provida. Pues lo mismo con las contenciones. Hay médicos que tardan más en pautarlas y lo que hacen es aumentar más el riesgo del paciente. Pero al final... tardan más tiempo en eso, pero terminan poniendo contenciones cuando hace falta.” (E6)

“Yo creo que em... es... es muy personal lo de contener o no.” (M1)

En relación a las características de los profesionales que influyen en el uso de las contenciones físicas, destaca su formación tanto respecto a la práctica como sobre el manejo del paciente geriátrico. Por un lado, los profesionales que han recibido formación sobre los modelos de

cuidado sin sujeción recalcan la importancia que tiene haber recibido dicha formación para reflexionar y modificar su práctica asistencial. Por otro lado, los conocimientos y la experiencia de los profesionales respecto al manejo del paciente geriátrico son identificados como otros factores que influyen en la aplicación de las contenciones físicas. En este sentido, son especialmente los médicos geriatras quienes reivindican la importancia de contar con un equipo formado en el cuidado a las personas mayores.

“Yo creo que la falta de educación también. Que no haya formación sobre esto ni conciencia sobre las sujeciones. Creo que es falta de formación, concienciación.” (M2)

“Yo creo que el conocimiento del paciente geriátrico... es que hay un espectro tan, tan inmenso que no puedes homogeneizar y dar la misma respuesta para todos. Pero sigue siendo, a pesar de todo, un paciente muy desconocido, ¿por qué? Porque además tiene síntomas atípicos que son típicos en el anciano, es verdad que son típicos en él, pero si tú no los conoces, no lo vas a saber manejar. Si tú tienes un paciente que se cae de forma repetida o está un poco más desorientado, no es por su edad, a lo mejor es porque tiene infección de orina, o tiene... entonces seguimos, como no los conocemos bien a los ancianos, entonces no los manejamos bien... ¡sin ninguna maldad! No, es que yo lo estoy haciendo mal porque pienso que el anciano no vale para nada, lo manejo mal porque no lo conozco, porque no sé qué posibilidades tiene de mejora, de no mejora, de recuperar, de paliar... entonces por eso se tira más de sujeciones, porque se cree que son los síntomas típicos del mayor... ¡No! [...] Te viene gente nueva y vienen con una mentalidad de... otra mentalidad, sobre todo hospitales terciarios grandes, donde no hay geriatría o dónde hay otro manejo del paciente con lo cual, se ve falta de conocimientos y ven normal las cosas que no son normales y traen esa cultura de utilizar más sujeciones.” (M5)

Algunos profesionales describen experiencias negativas previas de pacientes que, tras una caída, han presentado lesiones graves. Ante estos accidentes, los profesionales han ido cargando una mochila que les genera miedo a nuevas caídas y les hace valorar en mayor medida las contenciones físicas como un elemento que aporta seguridad a su práctica asistencial.

“Las experiencias que yo llevo encima de mi cabeza, lesiones más o menos graves, pero gente que... y llevas, en la mochila lesiones que a veces te cuestionas ‘y si...’ y viceversa. Gente que se agita cuando la contienen que no lo entiende y dices ‘¿hasta dónde tenemos que llegar con el riesgo de liberar y de que haga...?’ A veces va bien, y otras ¡pam!” (M7)

“Por miedo a que se puedan hacer una fractura de cadera o que se puedan romper... o dar un golpe en la cabeza, o romper un brazo o tal, entonces tú tienes que poner la contención. Ahí sí. Yo quité una contención y luego justo, por orden médica, me dijo ‘no, no le pongas la contención bajo mi tal’, y esta persona luego se levantó y no se fracturó nada, pero se dio un golpe tremendo en la cabeza.” (A5)

“Es que hemos visto brechas en la cabeza de gente que se ha caído, ¿no? Entonces es una situación que luego tienes que correr. No han pasado en principio cosas graves, pero bueno, algún golpe importante, pues están una brecha o esto, pero claro, a nadie le gustaría que un paciente se hiciera daño de verdad en una caída de estas.” (E5)

Ante estas situaciones, una médico explica que ella trata de afrontar el disgusto que le genera la aparición de estos accidentes, racionalizándolos como una complicación inherente a la atención de los pacientes.

“Lo que pasa es que se vive muy mal por todo el equipo que se te caiga un paciente. Se vive muy mal, muy mal. Yo personalmente, el día que se cae el paciente y pasa algo más que una contusión, se pasa muy mal y entonces tú tienes que hacer una, una reflexión y decir ‘bueno, esto forma parte de mi profesión, forma parte de mi trabajo’, pero sí que te duele. La verdad es que yo entiendo, eh, que a veces es ‘ay, es que no me fío de este paciente, no me fío, se me va a caer’, yo lo entiendo, lo entiendo.” (M3)

Todo esto influye en la tendencia a asumir riesgos, lo que determina en gran parte tanto que el profesional recurra a la contención física como el momento en el que la aplique. Desde esta perspectiva, los participantes describen cómo en algunos casos, la aplicación de las contenciones físicas depende del criterio de sus compañeros y, especialmente, de su actitud frente al riesgo de caídas. Consecuentemente, hay profesionales que recurren a las contenciones físicas de forma más temprana y automatizada, mientras que hay otros más prudentes que esperan a ver cómo evoluciona el paciente con la intención de evitar usarlas.

“El criterio de contención puede variar de una persona a otra y hay gente, compañeras mías, por ejemplo, que se ponen muy nerviosas delante el riesgo de caídas y tienen más tendencia a decir ‘¡lo tenemos que contener!’ . Y otras son más flexibles con... dicen ‘bueno esperaremos, daremos una oportunidad a ver el qué’, porque a lo mejor, no hace falta, basta vigilar a ver qué hace” (E2)

“Sí ((el uso de las contenciones depende de los profesionales que estén de turno)), sí, sí, sí, porque hay gente que es más eh... pues eso, que igual es más paciente, y que, y que acepta pues, eh... pues eso, o... o se ve capaz de estar más atento, o de correr, digamos entre comillas, la responsabilidad sobre el paciente, y hay otros que son más cautos y dicen ‘yo lo contengo antes de que me pase algo o de que me lo encuentre en el suelo a la persona’, ¿sabes? Sí, sí que hay personal que es más cauto y otros que no, otros que son un poco más pacientes y le dan un poco más de margen al paciente, a ver si realmente está agitado o no, realmente intenta levantarse de la butaca o no, eh... sí, sí que hay.” (M4)

“El personal es heterogéneo. Hay gente que busca más la seguridad y quiere reducir riesgos, y hay otra que quiere asumir riesgos para reducir tal. Es que hay trabajando como treinta personas, y cada una con su... con su... tal, y, y esto bueno, es muy subjetivo, no hay una...”. (M7)

Por otro lado, algunos participantes describen otras características más personales de los sanitarios que también influyen en el uso de las contenciones físicas. Entre ellas, destacan su falta de implicación y motivación, así como su estado anímico, su paciencia o su empatía.

“Yo creo que la falta de empatía y ponerse en el lugar del paciente. [...] Por tiempo. Yo creo que falta de tiempo, falta de dedicación, motivación, eh...o implicación, no se quieren implicar. Yo creo que es todo esto.” (M2)

“Hay gente más empática y gente menos, hay gente que a lo mejor pues... auxiliares o enfermeras, que son capaces de a las cuatro de la mañana estar media hora allí intentando tal, y hay gente que pum, directamente. ¿Por qué? Supongo que por empatía. No, no lo sé.” (M7)

“¡Claro, y la misma persona, dependiendo del momento en el que esté! No hace falta que sea una persona u otra. [...] Tu propio estado, el cómo vengas, el cómo estés, el cómo se te esté dando el trabajo, que tengas más carga de trabajo en ese momento y no puedas estar el tiempo debido con esta persona para rebajar su nivel de... de estrés. Eh... Puede llevarme a decir tengo que tomar la medida de contenerlo porque tengo que atender esto otra.” (A1)

Por último, algunos profesionales con actitudes anti-contención denuncian cómo la presión que reciben de algunos compañeros les influye en la toma de decisiones para aplicar las contenciones físicas. Especialmente, una médico explica que se siente presionada por parte de algunas enfermeras y TCAE para prescribir las contenciones físicas (y químicas), llevándole a indicarlas en mayor medida y durante más tiempo.

“Pero a veces hay mucha presión de enfermería. ‘¡Ay! ¡pero no! pero ¿por qué le quitas...? ¡ay, pero por la noche!’ Esa presión me mata, la presión eh... del personal, me mata. Las auxiliares ‘¡no, pero mira XX, ahora no sé qué, no sé cuántos! pero y ahora y si total...y ¡ahora se ha arrancado la vía, X!, y ahora otra vez!’ como diciendo ‘bueno, es tu culpa porque no le pones la muñequera’ o lo que sea. A veces es difícil. Siento presión, siento la presión a veces, sí.” (M2)

Sin embargo, hay participantes - que no consideran que los profesionales sean en sí un determinante de uso de las contenciones físicas. En su lugar, argumentan que todos los profesionales intentan trabajar en una misma dirección y homogeneizar los cuidados que se ofrecen a los pacientes, incluyendo los criterios de aplicación de la contención física.

“A ver, dependiendo del profesional pues tampoco... ya no lo creo, porque yo creo que ya se está intentado que trabajemos todos en una misma línea, ¿no?, y unificar el... y unificar los cuidados y hacerlo pues todos igual, ¿sabes? Que a lo mejor una persona está más obcecada ((se lleva dos dedos a la frente)) en hay que poner una contención, pero...” (E1)

“(5) ¡No! No ((creo que, dentro de una misma unidad se utilicen más o menos las contenciones dependiendo de quién esté de turno)), yo creo que... en mi unidad, yo creo que no. En mi unidad, yo creo que no. Creo que todas tenemos unos criterios más o menos iguales y... intentas tener esto, un poco de paciencia, de explicarle y tal. Que no: pues luego se tiene que poner.” (A4)

“Nosotros no, en nuestra planta más o menos se contiene siempre por el... y más o menos te diría que casi todas contenemos por el mismo criterio.” (A2)

7.2.1.3. La institución: foco para la contención

Del mismo modo que ocurre con su propia implicación, la mayoría de los profesionales no hace referencia espontáneamente a la institución como un determinante de uso de las contenciones físicas. Sin embargo, al ser preguntados explícitamente si su aplicación es diferente entre centros e, incluso, entre unidades, los participantes sí que identifican algunos factores que influyen en dicha práctica. Especialmente, destacan el perfil de hospital y de paciente ingresado, la elevada carga asistencial junto con la falta de recursos humanos para abordarla, así como la presencia de barreras arquitectónicas.

En primer lugar, numerosos participantes justifican el uso de las contenciones físicas en los centros de atención intermedia por el perfil del hospital y del paciente hospitalizado. En este sentido, los profesionales comparan los hospitales de atención intermedia con los hospitales de agudos para identificar así las características institucionales que influyen la práctica. Además, algunos profesionales reconocen algunas diferencias entre las unidades de un mismo centro, aunque no saben explicar a qué se deben. En cualquier caso, más que identificar las peculiaridades de los centros, los profesionales suelen hacer referencia al perfil de los pacientes hospitalizados en ellos para justificar el uso de las contenciones físicas. En concreto, los profesionales aluden al hecho de que los pacientes ingresados sean, principalmente, personas de edad avanzada, en fase subaguda de la enfermedad y poco acompañadas por sus familiares.

“En la Unidad de Paliativos... hay menos contenciones, no hay casi nunca. Pero también es porque el paciente es otro tipo de paciente: hay más familias, siempre están acompañados de familias; no suelen estar muy agitados, no suelen pedir, necesitarlo tanto. En cambio, en otras unidades, que son Geriatria y Ortogeriatría... sí que aquí hay más, pero porque, porque ya... ya te digo, las características de los pacientes son otras.” (E8)

“Es que claro, nosotros tenemos un tipo de enfermos -que en un hospital de agudos yo supongo que es bastante diferente-, en nuestro hospital que el tipo de enfermos que tenemos muchos necesitan... muchos de Alzheimer, y cuando ingresan, nos ingresan con infección de orina, están desbaratados, están desorientados, están agresivos y... entonces es verdad, en dos o tres días se calman, se tranquilizan, pues se les retira la contención”. (E7)

Sin embargo, hay profesionales más críticos con estos dispositivos que, aun identificando estas diferencias, cuestionan la influencia de los propios profesionales y la institución en su aplicación.

“En mi hospital lo hemos visto... Cada planta tiene un perfil el paciente: agudo de geriatría, media estancia, larga estancia, neurorrehabilitación... Y, cuando yo que iba pasando por todas las plantas, te dabas cuenta que en el mismo hospital, con la misma Dirección, más menos es diferente el uso de las sujeciones. Había plantas más implicadas que utilizaban menos, había plantas que menos, también lógicamente se utilizan más en una planta psiquiatría que en una planta de hematología que toda la gente está bien. Pero más allá de eso en un hospital que más o menos hay perfiles parecidos de pacientes sí que había diferencias en el uso de las sujeciones. Supongo que por eso, la formación, el equipo... Yo creo que es eso, como cuando dices eso de que cuando hay una fruta muy madura, al final se maduran las demás. Pues igual supongo que si en mi equipo hay una persona que está implicada con este tema o le gusta o tal, a lo mejor va convenciendo y al revés. Si hay una persona que no, también puede ir haciendo la labor contraria. Ya te digo porque es un hospital muy parecido, con un perfil de pacientes geriátrico parecido, que las enfermeras lo manejan igual, una implicación en temas de valores y en el cuidado del paciente como Dios manda, y sí que había diferencias, no me preguntes porqué. Yo sé que había plantas que se levantaba y directamente se le levantaba a la silla con el peto y en otras plantas solo se le ponía el peto si había tal, y en plantas donde yo ni siquiera les firmé la sujeción. Y otras plantas súper estrictas, sólo se pone cuando está firmada, si no está firmada... No lo sé, supongo que es eso, que también funciona un poco responsable de la planta o que haya un equipo con unos más implicados y otro menos implicado.” (M5)

En concreto, una de las participantes, con experiencia laboral los tres hospitales de atención intermedia incluidos en el estudio, así como en diferentes ámbitos asistenciales (también ha trabajado en salud mental), describe las diferencias en el uso de las contenciones entre ambos hospitales e, incluso, entre diferentes unidades, aludiendo en este caso a la diferencia en el perfil de paciente.

“En el XX ((hospital donde trabaja actualmente)) he visto que ponen muchas contenciones, muchas, sí. La mayoría tiene contenciones mecánicas «si precisa», bastantes. Que a lo mejor no la lleva, pero ya la tiene pautada y yo creo... te diría que la mayoría de los pacientes. En cambio, a lo mejor en XX ((hospital donde trabajaba previamente)), sí que se esperaba un poco más, a lo mejor, para contener. [...] A lo mejor... hay pocos familiares también, en el XX ((hospital actual)), ahora mismo. Y a lo mejor... no lo sé, a lo mejor ya como que de base los médicos pautan la contención mecánica por si acaso, y... ya está, es una preocupación menos en adelante, ¿sabes? A lo mejor lo hacen mucho por protocolo. [...] En XX ((hospital previo)), por ejemplo, yo he tenido que firmar mucha... bueno, firmar, hacer firmar y hablar con el médico y la familia para poder poner una contención. En el XX ((hospital actual)), en cambio, no me ha pasado. [...] En el XX ((hospital actual)), sí ((es más automático)). [...] Hombre, el poco personal hace que haya más, porque es eso, porque no puedes tener vigilados a todos ni... [...] No, incluso a lo mejor hay más personal en el XX ((hospital actual)) porque hay menos pacientes a cargo y mismos profesionales. No. Hay más profesionales en el XX ((hospital actual)), y así y todo... Pero a lo mejor es como un hábito. No sé, a lo mejor es una cosa que ya se han acostumbrado a pautar. [...] Directamente, en el XX ((hospital actual)), directamente ponen la contención. Ya no hacen este razonamiento de qué necesita para poder estar más tranquilo. Porque están muy vistas. Todos los pacientes llevan contenciones, pues este también. Y es uno más.” (E8)

Sin embargo, hay profesionales que consideran que las características de los centros de atención intermedia, no sólo no determinan el uso de las contenciones físicas, sino que actúan como un protector frente a su aplicación en el cuidado de las personas mayores hospitalizadas. De esta forma, argumentan que son hospitales con una menor frecuencia de uso de contenciones físicas y, en caso de aplicarse, el grado de restricción aplicado es menor. En concreto, los profesionales destacan que se trata de centros menos tecnificados y especializados y más sensibilizados por llevar a cabo unos cuidados integrales que los hospitales de agudos, con un ambiente rehabilitador en el que la presencia de un equipo multidisciplinar fomenta el respeto a la autonomía y la seguridad de las personas mayores. Además, el hecho de que los pacientes estén en una situación subaguda y las estancias sean más prolongadas que en los hospitales agudos,

permite enfocarse en la persona e individualizar los cuidados, evitando el uso automatizado de las contenciones físicas. Paralelamente, hay profesionales que defienden el impacto que estos hospitales ejercen sobre el paciente. Así, el hecho de que sean centros más pequeños y con un ambiente más familiar favorece el bienestar del paciente y que no precise de ser contenido.

“Depende, no tanto del, de... los tres hospitales de media estancia, sino probablemente haya diferencias entre agudos y media estancias. Porque agudos, probablemente, ingresan con una descompensación y están probablemente más agitados, entonces se use mucho más la contención que una media estancia, que la fase más aguda de la infección o de lo que tenga el paciente ya está controlada, y también porque eh... yo creo que en agudos, tienen más sobrecarga las unidades, entonces pueden estar menos pendientes de los pacientes agitados. Entonces lo fácil es dejarlo contenido primero y luego ya verás. Mientras que en nuestro caso igual es al revés. Igual esperas un poco para ver cómo se comporta y luego ya lo contienen. Le das un poco digamos, una oportunidad para ver cómo se comporta, antes de poner la contención.” (M4)

“A lo mejor la contención en los hospitales de agudos es diferente, y también el paciente es diferente, eh, yo... pero en los de estancia media y en crónicos que se intenta trabajar mucho en equipo, por esto, porque la información es muy válida y a mí me condiciona mucho. O sea, en agudos una neumonía yo me preocuparía por la saturación, la fiebre y tal. Pero en los hospitales de convalecencia, en los hospitales de estancia media, aunque lo tengas escrito, valoras mucho lo que te pueden transmitir y toda la información que te puedan transmitir, porque de toda esta información, la del trabajador social, incluso la de la familia ‘¿cómo lo ves tú hoy?’, con todo esto es más fácil hacer un plan y diseñar un tratamiento, que es muy diferente en un hospital tipo factoría. (¿?) pum, pum, pum. Neumonía: pum, pum, pum. Es diferente.” (M3)

“El hospital está mejor que otros hospitales con estas eh... el hospital se ha sensibilizado. Es decir, yo creo que las reformas que se han hecho han ido en esta dirección. Además, como que hay, es verdad, hay una unidad de ortogeriatría, esto... Y, significa que se hace una valoración de la movilidad de las personas y hay una sensibilidad para estas cuestiones.” (M6)

En segundo lugar, los profesionales consideran que, en los centros de atención intermedia, la carga asistencial es muy elevada y la dotación de recursos humanos para hacerle frente es insuficiente, lo que les impide llevar a cabo actividades que eviten el uso de contenciones físicas. Frecuentemente, los pacientes ingresados son dependientes para las ABVD, traduciéndose en una elevada carga de trabajo para los profesionales. Como consecuencia, los profesionales se sienten obligados a priorizar qué actividades realizan y perciben que no tienen tiempo para prestar otros cuidados que, sin ser considerados preferentes, permitirían que el paciente no fuese contenido. Esta situación se ve agravada en los turnos con menor ratio de profesionales, como la tarde o la noche.

“(Falta) De personal. En este tipo de hospitales, los auxiliares tienen un papel súper importante en este hospital, porque además es ducha, vestirlos, darles de comer, pero no supervisarlos, darles literalmente de comer, porque, claro, no puede estar una persona 24 horas a su lado, como uno de seguridad viendo a ver si se levanta o no, claro, son muchísimos pacientes. Entonces, casi necesitarían muchas veces en este hospital un auxiliar por paciente, entonces eh..., claro, no... no hay. [...] Entonces, la vorágine del día a día hace que tengan que estar más contenidos de lo habitual. Porque además son pacientes muy dependientes casi todos.” (M1)

“Por la tarde somos dos enfermeras y dos auxiliares. Normalmente, es cuando te vienen los ingresos y tal, es cuando vienen más agitados, más desorientados, tal. Es cuando normalmente tienes que poner las contenciones y esto. Si una está con el ingreso que ha venido, la otra se carga toda la planta. Y si ya vienen dos o tres ingresos, que a veces nos ha pasado, de esta guisa... ¡ya te mueres! Porque es que ya no das abasto.” (A4)

“Si tuviéramos eh... El triple de auxiliares no haría falta probablemente contener a prácticamente nadie, porque podría ser una auxiliar mucho más pendiente de la persona, y... [...] si hubiese una persona con ellos para ese momento, dar un paseo de tres minutos, porque no es más y volver a sentarlos, pues igual el paciente ya se quedaba tranquilo, ¿qué pasa? Que no es posible cuando no tienes personal para esto.” (M4)

Incluso, hay profesionales que denuncian la elevada carga de tareas burocráticas y no asistenciales que restan tiempo de atención directa al paciente y acaban repercutiendo en un mayor uso de las contenciones físicas.

“Quizás hay tareas que no son tan importantes, la organización, como el tener más tiempo para estar con los pacientes, dedicarles más tiempo, poder estar con ellos, estar un poquito más a su lado, y ver cómo están... ¿sabes? hay otras tareas que se podría lo mejor delegar o, no sé, organizar de otra manera seguramente, y tener más tiempo para los pacientes... Tareas muy secundarias, tareas a lo mejor de limpieza, de organización, de 1000 cosas, que mientras estás haciendo pues no estás pendiente de tus pacientes, porque no puedes estarlo, y enfermería exactamente igual, yo hablo por la auxiliar, pero la enfermera igual toda la tarea que está haciendo a nivel administrativo, ¡por favor! que pongan una secretaria y dejen a la enfermera ser enfermera.” (A7)

En tercer lugar, los profesionales describen cómo, en ocasiones, la propia arquitectura de los hospitales y otros aspectos de su entorno representan un peligro para el perfil de paciente que está ingresado. En concreto, la presencia de escaleras y de terrazas en las habitaciones (sin una pared exterior elevada), así como la falta de espacios compartidos y abiertos son los principales defectos arquitectónicos que detectan los profesionales. Además, los profesionales describen obstáculos en el interior de las habitaciones (como mobiliario) que impiden la movilidad segura por las mismas. Ante la imposibilidad de salvar estos defectos arquitectónicos en el día a día, los profesionales recurren a las contenciones físicas. Especialmente, los profesionales de uno de los centros denuncian que se trata de un hospital con muchos accesos de entrada y salida, con insuficiente control, percibiendo un elevado riesgo de fuga por parte de los pacientes, que pueden salir del recinto hospitalario y acceder directamente a una carretera.

“Es una unidad que está súper mal planteada para el tipo de pacientes que tenemos porque, bueno, tiene terrazas, ya súper peligroso, eh... está abierto tanto por... [...] Y luego aquí, la principal tenemos un hall, eh... que, para empezar, da a un patio, o sea, que es que el paciente que se quiera volcar se tira. Y nada más salir de la unidad, lo primero que tienes son dos pisos de escaleras. Entonces, me parece súper peligroso. [...] pacientes que han aparecido, que te ha llamado la policía, una carretera o malheridos en un jardín de alguien. Entonces, realmente son unidades que están super poco preparadas para el tipo de pacientes... es que han aparecido en... en XX ((pueblo cercano)), o en la carretera han aparecido más de una vez con el pijama y ha pasado un coche y más de una vez ha habido un susto. Entonces, este hospital para este tipo de pacientes súper mal diseñado, pero sup-, entonces aquí no queda otra que contenerlos.” (M1)

“Pacientes con demencias tipo Alzheimer o cuerpos de Lewy con un est- en una fase inicial no avanzada, que todavía son... físicamente autónomos, pueden levantarse, sentarse y caminar y deambular. Cuando ingresan en nuestro hospital, porque tienen un... fiebre o lo que sea, como hay riesgo de que se pueda perder y caer por las escaleras, porque son unidades abiertas, los tenemos que contener. Claro, si esta gente está en unidades donde... de demencias donde haya una sala común donde se pueda deambular de forma autónoma, con alguien que los vigile, no importaría que estuviesen contenidos.” (E2)

“Que hay muchísimas puertas, no las puedes controlar, las puertas... Pueden salir. Pueden salir y hay muchísimas puertas, o sea si tienes una persona con demencia que se te pueda... que además no tenga problemas de movilidad, que pueda pasear, se te puede ir... vamos a XX ((pueblo cercano)), a hacer un café y... o a las vías del tren. O meterse en el autobús, en fin, que el irse del hospital está muy fácil.” (E4)

En cuarto lugar, algunos profesionales destacan el papel que juegan los responsables intermedios en la aplicación de las contenciones físicas. En concreto, las coordinadoras de enfermería de algunas unidades toman un papel activo supervisando y tratando de minimizar su uso.

“Porque la implicación de supervisión es mucho más... nuestro supervisor no está implicado, pero para nada y por ejemplo, XX ((coordinadora de enfermería)) sí. Se conoce a los pacientes, sabe si hay que hacer esto, sabe cómo se comportan, sabe... sabe de ellos, entonces sabe cómo se comportan, sabe si el día está desorientado, por qué gritan, por qué esto, qué le está pasando. Pero en mi, en nuestro caso, no. Nuestro supervisor no está implicado, como en otros sitios, en otras unidades. Entonces claro, desconoce y es como... No ((se implica en si usamos contenciones)). [...] Es como... ¡pppfff!... ¡Ancha es Castilla! Que es como bueno... ¡tanto me da! Entonces claro, ahí se nota la diferencia de la implicación del uno y del otro.” (A3)

“Realmente no he hablado con ninguna supervisora del XX ((hospital donde trabaja actualmente)). Porque sé que mi supervisora del XX ((hospital donde trabajaba anteriormente)) sí que estaba en contra de las contenciones. Es decir, no le gustaban las contenciones y siempre intentaba mantener al paciente sin. Es verdad que ya llega un momento que ya son necesarias, pero ya tener una supervisora que va un poco en contra de las contenciones, pues te hace actuar de otra manera, a lo mejor.” (E8)

“Yo he visto una evolución. Ahora, creo que se nota un posicionamiento sobre todo de las supervisoras de planta por cuidar estas cuestiones. [...] La labor que hace la supervisora de seguimiento con las enfermeras y auxiliares de planta, porque es verdad que hay mucha turnicidad, hay mucha rotación, y que marca una pauta y un criterio a la hora de contener o no. Creo que la supervisora puede cohesionar el equipo, en el sentido que puede, eh... puede dar voz, puede hacer ver a los profesionales que, que no deben contener si hay otras alternativas y que a veces esto pasa por apoyarse en delegar ciertas funciones en compañeros como celadores o que pueden ser auxiliares, y que es correcto el uso de estas ayudas.” (M6)

Por el contrario, en el discurso de la mayoría de los profesionales destaca una falta de presión y de control institucional en relación al uso de las contenciones físicas. Así, al ser preguntados si sienten algún tipo de presión por parte de las instituciones por utilizar, o no, las contenciones físicas en su práctica diaria, los profesionales lo niegan.

“Las direcciones yo creo que muchos hacen lo que pueden y otras yo creo que están más arriba, y a veces no llegan, tienen ideas y tienen ganas. Yo creo que es una de las cosas que, las sujeciones, sólo con un poquito que estés pendiente sabemos que no se deben utilizar, pero yo creo que las direcciones no bajan a las plantas a ver.” (M5)

“Yo si lo controlan... no... a mi no me han dicho nunca, no.” (M7)

“Si dicen de, si dijese ‘ahora no se puede contener’, pues no contendríamos.” (A6)

Sin embargo, pese a que el número de caídas es utilizado como indicador de calidad asistencial en el hospital, los profesionales niegan sentir presión externa por la evaluación de este indicador ni por usar (o no) las contenciones físicas. En este sentido, los profesionales explican que sí se preocupan por evitar las caídas de los pacientes, pero esta presión no es proveniente de la institución ni de los familiares, sino que es autoimpuesta. Además, reconocen que la caída de un paciente durante el turno es mal vista por el resto del equipo, que puede llegar a señalar al profesional responsable directo del paciente en ese momento.

“Y también legalmente, porque yo creo que los hospitales hacen recuento de las caídas que tienen de, en su hospital y después lo comparan con otros. Pues a lo mejor es para tener mejores... es decir, menos número de caídas en su hospital y quedar como mejor delante de los otros. [...] Yo creo que ((esto influye)) sí porque... es verdad que se suele mirar bastante la... las caídas que hay

por planta. [...] Si caen no te dan la culpa, no te hacen responsable, pero claro, como que está un poco mal visto que se te caiga un paciente en tu turno.” (E8)

“Las caídas se registran, se hace una ficha para ver factores de riesgo que las pudieron causar, para poder trabajarlo, estudiarlo y mejorarlo e intentar disminuir el índice de caídas, que a mí eso me parece perfecto. Pero no nos agobian, quiero decir, que yo sepa ni nos penalizan ni nos dejan de penalizar porque que tengamos más caídas o menos caídas. Hombre, cuando hemos tenido un pico dices ‘¡oye! ¿qué está pasando?’. Pero yo creo se controla precisamente eso, no para penalizar sino para mejorar. Pero yo no siento presión.” (M5)

“No ((siento presión por las caídas))), tenemos un registro de caídas cuando un enfermo se cae. Hay una hoja de registro y apuntas el enfermo, la fecha, si era festivo o día laborable, si estaba solo o estaba acompañado, si estaba contenido o no, dónde ha caído, qué hacía cuando se cayó, y todo esto se registra. Lo apuntamos todo.” (E7)

Por otro lado, algunos profesionales, especialmente los de uno de los hospitales, identifican los valores del hospital como un elemento protector frente al uso de las contenciones físicas. En concreto, los profesionales describen una mayor preocupación por ofrecer unos cuidados integrales, trasladando los valores como la hospitalidad a su práctica asistencial diaria, lo que se traduce en una mayor sensibilidad por la calidad y la dignidad de los cuidados. Pese a que estos valores no se traducen en unos cuidados libres de contenciones físicas, algunos profesionales reconocen que sí influyen en las decisiones relativas a su aplicación que toman.

“((Los pacientes)) Son más números en XX ((hospital de agudos)) que aquí. Aquí es como mucho más integral. Se ve el paciente más en la parte psíquica, social, todo, o sea lo ven todo. Más funcional.” (M2)

“La forma de hacer y la forma de proceder no es la misma en todos los hospitales, ni los principios que tiene un centro a los principios que tenga otro centro. Por ejemplo, en XX, pues sí que es verdad que se tiende mucho a la humanización de los cuidados y pues estas cosas se tienen muy en cuenta. Y sí que me estoy dando cuenta de los cinco años que llevo allí trabajando pues que cada vez la tendencia al uso de contenciones cada vez es menor y es precisamente por esto.” (E1)

Por el contrario, muchos de los profesionales, especialmente aquellos con actitudes más pro-contención física, niegan que haya diferencias en el uso de contenciones entre hospitales ni entre unidades, sino que su aplicación depende, principalmente, del estado del paciente. En esta línea, defienden que existe unanimidad en relación a los criterios de aplicación de estos dispositivos.

“No, no lo creo ((la probabilidad de ser contenido varíe según el hospital)). [...] Podría ser que a lo mejor el cambio de ubicación... cuando se acostumbran a, a una, a una habitación, pues ya la ven como si fuese su casa. Y a lo mejor hay veces que ha pasado, que los trasladan y se, se desorientan, no se encuentran, no se encuentran como en su casa. Y podría ser también que en aquel momento a lo mejor se haya de atar hasta que se vuelva, se vuelva a acostumbrar y porque no, cuando se contiene, a veces no, no tiene que ser ya para siempre.” (A6)

“Pues no tengo ni idea porque yo ya te digo que sólo he trabajado aquí, entonces no te puedo hablar. [...] Yo creo que, en este hospital, más o menos, se sigue la misma pauta, ¿eh?” (E5)

“En criterio no ((hay diferencias entre unidades dentro del mismo hospital)), es el mismo. [...] Yo diría que no ((depende del profesional que esté de turno)). Es cierto que hay doctores que son más reticentes a contener.” (E6)

7.2.1.4. *La participación y la responsabilidad de los usuarios y los profesionales en la toma de decisiones*

En este apartado, se describe, en primer lugar, la toma de decisiones relativas al uso de las contenciones físicas desde la perspectiva de los profesionales sanitarios y, en segundo lugar, el papel que tienen los pacientes y sus familiares en dicho proceso.

Por un lado, los profesionales entrevistados -médicos, enfermeras y TCAE- participan en el proceso de toma de decisiones relativas al uso de las contenciones físicas. Habitualmente, en esta toma de decisiones se establece una comunicación piramidal en la que la auxiliar de enfermería alerta del estado del paciente a la enfermera quien, tras valorar la situación, llama al médico para que las pauté, avisando a los familiares si están presentes.

“En cuanto ves que, ya se quiere mover y se quiere levantar y tú sabes que esa persona, si se levanta, se va a caer. Claro, ahí dices: ‘No, no la podemos, no podemos dejarle sola sin contener, porque se va a caer y se va a hacer daño’. Y aquí es cuando decides hablar con el médico o con tu enfe... yo hablo con mi enfermera, evidentemente, mi enfermera si piensa lo mismo habla con el médico y se pide la orden. Normalmente es así. Digamos, yo hablo con la enfermera, la enfermera habla con el médico, el médico me imagino que con la familia ¿No? supongo que debe hablar con la familia y se da, bueno, al principio no, a lo mejor la familia no está ahí no se habla. El médico da la orden y se contiene, pero cuando viene la familia, se hace, se le explica.” (A2)

“Y normalmente lo firmo, pero es una cosa acordada, con la familia y con enfermería, que son los que a veces, pues... a veces incluso la mujer de la limpieza te dice ‘Escucha, que me lo he encontrado allí y... y este señor no se ha caído, pero se movía muy mal, está muy inestable... ¿qué hacemos?’. Normalmente suele ser enfermería que me dice ‘aquí hay un riesgo’.” (M7)

En concreto, las TCAE identifican aquellos pacientes que consideran que deberían ser contenidos y alertan a las enfermeras y a los médicos para que las prescriban. En este sentido, las auxiliares actúan de informantes clave pues, gracias a ser las profesionales más próximas al paciente, están situadas en una posición privilegiada para identificar sus necesidades, incluidas las contenciones físicas. Para ello, realizan una primera valoración del estado del paciente que, posteriormente, trasladan a los otros profesionales. Incluso, les solicitan expresamente que el paciente sea contenido. A su vez, esta proximidad con el paciente les lleva a reconocer cuándo el paciente puede estar descontento y a tomar la decisión de no aplicar la contención física pese a estar pautada de forma periódica, por ejemplo, durante las noches. Sin embargo, esta decisión no puede tomarla de forma autónoma para cualquier contención, sino que habitualmente implica reducir el grado de restricción aplicado.

“Los auxiliares, yo creo que son los que lo ven más si lo necesitan o no, porque son los que están realmente más tiempo con ellos. Y aquí ya los auxiliares a lo mejor te dicen: ‘Este hombre está un poco nervioso, necesita a lo mejor tal’. Y tú vas a valorar, pero porque ya tienes el auxiliar que te lo ha comentado. O al contrario ‘está muy tranquilo y... lo he dejado sin un momento, y no ha pasado nada’, aquí también valoras. Los auxiliares, aquí, yo creo que tienen mucho peso.” (E8)

“La responsabilidad que siento es que... que yo tengo que valorar si yo tengo que hacer una petición o explicar a la enfermera para que haga esta petición al médico a su vez.” (A1)

“Hay momentos que tú dices ‘no, es que si yo me doy la vuelta esta señora se va a levantar...’. En un momento dado yo incluso le he dicho a las compañeras ‘mira, le he dado un voto de confianza a Fulanito y le he dicho ‘pues mira, no le voy a atar’; ‘ah vale, vale, pues genial’. Sí, sí, esto sí. Que no... tú le dices a la compañera ‘oye, mira, que yo creo que a este le vamos a quitar la contención, porque ha estado bien, no la ha necesitado y tal’, ‘ah, vale, vale’. La verdad que en esto de quitar nos dan bastante... para decir pues sí o pues no.” (A5)

Respecto al papel de la enfermera en la toma de decisiones respecto al uso de las contenciones físicas, habitualmente es ella quien coordina el proceso. En concreto, tras confirmar la necesidad de aplicar las contenciones físicas, las indica informalmente y contacta con el médico para que las prescriba debidamente. Sin embargo, la enfermera aplica de forma autónoma las contenciones físicas en situaciones de urgencia u otros mecanismos no homologados de sujeción (como el uso del mobiliario) con un fin restrictivo.

“Siempre informo al, al médico, siempre, eso lo primero, y a partir de lo que me diga él, él podría cambiar el tratamiento o no, para que esta mujer esté más tranquila. Pero después yo normalmente recorro a algo físico. Es decir, si una mujer está sentada y se quiere levantar e incorporar, eh... yo le pondría un sillón delante para que no pudiera andar o si le pones una almohada debajo de la rodilla, para que le cueste más trabajo incorporarse, o cosas así.” (E6)

“Pues si está su médico, si es por la mañana, se, se comenta con su médico, y si no está su médico llamamos al médico de guardia, le explicamos el caso, y bueno, viene a ver al paciente, le explica un poquito cómo está la situación, y nos suele pautar contención física y química. [...] Y una vez que ya nos la pauta, pues la ponemos.” (E5)

“Primero se avisa al médico, el médico lo valora, el médico te... el médico puede decidir si... si puedes contenerlo o no. En caso de que el médico no estuviera, si hay una necesidad extrema tú como enfermera también puedes contener en un momento dado al paciente, en un momento puntual. Eh... y posteriormente ya no vale sólo con la orden verbal, sino que hay que firmar una petición, una... un consentimiento de sujeción física, lo tendría que firmar el paciente y la familia tendría que dar su consentimiento también.” (E1)

En esta línea, la participación del médico en la toma de decisiones es entendida por los profesionales de todas las categorías como un trámite, un formalismo que debe cumplirse para que el uso de las contenciones físicas sea legal, por lo que su prescripción se convierte en un amparo legal para dicho uso. Muchos profesionales hacen alusión a la indicación médica como una autorización, un permiso o un consentimiento que obtienen tras consultar, confirmar o, incluso, avisar al médico responsable del paciente o, en su ausencia, al médico de guardia. Esta confirmación con el médico se realiza a veces tras a la aplicación de las contenciones.

“Vigilamos el estado del paciente, si realmente se levanta mucho... se levanta mucho y camina con mucha dificultad, y se consulta con el médico y le pides permiso, porque hemos de, siempre las contenciones tienen que estar pautadas por un médico, aunque la mayoría de las veces la decisión es... parte del personal de enfermería que es quien tenemos contacto con ellos.” (E2)

“En principio, si hace falta, lo primero que hacemos es llamar al médico. Que, no, no, no podemos atar, no podemos poner ninguna contención sin, sin el permiso del médico. En este caso, pues la enfermera llama al médico y lo que pauté el médico, o sea le tenemos que atar o, o qué.” (A6)

“Nosotros, las contenciones que ponemos son siempre con la, con la autorización del médico. No ponemos nunca contenciones por nuestra cuenta, siempre está firmado por, o por su médico de referencia o, si es fuera por la tarde, noche o fines de semana el médico de guardia se lo consultamos y nos dice ‘pues sí’ o ‘pues no’, que normalmente nos dice que sí.” (E5)

“Y el médico que se le debe comentar, yo le digo ‘oye, mira, a esta paciente yo creo que sólo le vamos a hacer esto’ o ‘a esta yo creo que se le tiene que hacer esto y esto’.” (A5)

Desde esta perspectiva, algunas enfermeras reivindican que son ellas quienes prescriben las contenciones físicas en la práctica clínica. Incluso, una de ellas reclama mayor autonomía disciplinar y defiende que prescripción enfermera sea reconocida legalmente para que puedan utilizarse sin la indicación médica.

“Procuramos que esté prescrita por el médico también, para que no te puedan acusar de haber puesto una contención, sin necesidad. Que eso es otra, que creo que tendríamos que poder

ponerlas nosotras sin que tener al médico que la prescriba. Que normalmente no hay ningún problema, la ponemos y luego decimos, 'oye mira que este paciente la necesita porque se puede hacer daño' y normalmente no hay ningún problema. Si en un momento determinado la necesitamos, la ponemos y luego llamamos al médico para que la prescriba. O si ya vemos que lo va a necesitar, pues le dices y la prescribe, está en el tratamiento.” (E4)

“Es como si has de poner según qué medicación: ‘Le... le doy un metamizol porque tiene dolor, no me lo has pautado, pero tal’; ‘Vale, de acuerdo’ [...] Tenemos mucha autonomía en este aspecto: ‘Le pondré una contención porque hay riesgo de que se caiga’; ‘Ah, vale, vale’. Ya en la mayoría de las veces, si el paciente se ve medio agitado ya le pautan contención si precisa y queda en nuestro criterio.” (E2)

Sin embargo, hay médicos en desacuerdo que consideran que la indicación debe ser médica o, al menos, ser validada por un médico y que, de no serlo, supondría una negligencia.

“La indicación no es delegable. La, la utilización de una contención o la propuesta de enfermería se tiene que contemplar, pero la enfermera está obligada a comunicarlo al facultativo porque, eh... el, el facultativo la tiene que validar. Lo digo porque con esto se tiene que actuar así porque hay alternativas a la contención que pasan por medidas de diagnóstico y terapéuticas, es decir, que sería una negligencia por parte de una enfermera no comunicar una, una contención para validarla el facultativo. [...] Esto ((la aplicación sin prescripción médica)) puede pasar, porque es la rutina, la rutina de... lo que pasa que, eh... creo que aquí ya hay una suficiente educación para que no pase. Y suficiente nivel de enfermería para que no pase.” (M6)

El uso de las contenciones físicas se discute en entornos formales e informales. A nivel formal, se realizan reuniones de equipo multidisciplinar, donde se aborda su aplicación en el cuidado de determinados pacientes, especialmente si ha habido alguna incidencia relacionada con su uso. En estas reuniones participan los profesionales asistenciales y, ocasionalmente, las coordinadoras de enfermería. En el ámbito informal, son principalmente las enfermeras y las auxiliares quienes discuten sobre la indicación de aplicar las contenciones físicas, sin que participe siempre el médico. Las decisiones parecen tomarse en base a criterios propios compartidos por los miembros del equipo, pero sin responder explícitamente a normas ni protocolos. En estas discusiones es más valorado el conocimiento que el profesional tenga del paciente -prevalciendo el criterio del profesional responsable directo del paciente en ese turno-, que la categoría laboral. Sin embargo, en situaciones de urgencia los profesionales describen que no hay opción a discutir con los otros profesionales la idoneidad de su uso pues la gravedad de la situación hace que la contención sea aplicada de forma automática.

“Son la minoría de los casos ((que debatimos el uso de las contenciones)), pero a veces sí que ha pasado que... o porque justamente el compañero que ha estado esa noche y se ha desbaratado y ha coincidido que en tu noche ha estado más tranquilo y eso... no son la mayoría de los casos, pero sí que ha pasado. E intentar llegar a un consenso. [...] Generalmente entre el equipo, entre enfermería y auxiliares. Y entonces ya hablas con el médico si crees que se tiene que decidir una cosa o la otra. Que los médicos pasan, ‘¿estáis bien?’, ‘sí’... y ya no lo volvemos a ver.” (E7)

“Tampoco lo noto ((presión por utilizar o no las contenciones)). Porque se habla mucho y tú puedes opinar una cosa y el auxiliar... más que nada el auxiliar, pero a lo mejor yo no conozco al paciente porque ya te digo, estoy de pool y... y estoy en todo el hospital. Yo a lo mejor no lo conozco mucho, a este paciente, el auxiliar lo conoce mejor que yo. Me dice ‘No, no. La necesita porque luego hace...’; ‘Vale, pues ya está, si tú me lo dices... le ponemos’. Pero después pasa lo contrario, que yo soy pool y conozco a la mayoría de los pacientes. Y cuando recibo un traslado, ya sé quién viene realmente. Y aquí digo ‘Este hombre está contenido, pero no lo necesita’, ¿sabes? Y ya... pero porque ya conozco al paciente de antes.” (E8)

“Con, con el personal de... de sí, sí, con enfermería y auxiliares sí. Muchas veces ellas, que están más encima del paciente, son las que se dan cuenta de la necesidad, que igual no la tenían

prescrita y te lo dicen. Entonces tú sí que antes de poner una... una, una contención, al menos yo, sí que preguntas, el porqué, por qué este paciente necesita... o sea, qué es lo que le pasa, que es lo que tiene. Imagínate '¡está agitado!'; 'pero ¿qué es lo que tiene?', porque igual lo que tiene es dolor y no está agitado. [...] Eso creo yo que es un poco la discusión que existe, a ver más que discusión si tú... si te piden una contención que luego tú valoras igual no hace falta tanta contención pues se lo explicas, y tampoco suelen poner algún problema." (M4)

"Igual sí que puede haber un poco más de discusión al... al principio, a la hora de pautarlas. Lo que pasa es que generalmente eh... cuando te llaman para... para ponerlas no es en una situación de más o menos estabilidad. Cuando te llaman, por ejemplo, en una guardia o un paciente tuyo, es cuando ya el paciente lo están agarrando entre varios y entonces no queda otra que ponerlas." (M1)

Habitualmente, en estas discusiones existe un consenso entre los profesionales respecto a la indicación de usar las contenciones y la forma en que deben ser aplicadas. Los profesionales destacan que estos acuerdos se alcanzan, en parte, por las relaciones de confianza existentes entre compañeros, lo que lleva a los médicos a fiarse del criterio de las enfermeras y las auxiliares cuando estas les solicitan que prescriban la contención a un paciente.

"Las veces que se han utilizado, que las hemos utilizado, siempre ha sido por necesidad y no, normalmente, es, es bastante, está bastante consensuado entre todos. [...] Normalmente no tenemos, no tenemos discusiones de... normalmente más o menos está consensuado y normalmente es cuando lo vemos, entre todos. [...] Pero vamos, el médico normalmente también se fía de nosotros, las cosas como son. Por norma general, si nosotros lo deci-, lo decidimos, lo hablamos, lo consideramos, el médico de la orden y es porque sabe que es por necesidad." (A2)

"El problema del hospital, a ver, no es un problema, entiéndeme. Es un sitio pequeño, que nos conocemos todos, y es verdad que los médicos confían bastante en enfermería, sobre todo en las que somos muy antiguas." (A4)

"Pero también es verdad que hay confianza en el equipo para entender eh... cuando te lo dicen que hay motivos, no suele ser porque sí. Conoces al personal y ya sabes quién te lo dice." (M4)

Ocasionalmente, no se logra el consenso y aparecen situaciones en las que los profesionales discrepan respecto a si las contenciones deben aplicarse. Habitualmente, estos desacuerdos se dan con profesionales concretos más reacios a la práctica. En este sentido, las enfermeras y las TCAE asumen que el médico es quien tiene mayor peso en la toma de decisiones y quien tiene la potestad para impedir que se apliquen. Sin embargo, reclaman mayor autonomía para decidir cómo y cuándo utilizar las contenciones frente al criterio de no aplicación del médico. En concreto, alegan que son ellas quienes están en contacto con el paciente de forma continuada, lo que les permite tener una mirada más completa de sus necesidades, ya que consideran que los médicos no pueden valorar su situación de forma global mediante una visita puntual. Ante estas situaciones, se establece una negociación entre los profesionales con la intención de llegar a un acuerdo que, generalmente, se traduce en la aplicación de un nivel intermedio de restricción.

"Yo no lo discuto, yo doy mi opinión y bueno, el médico es al final... quien tiene más peso, ¿no? Él es el que decide, yo doy mi opinión. Pero, bueno, ahora en el caso de esta paciente esta mañana, hemos dicho contención en butaca y contención en cama nocturna. Veremos a ver. [...] Pues por ejemplo esta mañana estaba la supervisora, eh... la doctora de esta paciente y yo, éramos tres personas. La supervisora también estaba de acuerdo en descontenerlo en la cama. Pero bueno, yo he visto al paciente 24 horas, en diferentes turnos, y hoy por ejemplo estaba muy tranquilo, muy agradable, muy colaborador, pero a veces este señor se agita y, y entonces pues eso, echa las piernas por encima de la barrera, está muy inquieto, manipula la ropa, se desviste, bueno, se quitan el pañal, es que ¡te encuentras de todo!" (E5)

“Tienes que estar un poco al criterio del médico. El médico no está allí las 24 horas del día. A veces vienen y justamente cuando él viene es justamente cuando el paciente está tranquilo. A veces con los médicos tenemos un poco de rifirrafe ‘¡no, pero es que ahora está tranquilo!’, ‘¡no, pero es que ahora has hablado tú con él cinco minutos!’, pero nosotros estamos aguantándolo un par de horas y es que se va a caer y se va a volver a romper eh... ¡la cadera o lo que tenga! [...] ahora tenemos, por ejemplo, tenemos una doctora nuestra que, que no quiere poner contenciones, o quiere poner las mínimas, mínimas, mínimas. Y es lo que nosotros le decimos, ‘X, vale, nosotros también queremos las mínimas, pero hay veces que durante el día pueden estar muy bien, pero por la noche les tienes que poner contención. [...] Y con X ahora tenemos el debate este, pues el de, bueno, vale, durante el día sí, durante el día no, por la noche sí y, o... tenemos que llegar un poco a acuerdos de estos.” (A4)

“A mí me ha pasado que te digan ‘no, no, este paciente no veo ya que en este momento lo necesite’, y que, a lo mejor, que haya otra persona del equipo, y que a lo mejor incluso te convence. Incluso no. Te convence. [...] A mí me ha pasado mil veces, que durante la mañana, cuando paso ‘el paciente está estupendo’. Hay pacientes que son un poco como Dr. Yekyll y Mr. Hyde, ¿no? Y me dicen ‘sí, pero ya verás como hoy a las ocho de la noche vamos a tener que volver a avisar al de guardia’. Y la mayor parte de veces, tienen razón las enfermeras, porque claro, porque ellas ven al paciente todo el día.” (M3)

Respecto a las decisiones relativas al mantenimiento o la retirada de las contenciones físicas, estas suelen ser asumida por las enfermeras y las TCAE, pues el médico suele delegarles el seguimiento. Por lo general, este proceso de toma de decisiones es menos formal y está menos estructurado, quedando a libre criterio del profesional responsable del cuidado directo del paciente en ese momento.

“Es cuando se... se pauta por primera vez que igual se puede discutir, luego una vez que ya las has pautado... es verdad que, por ejemplo, ahí ya el médico no... no... no nos implicamos igual lo suficiente, porque una vez que tú las has pautado, ya enfermería y auxiliares las van poniendo a lo largo del día conforme ellos consideran. Yo, por ejemplo, allí es verdad que no me meto. [...] Pero nosotros una vez que las pautamos, ahí no entramos ni salimos para nada.” (M1)

“Sí que hablamos porque muchas veces lo encontramos innecesario, hablamos con el médico y encontramos que ese paciente es innecesario que lleve contención, porque él está tranquilo, no hace nada. Por ejemplo, ahora hay un caso de un paciente que también tiene demencia, está desorientado, deterioro cognitivo, pero, bueno, eh... pero, nunca se levanta, [...] se le contuvo porque tenía, así como la intención siempre de levantarse y tal, pero ahora, eh... el médico nos dijo vamos a darle un voto de confianza y no lo hace y no se le contiene y está tranquilo.” (A3)

“Después ((de indicar la contención)) sí que nosotros no tenemos un protocolo de revisión. O sea, normalmente si es durante la guardia, sí que el médico de guardia te escribe ‘a la hora, a las dos horas, está más tranquilo, está no sé qué...’. Cuando un paciente se gana una contención, pobrecillo, hasta la guardia siguiente o hasta el día que lo ve su médico responsable, difícil es que lo descontentan. A no ser que quede muy claro que se quede tranquilo o que mejora el cuadro, o vienen los familiares o están con él, entonces viene la enfermera y te dice ‘oye, está muy tranquilo, ya le pongo las barreras, se ha quedado más tranquilo’. Siempre el que prescribe es un médico, de guardia o un médico responsable, y las que desprescriben a veces son las enfermeras. Desprescriben que ya, dicen ‘no, ya se ha calmado, ya no encuentro...’ o después es ((su médico responsable)) el que pasa visita al día siguiente, si ha sido durante la guardia.” (M3)

Por otro lado, los participantes describen cómo el proceso de toma de decisiones se lleva a cabo sin la participación del paciente. Según algunos profesionales, el hecho de que el paciente tenga deterioro cognitivo justifica su ausencia en el proceso. De esta forma, los pacientes se encuentran en una posición pasiva, recibiendo la contención y asumiéndola con resignación. Los profesionales no perciben que esto sea un problema, por lo que no reclaman una reflexión conjunta sobre las decisiones que los pacientes con deterioro cognitivo hubiesen tomado. Sin

embargo, en algunas situaciones, el paciente intenta participar y solicita no ser contenido, aunque no siempre esta voluntad es respetada, especialmente cuando el paciente presenta deterioro cognitivo o episodios de desorientación.

“Eh... se, se coloca la contención en la butaca, se sienta y le dices ‘¡jala! ¡Maria, te vamos a poner este cinturón!’ ¡y ya está!” (M4)

“Hombre, yo creo que siempre son en contra de la voluntad de los pacientes, siempre, porque tú lo, lo, lo pones porque el paciente no está... por decirlo así en sus cabales, está con el deterioro cognitivo, que no puedes contar con él. Entonces, al final, el paciente no cuenta para contenerlo, no, no lo involucras en esa toma de decisiones; puedes involucrar el resto de las personas sanitarias, a la familia, pero no al propio paciente.” (M4)

“No se tiene en cuenta ((la decisión del paciente)). Hombre si es el caso, por ejemplo, lo que hemos hablado al principio, un paciente que está consciente, que está orientado, que conoce su situación y que se niega en redondo a... a contenerse, pues en este caso pues sí que se tuvo en cuenta. [...] Pero si es un paciente que está desorientado y demás, te va a dar un poco igual lo que te diga el paciente.” (E1)

Pese a ser excepcional, algunos profesionales describen situaciones en las que los propios pacientes son quienes solicitan la contención física. Se trata de pacientes sin deterioro cognitivo que presentan miedo a posibles accidentes al movilizarse. Ante estas situaciones, muchos profesionales aplican la contención física sin cuestionar su indicación.

“De hecho, mucha gente te las pide, ¡incluso estando bien! Gente que estando bien, me refiero a gente que está bien de la cabecita y todo, pero abuelas yo qué sé de ochenta años que todavía las ves bien, y te dicen: ‘¡no!, ¡pónmela!, por si acaso’.” (A2)

“Ha habido gente que sí, ‘mira, yo veo que estoy sonámbula’, lo, lo enmascaran diferente, sí, ‘yo creo que me voy a caer, pónmelo’, te lo dice ella. Y sí, yo he tenido casos. De hecho, te lo ha pedido, sí, dice ‘yo por las noches empiezo a hablar, creo que yo empiezo a hablar tonterías’ y te, y la encuentras en el baño, y es una señora que se ha fracturado el húmero, por ejemplo, o algún lado, y está con una limitación de la movilidad, y se levanta. Pues ella al día siguiente dice ‘no sé, yo creo que mejor me van a tener que poner un cinturón porque yo no me doy cuenta’.” (E3)

En relación a los familiares, suelen tener un papel secundario en la toma de decisiones respecto al uso de las contenciones físicas, siendo receptores de información y dando su consentimiento de forma implícita o explícita, pero sin participar activamente en dicho proceso. En ocasiones, la información que reciben es posterior a su aplicación, o se les informa de que se han utilizado o se van a usar pero sin buscar su consentimiento informado explícito. Habitualmente, la decisión que toman las familias es por sustitución, resolviendo sus propios conflictos éticos desde la racionalización en base a los principios de seguridad y no maleficencia y a partir de la confianza en el criterio de los profesionales. Incluso, hay profesionales que explican que se solicita el consentimiento informado de las familias cuando las circunstancias lo permiten, describiendo situaciones en las que se han aplicado las sujeciones físicas sin informarles ni solicitar su consentimiento.

“Involucras a la familia como... pues eso, o como responsable del cuidado del paciente. O sea, en realidad, hablaría en voz del paciente, esa persona. Lo que pasa es que la contención no es para él, la contención es para el otro. Entonces es, es diferente y es... y la forma de pensar no es lo mismo cuando lo piensas para ti, que cuando tú piensas en el bien de tu madre o de tu padre que son esos los casos, ¿no? Pero sí, ya te digo que con las familias, aparte de que no suele haber problemas, muchas veces, más que pedir un consentimiento explícito lo que se hace es informarles y, y es un consentimiento muchas veces a posteriori, es decir, explicarle ‘mira a tu madre o a tu padre lo hemos contenido porque tal’ y dicen ‘ah vale, de acuerdo’, no es ‘oye, ¿qué

te parece si contenemos...?’. No. Muchas veces es al revés, la mayoría: explicarle que ha hecho falta contenerles por...” (M4)

“Él ((médico)) valora y... si hay la familia ya se decide de poner unas contenciones por el bien del paciente y, si no hay familia, se contiene igualmente y el médico llama a la familia o cuando, al día siguiente, viene la familia, pues ya se... ya se habla con ellos y se les dice que han sido necesarias estas medidas. [...] La mayoría de las familias está de acuerdo, ¿eh? No tienen... yo creo que no recuerdo nunca ningún caso que se nieguen a las contenciones porque realmente es que es por el bien del paciente... por su familiar, no recuerdo que se hayan negado.” (E8)

“No se pide permiso a la familia, ni se le pide permiso al paciente. [...] Tampoco, tampoco se pasa ((el consentimiento por escrito)).” (E2)

En cuanto al consentimiento informado de los familiares, hay algunos profesionales más próximos a actitudes anti-contención que expresan ciertas dudas respecto a la forma en la que se obtiene. En concreto, destacan que los familiares presentan una confianza casi ciega en el criterio de los profesionales y cuestionan que estos dispongan de la suficiente información para otorgar el consentimiento informado en plenas condiciones y, por lo tanto, su validez pese a cubrir las necesidades legales. Incluso, denuncian el desconocimiento de algunos familiares sobre el uso real de las contenciones físicas y sus consecuencias.

“A los que se las ponemos no suelen ser competentes y ni siquiera el familiar que te suele dar permiso es competente o entiende hasta dónde, que hay otras vías, o sea, no está informado. [...] Ahora por ejemplo en mi hospital, es verdad que está muy bien montado, hay un documento que hay que firmarlo, tiene que estar el médico y es verdad que el primero era muy chiquitito era ‘acepta contención: sí/no’, y ahora ya hay un documento ‘acepto sujeción, ¿qué tipo de sujeción? ¿en qué momento? ¿a quién se lo comento?’. Claro, o sea que supongo que si ese documento está funcionando es una cosa legal. Lo que pasa es que yo creo, lo que digo ¿hasta qué punto hasta qué punto son competentes cuando firman? Porque quiere decir que cuando firmas un consentimiento informado tienes que comprenderlo, si tú no estás comprendiendo, da igual lo que yo haya firmado, si no lo he comprendido realmente y no soy competente, no vale... que yo sepa. Entonces, ya te digo, en hospital, es muy fácil, al paciente o al cuidador, con que vaya uno de blanco y le diga ‘esto lo necesita’, te lo va a firmar.” (M5)

“La información yo creo que llega, ya sea por el médico o por la enfermera, la información llega. Lo que no llega es la solicitud de consentimiento expreso... en algunas ocasiones, porque la comunicación con los cuidadores no es lo fluida que tendría que ser y... hace falta más dedicación en esta cuestión, es decir, yo creo que si hiciésemos una entrevista o una... nos daríamos cuenta, en una encuesta, de que se utilizan contenciones que realmente la familia no conocía. [...] Puede ser que el... el familiar ha aceptado y ha autorizado y el paciente incluso puede estar de acuerdo con una contención en una residencia y, cuando se continúa en el medio hospitalario, pues... tendríamos que, de alguna manera, poner al día esta, eh, esta autorización, ¿eh?” (M6)

Sin embargo, en otras ocasiones, los familiares están detrás de la toma de decisiones, alertando del estado del paciente o, más habitualmente, solicitando explícitamente que se le contenga. Esta solicitud surge de la confianza que tienen los familiares en la seguridad que otorgan las contenciones físicas en la prevención de caídas y, frecuentemente, está influida por el uso de contenciones en el pasado, ya sea en el domicilio, en una residencia o en otras unidades de hospitalización. Muy especialmente, solicitan la aplicación de las contenciones físicas cuando ellos no van a estar presentes.

“Algunas veces son los familiares mismos que te exigen, te exigen entre comillas, quiero decir, demandan una contención.” (E2)

“Lo primero que sugiere, lamentablemente, lo primero que sugiere la familia cuando es un paciente con agitación, siempre lo sugieren ellos. ‘Si se cae mi padre, es vuestra responsabilidad, yo autorizo a que me lo contengan’.” (E3)

“Lo que suele ocurrir es que la familia te dice, cuando viene un ingreso dice ‘bueno, ahora nosotros nos vamos’ y te suele decir ‘por la noche hay que atarla, porque se intenta levantar de la cama, porque no sé qué, porque no sé cuántos’, que igual tú hasta ese momento no habías valorado la necesidad de... y la familia te informa, ‘por la noche hay que atarla porque se intenta levantar, porque se gira mucho, porque no sé qué...’. Y entonces lo que hacemos es, si la familia ya te lo indica esa misma noche sí que se le pone la contención. Si luego, con el paso de los días, ves que la persona está tranquila, igual decides dejar de ponérsela.” (M4)

En algunos casos, pese a la petición de los familiares, los profesionales consideran que el uso de la contención no está indicado, no siendo suficiente dicha petición para su aplicación. Para gestionar estas situaciones, los profesionales tratan de explicar que es una medida que no está indicada en la situación de su familiar y que, dadas sus complicaciones potenciales, es preferible evitarla. Para convencer a los familiares, los profesionales tratan de desmontar sus miedos y abordar el sentimiento de culpa y la actitud de hiperprotección frente a posibles accidentes. Pocos profesionales explican que se han dado situaciones puntuales en los que no ha sido posible negociar con la familia y la contención se acaba aplicando pese al criterio de ésta.

“Se trata de convencer, no es vencer. [...] Se trata de sentarles, explicar, explicar los riesgos, el riesgo-beneficio, que también con la contención se puede mover incluso con esa contención y se puede lesionar, que estén tranquilos que vigilaremos, que tomaremos otras medidas, que la noche anterior ha estado tranquilo y no la ha necesitado, y que cuando vaya a casa, tampoco lo recomendaremos. Lo que tú les comentas, ‘yo les voy a escribir esto en el informe, yo en el informe escribiré que no recomiendo las contenciones’. Esto les da mucha seguridad a las familias, y también les, les impacta, ‘va a escribir que no...’. [...] Entonces esto les tranquiliza mucho, porque, sobre todo, cuando son varios hermanos, siempre hay alguno que piensa, que es una hiperprotección, pero hay que hacerlo, porque ¿y si se les cae y se les muere...? entonces yo creo que esta es una cuestión también de explicarlo. Y esto nos pasa a diario, y en las unidades de geriatría más. Sobre todo el descontener, el... el no cargar con la culpa, es esto, es quitar el sentimiento de culpa de ‘se me ha caído a mí y somos cuatro, ¿qué pensarán, que me he descuidado?’. No. Hay que explicarles a todos que hay unos riesgos.” (M3)

“Porque lo soliciten las familias no se utiliza... Se sigue un protocolo, hay que valorar un riesgo. Si ese riesgo existe, se pone; y, si no, no se pone. No, por petición no, porque sí, no se puede poner una contención. [...] No es habitual quizás haya habido algún caso, pero habitual no lo es.” (A7)

“Si la familia solicitase la contención a mí me gustaría sentarme con la familia y explicarles cuáles son los pros y los contras de la sujeción. Porque te lo he comentado antes, muchas veces las familias no saben, quiero decir, no tienen formación en sujeciones. Muchas veces, es verdad, la piden ellos porque piensan que es lo más seguro para el paciente, y a lo mejor porque no ven la parte negativa, ellos ven ‘Bueno va a estar atado, yo ya estoy tranquila, que no se va a levantar, que no se va a caer...’. [...] E intentar pactar una solución, qué opciones tenemos en este caso: tenemos opción sujeción, tenemos opción esto y entre todas y entre todo el equipo, incluida la familia, por qué sí o por qué no a la sujeción.” (M5)

Por el contrario, ocasionalmente los familiares rechazan las contenciones propuestas por los profesionales. En estas situaciones, los profesionales les explican a los familiares los motivos que les llevan a recomendar el uso de las contenciones y negocian con ellos las condiciones de su aplicación. En este proceso, los profesionales abordan las creencias de los familiares respecto a las contenciones físicas para desmontar sus miedos y que dejen de verlo como un maltrato. Si aun así los familiares no otorgan su consentimiento, los profesionales acceden a no recurrir a las contenciones físicas, pero les delegan la responsabilidad relativa a la seguridad del paciente y a las posibles lesiones que puedan aparecer, con la intención de evitar así los problemas legales que pudiesen derivar de ello, sin ofrecer unos cuidados alternativos. Como consecuencia, el paciente se mantiene descontento durante la presencia del familiar, pero se le pone la contención cuando se queda solo. Habitualmente, la familia acaba aceptando la contención por

muy reacios que hayan sido al principio en base a la confianza en los criterios de los profesionales. Sin embargo, en ocasiones muy puntuales, los médicos, desde el convencimiento que tienen la última palabra, han decidido ordenar la aplicación de la contención física pese a la negativa expresa del familiar.

“Se le hace ver a la familia que es por necesidad. En cuanto les dices a lo mejor: ‘Bueno, vale, no la contenemos, pero bajo... bajo su, su responsabilidad’. Aquí cuando la responsabilidad pasa de nosotros hacia ellos, aquí cambian. [...] Normalmente, no se niegan. Por norma general, no se niegan porque, ya te digo, se hace pocas veces y cuando es necesario.” (A2)

“Muchos te piden ‘¡no quiero que se le contenga!’. Entonces eso es más difícil, cuando ya entran así y te dicen ‘¡a mi madre no quiero que se le contenga!’. Entonces tienes que, que explicar un poco el por qué se hace la contención, cómo se le va hacer, en qué momentos, eh... [...] Normalmente este, se hace una negociación, como muchas veces con las familias es llegar a una negociación para llegar a un punto, a un punto... común, o intentar acordar algo, unos mínimos en los que la familia esté conforme. Eh... a mí, creo que me pasó una única vez, en todos los años, en los que de ninguna manera la familia quería una contención. Y... ahí sí que fue más por... por imperativo, o sea en plan: ‘yo soy el médico y yo voy a ordenar una contención si está sola y está agitada y punto, ¡quieras o no quieras!’. [...] Si, pues por ejemplo el decirle, mira pues sí, si... el probar: ‘vamos a probar, vamos a dejar puesta la contención sin atarla, vamos a dejarla a la silla y vamos a ver qué es, cómo se comporta. Si vemos que intenta levantarse, que intenta eh... hacer cosas y hay un riesgo de caída pues se la pondremos, se la podemos poner más floja, no tan apretada para que no le moleste, le podemos cuando vengáis vosotros, que esté acompañada quitarle la contención para que esté más libre...’. Pues un poco la negociación es eso. También el averiguar por qué no quieren que se le ate, ¿sabes? Si es una mala experiencia, si simplemente dicen que no porque no, porque nunca lo han atado, saber un poco qué problema o qué duda tienen con la contención ¿no? Que es lo que ven de negativo la contención y explicarle los beneficios, intentar desmontar sus miedos o sus...” (M4)

“También se me ha dado el caso de que ha habido familiares que concretamente han dicho ‘yo no quiero que, que mi padre esté contenido...’, pero claro, ¡tampoco se hacen responsables de su padre cuando se van! Y hay un enfermero y un auxiliar para diez pacientes, entonces es imposible. [...] Bueno, el médico lo primero que hace es exponerle los riesgos que corre el paciente. Que las contenciones están para cuando ellos no estén y para evitar que haya un mal mayor. Eh... si la familia sigue reticente a las contenciones pues no se le ponen contenciones y lo que el médico le pone es más tratamiento para dormir o más tranquilizante. Y ya está, eso es lo que se hace. Por regla general, los familiares cuando les explica el médico eso, son conscientes y lo que se hace es ponerle la contención cuando no están y, cuando vienen al hospital, se le quita.” (E6)

“Cuando la familia rechaza una contención, nosotras no la ponemos siempre y cuando ellos estén delante. Hay veces que hay un paciente que precisa una contención por diversos motivos y la familia dice ‘no quiero que... que a mi madre la aten’, pero tú le dices: ‘De acuerdo, pero tenéis que estar con ella, cuando os vayáis se puede caer’; ‘Me da igual’. Bueno pues si te da igual que se caiga, firmas o dices, ay... bueno por escrito no se hace nunca, pero sí de una forma que esté informado el médico, el responsable y nosotros y no la atas y bueno pues ya veremos.” (E2)

Finalmente, el registro del consentimiento informado de la familia respecto al uso de las contenciones físicas en la historia clínica de los pacientes no se hace de forma rutinaria en todos los centros. En este sentido, destaca cómo los profesionales de dos de los hospitales niegan recoger de forma escrita ni informática este consentimiento, expresando sus dudas respecto a si existe dicho documento en su hospital. Sin embargo, los profesionales del tercer centro reconocen el esfuerzo realizado por el hospital para mejorar este registro. Igualmente, el registro en la historia clínica no se hace de forma sistemática. Por lo general, los profesionales escriben en el evolutivo la prescripción y el uso de estos dispositivos o la prescripción aparece en la hoja de tratamiento junto a otras indicaciones no farmacológicas como la prescripción de

control de constantes vitales. Incluso, hay profesionales que explican que la información relativa a la aplicación de contenciones físicas no queda registrada.

“Consentimiento yo no... no sé si existe, pero nunca lo hemos firmado, o sea, ni los familiares ni yo. Yo lo escribo en la historia clínica, pongo se... se indican contenciones, y luego lo pauto en el tratamiento. En órdenes no farmacológicas. En los dos sitios.” (M1)

“En papel. [...] Arriba de todo pone las indicaciones médicas... y aquí tiene, ya te aparece las contenciones mecánicas ‘si precisa’. [...] Igual que si necesita unas gafitas para la saturación de mayor de 90... BMTs, la dieta túrmix, sin sal... [...] Yo esto ((consentimiento escrito para la familia)) es lo que he buscado y yo creo que no, no lo he visto. En el hospital... en cambio, en XX ((hospital donde trabajaba previamente)) sí que hay y estás obligada a que tengas el papel firmado tanto por la familia... O el paciente, si está, si está... legalmente capacitado, y el médico. [...] Yo creo que el consenso entre familia y médico, yo creo que es verbal... y después el médico lo... lo transmite en la hoja de tratamiento. [...] ((Registramos la aplicación de la contención)) en el evolutivo normal. Si tú las pones. Pero si un paciente ya las tiene pautadas y ya llevas unos días con ellos, la verdad es que no se suele escribir que está contenido. Porque ya como que se sobreentiende que... si las retiras sí que lo escribes, a lo mejor, lo dejas contemplado en el evolutivo, las has retirado porque no hacen falta.” (E8)

“Normalmente, es un, es una información oral, que no siempre queda registrada, esto depende. A veces en la evolución ‘cuadro confusional con agitación a pesar del tratamiento de base’ y haces una anotación y a veces una indicación sin más. [...] Escribes: contención mecánica si precisa, lo pones allí, en las indicaciones de cuidados. [...] Normalmente ((el consentimiento a la familia)) lo hacemos verbal, no, no... y si hay algo escrito yo no... no lo conozco.” (M7)

“Es posible que haya algún documento, pero no lo utilizamos. Hacemos consentimiento verbal y lo dejamos reflejado en el evolutivo. Con esto, eh, puede ser tendríamos que... Bueno, seguramente tendríamos que ser más, eh, más cuidadosos y más, eh, más explícitos” (M6)

7.2.2. Las prácticas de normalización en el uso de las contenciones físicas

A continuación, se describen las prácticas de normalización que llevan a cabo los profesionales, especialmente con actitudes favorables al uso de las contenciones físicas. Para comenzar, se describe cómo son estas prácticas de normalización. Para continuar, se analizan los valores que sustentan este uso normalizado. Para finalizar, se exponen las alternativas que aplican los profesionales dentro de estas prácticas de normalización.

7.2.2.1. La aplicación normalizada de la contención física: perpetuando su uso en el cuidado de las personas mayores

Por un lado, al ser preguntados por la última vez que aplicaron unas contenciones físicas, hay profesionales que describen casos de pacientes en situaciones muy agudas, ya sea por episodios de agitación o agresividad, como con un elevado riesgo de caídas o de fuga. Sin embargo, también hay otros profesionales que narran situaciones en las que las contenciones físicas se aplican en pacientes estables y cuyo riesgo de caídas es inherente a su estado basal.

“Un señor, con un... con una demencia bastante avanzada, únicamente está tranquilo cuando hay alguien con él, especialmente la familia. Con nosotros no siempre consigue bajar eh... bajar la agresividad. Pues el otro día pues, pues arrancó las cortinas, arrancó la mesita, eh... se cayó dos veces con la silla de ruedas, eh... arrancó hasta... hasta los esquineros... O sea, de una agresividad total, en el que se puede hacer él también mucho daño. Entonces claro, la contención

que tiene él en la cama es abdominal y, aun así, es un señor de una envergadura importante, ¡se sale por la parte de arriba y se tira!” (A1)

“Un paciente que estaba ingresado por una insuficiencia respiratoria. Eh... Funcionalmente el paciente tiene la capacidad de caminar, pero con la marcha inestable y nos encontramos en la situación de que este paciente realmente quiere hacer más de lo que puede y quiere hacer sin pedir ayuda. Entonces, se produjo una situación por la noche en que el paciente se... se quiso levantar para ir al baño, lo hizo solo, saltó la barrera, cayó al suelo y demás... y, bueno... y se procedió a contenerle, en primera instancia se le contuvo en cama. El paciente pues con mucho malestar porque no quería ser contenido, no entendía la situación. Y... y luego por la mañana se tomó la determinación de que para que este paciente no se levantara pues se le pondría también una contención abdominal en... en la silla de ruedas. Pero el paciente pues consciente, orientado, conoce bien su situación, pues no está de acuerdo y, aun así, se procede a contener porque supone un riesgo para él porque ha habido una caída previa, claro.” (E1)

“Es una mujer con una demencia ya bastante avanzada y por las noches, aunque lleva medicación para poder descansar, cabe la posibilidad de que se agite y que pueda saltar de la cama haciéndose daño. Entonces ponemos la contención abdominal y protectores laterales en las barreras. Lleva bastante estable por las noches, pero ya bastante tiempo, porque es una señora que lleva ingresada pues yo creo que medio año, por lo menos. Pero, aun así, pues por la noche la contenemos para evitar riesgos y pasó la noche tranquila no, no la encontramos que hubiera ¡Vamos! con signos de agitación y esto no. Pero ponemos la contención para prevenir.” (E4)

El tipo de contenciones que se utiliza varía según los centros. En todos ellos, la contención más habitual es la de un punto, normalmente abdominal en cama o abdominal/torácica/inguinal en silla cuando el paciente sedesta. Mientras en dos de los hospitales las contenciones de las extremidades son poco utilizadas -únicamente para pacientes con alto riesgo de auto-retirada de dispositivos invasivos o con elevada agitación-, en uno de los centros hay una tendencia a aplicar las contenciones de 3 o 5 puntos. En cualquier caso, el grado de restricción suele quedar al criterio de los profesionales que la aplican.

“Normalmente se intenta que sea... bueno es que aquí de manos, yo muy pocas, nosotros es que... a veces una, lo que sí es la contención abdominal. Yo, obviamente, de pies aquí no he visto en mi vida y de manos las pocas veces que hemos utilizado es, sobre todo, por vías periféricas y, sobre todo, por sondas nasogástricas, para intentar arrancárselas.” (M1)

“Las que por desgracia son más frecuentes, porque a veces se nos olvida que hay otras opciones, son las nocturnas, las torácicas, el cinturón torácico nocturno es súper frecuente, cuando a lo mejor cabe la opción de bajar la cama, de ponerla ras del suelo, para que, si se levanta, la caída sea menor o, bueno, muchas otras medidas. Luego las que a veces también ponemos son los petos inguinales, igual en pacientes durante el día con demencias importantes que no son conscientes todavía de que no pueden caminar con seguridad y se les pone una silla de ruedas con un peto inguinal.” (M5)

“Te dicen que la contención tiene que tener al menos tres puntos. A ver, hay veces que no son necesarios los tres puntos. A parte, contener, por ejemplo, pie izquierdo, contención abdominal y mano derecha, que es la... la cruzada, que es la que normalmente se hace, bueno... hay veces que dicen que son hasta cinco puntos. Yo encuentro que es una barbaridad, tampoco es cuestión de tenerlos que no puedan ni moverse, en nuestros pacientes. En nuestros pacientes, una contención abdominal basta. O una contención abdominal y un pie, y las manos que ellos se puedan rascar la nariz, si quieren.” (A4)

En relación a las contenciones que se utilizan, es necesario apuntar la relación que describen los profesionales entre el uso de las contenciones físicas y la administración de fármacos psicotrópicos. Por un lado, la contención física se utiliza junto con la contención química. En concreto, los profesionales entienden que la administración de psicofármacos permite un mejor

control de la agitación del paciente cuando está contenido y la aplicación de la contención física -ya que, de no ser así, el paciente se resiste a ser contenido-, a la vez que mejora su descanso nocturno y su vivencia cuando es contenido físicamente, evitando que la contención física sea traumática para él. Igualmente, la aplicación simultánea de contenciones físicas y químicas reduce el riesgo de accidentes asociados a las físicas, al disminuir los intentos de los pacientes de quitárselas. Por otro lado, hay situaciones ante las que la contención física se utiliza tras el fracaso de la química. En estos casos, los profesionales prescriben primero psicofármacos para el manejo de cuadros confusionales y, si no son efectivos, las contenciones físicas son empleadas como el siguiente paso en dicho proceso.

“Hay una fase de, de adaptación, es decir, de adaptación o de, de aceptación de esa situación de contención, que normalmente pasa también por una contención química muchas veces...” (M6)

“Yo antes intento poner... algo farmacológicamente para que se pueda tranquilizar un poco, porque, a ver, si está agitado y agresivo, no le pondrás unas contenciones, es decir... hacen fuerza, es decir, tienen fuerza y... y si no entiende la situación, más nervioso se pone si tú le pones una contención encima. Es decir, no arreglas la situación, la empeoras. Así que se intenta poner antes alguna medicación para que se tranquilice y después se la pones.” (E8)

“Es contenerlo y se encabrona más el paciente, lógicamente, y a veces incluso hay que ponerle sedación para que esté tranquilo en la contención. Entonces, un poco como paradójico porque al final para salvaguardar su salud le estás haciendo, bueno, perrerías, tal cual.” (M1)

“Lo primero que hace es venir el médico, y tú le puedes, le puedes, yo le expongo todas las cosas que han pasado, todas las estrategias que hemos utilizado con la hija... y le podríamos, este... muchas veces él puede ver la situación, o ella, la médica, puede ver, puede ver la situación, darle, lo primero que me va a decir de repente ‘vamos a... dale una pastilla’ o lo que sea, para que esté tranquila si ve que el factor es ansiedad, porque puede ser ese el factor. Si vemos que no soluciona eso, le vuelves a llamar, que es cuando me llama y lo primero que me puede decir es ‘bueno, ya le hemos hecho de todo, vas a tener que sujetarla’.” (E3)

Los profesionales asocian de una forma casi inseparable la aplicación de las contenciones físicas al cuidado de los pacientes geriátricos. En este sentido, describen un uso rutinario, casi automático, de estos dispositivos ante determinadas características de los pacientes, más que identificadas como herramientas para el manejo de ciertas situaciones agudas excepcionales. En concreto, las contenciones son prescritas para el cuidado de personas mayores con deterioro cognitivo, sobre todo cuando empiezan a presentar episodios confusionales, sin haber valorado la causa subyacente de dicha desorientación o agitación ni plantear la aplicación de medidas previas. Igualmente, los participantes describen una relación causa-efecto entre el riesgo de caídas en pacientes con deterioro cognitivo o que sedestan y la utilización de contenciones físicas. En este sentido, algunos profesionales con actitudes pro-contención describen este uso como un procedimiento puramente técnico.

“El paciente llega o se le... viene el médico, se le hace... bueno, él le hace sus preguntas y anota las constantes y todo esto y después, depende de la desorientación que lleve si es muy elevada, ya directamente es contención abdominal. O sea, no hay un... ¡Ay! ¿Cómo te diría? No hay un margen, tan, no hay mucho margen la verdad para, no, no se le deja mucho margen y sobre todo también si en el informe, si en el, si, si en la historia clínica ya ha llevado contención, ya es como automático: ¡pues aquí también!. [...] No hay margen, me refiero que no se da un espacio de tiempo en el que el paciente pueda desarrollarse las primeras horas o simplemente que ya con el ver la actitud o que pretenda a lo mejor tirarse de una vez, ya enseguida es contención. No se da ese margen de tiempo de decir: ‘Bueno, vamos a tratar de intentar tranquilizar’. No, es como demasiado automatizado ¿Sabes?” (A3)

“Para nosotros, los profesionales, es muy común poner contenciones mecánicas, eh... a casi, la mayoría, de todos los pacientes que están, que tienen demencia... o que llegan y se ponen un poco agitados y lo primero que haces es contención mecánica, casi, casi. Que a lo mejor es un paciente que está bien, lo que se ha desorientado puntualmente por, a lo mejor, una infección de orina, y como ya tiene 80 años, ya nos pensamos que la necesita sí o sí... Y ya la ponemos. Pero no pensamos que a lo mejor si este hombre está bien, lo que a lo mejor está un poco nervioso y... pues el hecho de llegar a un... a un hospital nuevo y tal... a lo mejor no le piden si la necesita o no la necesita. Y enseguida se la ponemos diciendo que es por su bien. [...] Yo creo que es muy fa... es muy fácil poner una contención. Y ya se agita el paciente y ya le pones la contención, sin después pensar por qué realmente puede estar agitado el paciente.” (E8)

“Se llama al médico de guardia, el médico de guardia viene, te dice ‘bueno, pues pautamos contención’. Entonces, vamos, cogemos las contenciones, cogemos todo. Vamos al paciente, a la familia, si hay familia también, se les explica que les vamos a poner esta contención en la cama, que no... ¡que va a poder respirar! Porque muchos piensan ‘jes que me apretará y no voy a poder comer o no voy a poder respirar!’; ‘¡No! ¡vas a poder comer y vas a poder respirar! Y si estás luego más tranquilo, la iremos quitando a medida que te vayas tranquilizando’. Y le explicas, nada. Ponemos las contenciones y... ¡y ya está! Es que poca cosa más.” (A4)

Además, las contenciones también se prescriben de forma preventiva y planificada. Es decir, es frecuente que los médicos las dejen pautadas ‘si precisa’ para que las enfermeras (principalmente) las apliquen si lo consideran indicado. Esta prescripción se dirige especialmente a pacientes con deterioro cognitivo y antecedentes de caídas o de uso de contenciones físicas en el pasado, dejándola incluso preparada por si en algún momento se decidiese que es necesario contenerlo.

“Puede ser que a veces seamos excesivamente cautos, que muchas veces tú ves que tiene una demencia, y ya desde el personal, cuando viene un paciente dicen ‘a este páutale que tenga contención si precisa porque es una demencia y hemos visto que tal, por si acaso’. Es verdad que eso también se usa mucho, el por si acaso, y dejarle pautada una contención a una persona, antes de saber si realmente la va a necesitar o no. [...] Eso, normalmente, es cuando ingresa un paciente. Acaba de llegar nuevo a la unidad, pues la valoración inicial, pues ya ves en los antecedentes que tiene una demencia y ves un poco cómo se comporta y cómo puede razonar uno con él, y a la mínima que veas que el razonamiento no es posible por la demencia, y...pues sí que te pide muchas veces enfermería, te piden que dejes pautada la contención si precisa, eh... de cara a esa misma noche o a futuro para ver cómo se comporta.” (M4)

“Cuando, por ejemplo, viene un paciente, llega por la tarde, que está un poco... con un deterioro cognitivo y parece que está un poco inquieto, y él ya te pone ‘contención si precisa’, porque tú decides el qué. Si tu encuentras que el paciente está muy agitado, que hay mucho riesgo de que se levante y se caiga y esto, se le contiene, sino simplemente sabes que lo puedes hacer en el momento que lo... lo consideres. No todas las contenciones si precisan se contienen. Se contienen un porcentaje. Lo que pasa es que es una manera de él de darte el... el amparo legal delante de una contención.” (E2)

“Muchas veces también es verdad que en XX ((hospital de agudos)) te dicen que estaba contenido y entonces, por ejemplo, cuando ingresan a las ocho u ocho y pico de la noche, que nosotros hacemos el cambio de turno, y muchas veces no ha hecho falta contenerlo, o pones la contención dentro de la cama por si... y después se pasa toda la noche durmiendo y al día siguiente la dejan puesta por si hace falta, pero no se le pone al enfermo.” (E7)

Por otro lado, la mayoría de los profesionales describe que se mantiene el uso de las contenciones físicas tras haberse superado la situación aguda por la que se pautaron. En este sentido, los profesionales justifican que, aunque el paciente esté tranquilo en ese momento, persiste el riesgo de que pueda agitarse en cualquier otro. Ante la imposibilidad de poder prever

cuándo el paciente se pueda desorientar o se vaya a querer levantar, los profesionales consideran que es preferible que se le mantenga contenido.

“Lleva bastante estable por las noches, pero ya bastante tiempo, porque es una señora que lleva ingresada pues yo creo que medio año, por lo menos. Pero, aun así, pues por la noche la contenemos para evitar riesgos y pasó la noche tranquila, no, no la encontramos que hubiera... ¡Vamos! con signos de agitación y esto, no. Pero ponemos la contención para prevenir.” (E4)

“Normalmente no las retiramos, porque está pautada. Es que claro, tú no sabes tampoco muy bien, aunque esté tranquilo, ellos están que no paran muchas veces. No es que estén agitados, pero es que están que mueven las piernas, que se tocan el pañal, que se lo desabrochan, que lo tiran, que se hacen caca... La ponen por todo, eh... claro, es que como no estás allí 24 horas, pues ahora está tranquilo pero capaz que en 15 minutos ha intentado sentarse en la cama y se cae al suelo. Es que es imprevisible. Claro, sí, está tranquilo, pero es que ¡no paran, no paran!” (E5)

“Si está tranquilo, igual ni lo cont-, igual ni lo ataría. Pero, si... hay pacientes que aparentan estar tranquilos, pero después te hacen algo de... te hacen alguna. Y ya por rutina los tenemos que atar. También para poder acabar la ronda y todo lo otro. Tenemos más pacientes y...” (A6)

Los profesionales, incluso aquellos con actitudes más favorables a las contenciones físicas, explican que este uso prolongado en el tiempo puede deberse a una falta de revaloración por parte del equipo. En este sentido, hay profesionales que reconocen que se produce una cierta despreocupación respecto al mantenimiento o la retirada de las contenciones. En concreto, los médicos alegan que, una vez han sido prescritas, no acostumbran a hacer un seguimiento ni reevalúan su indicación. Por otro lado, las enfermeras argumentan que, si un paciente tiene prescrita la contención física, la tendencia es a mantenerla para así respetar y cumplir con la indicación médica. En este contexto, el trabajo se vuelve rutinario y las enfermeras no se plantean la retirada de las contenciones físicas, añadiéndose a ello el miedo a asumir la responsabilidad de la descontentión del paciente. Incluso, hay profesionales que aseguran que no en todos los pacientes la contención se prolonga durante todo el ingreso.

“Puede estar indicado un momento y luego no estar indicada y ya ahí nosotros no nos preocupamos lo suficiente, ¿sabes? Y que igual sí que deberíamos responsabilizarnos más de unas cosas que pautamos, es como si pones un antibiótico y luego no lo quitas, tú luego revisas cuántos días lleva y cuándo hay que quitarlo. Es verdad que aquí, yo y seguro que mis compañeros, tú pautas las contenciones y nunca más te vuelves a preocupar si... si ya se podrían intentar quitar, ¿sabes?” (M1)

“Lo más habitual es que se mantenga... que se mantenga eh... por decirlo así, durante todo el ingreso, es decir, si, si se ha pautado que cuando la sientan se le pone la contención, lo más habitual es que se le ponga siempre. Algunos casos, pocos, en los que ves que realmente igual la persona ingresó más agitada y luego ha ido poco a poco el nivel de agitación bajando, igual te planteas que ya no necesita la contención, eh... pero normalmente, por el perfil de pacientes que ingresan, que cuando ingresan a nuestro centro eh... no están súper descompensados, si no que están igual un poquito, no suelen mejorar tanto como para poder retirarla del todo, ¿sabes? También porque muchas veces la contención es por, eh... no tanto por la agitación puntual ese momento, si no por prevenir que haya más... caídas, sobre todo es que son las caídas lo que intentas prevenir.” (M4)

“En los hospitales, como que se trabaja también un poco por, por rutina, a veces, y que tú ves una contención puesta, la mantienes porque no te quieres hacer cargo tampoco a lo mejor si, de quitarla o no quitarla... [...] Hay momentos que no valoras si realmente la necesita o la necesita, pero como la tiene pautada, si está pautada, la pones. Pero claro, es una paut-... es una pauta que tú puedes quitar y... es decir, las contenciones son cuando la necesita, no es porque la tenga... pautada para toda la vida... ni toda la estancia hospitalaria. Ya es la mecánica que coge alguna

gente y no valora si realmente la necesita o no. [...] Por... miedo a quitar una contención y, a raíz de esta acción que tú has tomado, que haya una consecuencia por parte del paciente.” (E8)

Este uso mantenido de las contenciones físicas queda reflejado cuando los profesionales describen en qué circunstancias las retiran, explicando que, para ser descontenidos, los pacientes han tenido que demostrar que llevan mucho tiempo tranquilos y “sin necesitarlas”. De esta forma, el uso de la contención no se limita únicamente al manejo de la situación aguda, sino que se mantiene hasta que los profesionales evidencian que deja de ser necesaria.

“Se deja contenido normalmente, no me suelo plantear la necesidad de la contención en ese momento. No por una sola vez. Se queda contenido. Otra cosa es eh... que sea un paciente que ya lo, lo ves, lo vas viendo durante una semana entera siempre tranquilo y siempre contenido y entonces igual sí que te puedes plantear ‘¡oye! esta contención, ¿por qué la lleva?’.” (M4)

“Fulanita lleva contención abdominal, pero ayer... hace... hace tres días que duerme bien y está tranquila, lo que hacemos en principio es no contenerla, dejamos la contención en la cama, pero no la ponemos al paciente y, si esto se mantiene, se quita la contención de la cama.” (E2)

“Cuando se pasa el parte es una de las cosas: ‘pues este paciente lleva tres noches que duerme estupendamente, que no se altera, que está súper tranquilo, ‘¿y por qué no empezamos a pensar que a lo mejor ya la contención no es necesaria?’, y todo eso luego se traslada al médico.” (A7)

Por todo ello, los profesionales describen la existencia de una serie de normas informales respecto a las indicaciones de uso de las contenciones físicas y su aplicación. En este sentido, los participantes hacen referencia al protocolo como a guías de actuación compartidas por los miembros del grupo, no a las normas de actuación asistencial establecidas por la institución. Además, el cumplimiento de la prescripción de la contención física en un paciente es percibido como una norma que deben llevar a cabo todos los profesionales. Así, el uso de las contenciones físicas aparece como un elemento propio del plan de cuidados al paciente geriátrico. Incluso, un médico hace referencia a una cultura de intervencionismo por la que se considera prioritario el uso de dispositivos invasivos que desencadenan un mayor uso de las contenciones físicas.

“El paciente cuando se empieza a poner desorientado o empieza ya a desubicarse, a desorientarse, el protocolo ya es contención abdominal o contención de manos.” (A3)

“Si está pautada... hay que ponérsela, porque si no, estás incumpliendo una orden médica ¿no? Entonces yo creo que hay que ser muy estricto cumpliendo lo que toca. Si no la lleva, si no está pautada, no ponerla; y si está pautada, pues ponerla.” (E5)

“Hasta hace poco tiempo se ponía una contención abdominal, se ponía una contención de mano... pero ahora, por lo visto, se exige que sea una contención de 3 puntos por más seguridad del paciente, para evitar que se hagan daño y demás. [...] No se está controlando que se lleve a cabo, pero sí se ha comentado que era obligatorio, que se exigiría a partir de ahora y demás.” (A7)

Incluso, hay ocasiones en las que la contención física se utiliza tras un proceso de negociación con los pacientes. En estos casos, los profesionales llegan a acuerdos con los pacientes en los que estos se comprometen a llevar a cabo ciertas conductas (por ejemplo, a no levantarse) y, a cambio, los profesionales les dan una oportunidad antes de poner la contención. Del mismo modo, la descontención de un paciente se califica como un voto de confianza hacia el paciente, especialmente cuando no presenta deterioro cognitivo.

“Tú les dices ‘vale, ahora vas a estar aquí sentado, pero por favor no te levantes, yo no te pondré la contención si tú no te levantas.’ Entonces cuando tú ves que no cumplen la palabra que te han dado, por miedo a que se puedan hacer una fractura de cadera o que se puedan romper... o dar un golpe en la cabeza, entonces tú tienes que poner la contención. Ahí sí.” (A5)

La cultura de la contención física en el paciente geriátrico

“A veces con según qué pacientes puedes negociar ¿no? Y decirle ‘si no te levantas, te dejo sin la contención’, y a veces que hemos tenido algún paciente con diagnósticos psiquiátricos, funciona. Pero claro, no con todo el mundo... con alguien con demencia, no puedes negociar, ¿no?” (E5)

“Si ha venido algún abuelo -que yo no lo llamo abuelo sino una persona mayor-, ha venido a lo mejor al principio un poco desorientado y tal, que lo has preparado y se lo pones y él te dice: ‘¡No hace falta que me pongas esto, porque yo no me voy a mover!’. Claro, tú durante un rato se lo quitas, lo valoras, si tú ves que la persona más o menos reacciona como debe reaccionar, sin correr peligro él de hacerse daño, tú vas, yo voy a la enfermera y le digo: ‘¿Le podemos, le damos un voto de confianza para ver si no se cae y tal? ¡porque no se mueve!’.” (A2)

Es importante destacar los diferentes puntos de vista existentes en relación al uso de las contenciones físicas por conveniencia de los profesionales. Por un lado, los profesionales con actitudes más anti-contención denuncian que la falta de recursos para supervisar a los pacientes y poder responder a sus necesidades asistenciales llevan a que estos dispositivos sean usados por comodidad de profesionales y familiares, recurriendo a la sujeción física como la salida fácil.

“Pues de las ganas de trabajar, me refiero si tú quieres literalmente que un paciente eh... te dé un turno más tranquilo, los contienes y no tienes que estar pendiente de si se va, si no se va, si se arranca la vía... Y esto incluyo a todos, me refiero, incluyendo la parte médica de por la noche ‘bueno pues haloperidol y que le contengan’, en vez de igual levantarte, ir a ver al paciente, a ver qué le pasa, porque a veces es otra cosa y está agitado porque tiene dolor, porque es un edema agudo de pulmón. Claro, lo más cómodo es contenerlo, darle medicación y se acabó.” (M1)

“Sí ((se usan por comodidad)), seguro que sí, también. Por las noches, para que no se levanten, y lo controlen, y ellos puedan estar más tranquilos. Lo hacen por comodidad también, yo creo que sí. Y de día también. O, por ejemplo, las contenciones abdominales a la tarde, así no se levantan, sí. Más por la noche, yo creo.” (M2)

“A veces también es por comodidad ¿eh? También te lo voy a decir, a veces también es por comodidad. [...] Pero si a nadie le preocupa, pues por comodidad quizás un paciente más tranquilo más relajado, no me va a molestar, sé que no le va a pasar nada, me puedo ocupar de otras cosas y me olvido de él. Sí puede ser que se prolongue, a veces.” (A7)

“Y también es lo más cómodo. No... es muy, es muy, un poco triste, pero es verdad que es mucho más cómodo poner la contención si ya la tiene pautada y ya la lleva... anteriormente este paciente, que... ya la dejas puesta y listo. Y ya no te preocupas de que, de si cae, de si la necesita... Y ya no has de ir valorando de ponerla o no... ¡porque ya la lleva!” (E8)

Sin embargo, aquellos profesionales más partidarios del uso de las contenciones físicas niegan que su aplicación responda a preferencias de los profesionales ni se utilicen en beneficio propio.

“Simplemente se da por la necesidad, no por... no porque a mí me caiga mal aquella persona, porque es ilegal de alguna una manera. Yo no lo he visto nunca, sinceramente.” (A2)

“¿Contener por contener? No. Nunca. O sea, no debería hacerse. No creo que se haga. No lo he visto hacer nunca, la verdad. No lo he visto hacer nunca, en ningún sitio; ni en residencias ni en los hospitales ni en ningún sitio he visto hacerlo ¿Qué se haga o no se haga? No te lo puedo decir, pero, que yo lo haya visto, no lo he visto.” (A2)

“Mucha gente se piensa que aquí los enfermos los tenemos contenido para que no molesten, porque no... a ver, la realidad no es esta. [...] Es una consecuencia, eh... no es por hacer el trabajo más fácil que contenemos. Es una consecuencia. Es una consecuencia de evitar males mayores, esto sí, pero no, no los contenemos por facilitar el trabajo, no.” (E7)

En relación a la frecuencia con la que son empleadas las contenciones físicas, también hay discrepancias entre los profesionales. Algunos profesionales reconocen que se hace un uso

excesivo, sobre todo al mantenerse su aplicación en pacientes que han superado la situación aguda por la que se inició su uso.

“Incluso a lo mejor en el XX ((hospital)) es más raro ver a alguno sin contener que contenido [...] Pues más de la mitad ((de los pacientes estaban ayer contenidos)), que es, ¡es mucho!”. (E8)

“Creo que hay momen- creo que a veces se utilizan más de la cuenta, cuando no se tendrían que utilizar. [...] Pero, sí que creo no un número muy, muy, muy alto, pero sí un porcentaje considerable de pacientes que no tendrían que estar conte- o no todo el día. [...] Durante el día la contención abdominal en la butaca es algo como usual, es algo como si no hay familia, se contiene, y a veces el paciente podría no estar contenido. Sí, segurísimo.” (M1)

“En esta unidad eso es... muy, muy frecuente, con el tipo de enfermos que tenemos aquí es muy frecuente.” (E7)

Sin embargo, otros profesionales (que habitualmente presentan actitudes pro-contención) creen que el uso de las contenciones físicas no es elevado, sino que minimizan dicha frecuencia de uso. En este sentido, consideran que su incidencia es correcta y que todas las que están siendo utilizadas en el momento de la entrevista están justificadas.

“Así y todo, yo no considero que se contenga a mucha gente, ¿eh? Pues yo no... no contenemos a tanta gente. [...] Sólo tenemos contenida una mujer. No, no, no tenemos tendencia a contener mucho tampoco.” (A2)

“Aquí ya se procura, eh... no atar mucho. Aquí los que están contenidos ahora mismo son personas que realmente se salen de la cama, se tiran de la butaca y tal. De hecho, hay gente que está atada en la butaca y no está atada en la cama.” (A5)

“Eh... ahora mismo, ahora mismo los que están contenidos que yo conozca, creo que todos tienen que estar contenidos. Vamos, yo no me fiaría de dejarlos sin contenciones.” (A6)

En definitiva, los profesionales justifican la necesidad de recurrir a las contenciones físicas ante la imposibilidad de supervisar a los pacientes de forma ininterrumpida, lo que les impide garantizar su seguridad física el tiempo que están solos. En esta línea, los profesionales describen situaciones en las que los pacientes requieren de una supervisión constante, pero no siempre están acompañados por sus familiares. Estas necesidades de supervisión son inasumibles para los profesionales con las ratios disponibles e imposibles de conciliar con los cuidados que precisan los otros pacientes. Por todo ello, contener a un paciente se valora como la solución para proteger su seguridad y poder sacar adelante toda la carga de trabajo de la unidad.

“No puede estar una persona las 24 horas del día allí, a pie de cama, conteniéndolos, porque muchas veces no tienen ni familia, no tienen nadie que pueda venir a vigilarlos un poco.” (A4)

“Si esta señora estuviese acompañada, probablemente no intentaría levantarse de la silla, o si quisiera levantarse con ayuda de otra persona podría ir a pasear por la habitación, al baño... y no necesitaría estar contenida. Es verdad que en estos casos eh... se usan por la situación del paciente y por... y por.... la situación laboral del personal. Es decir, no puedes tener una auxiliar todo el rato que esté sedestada en la habitación con la señora.” (M4)

“Muchas veces se contiene porque... claro, tienes muchos pacientes a tu cargo, no puedes estar vigilando todo el tiempo al paciente, y si estás solo, es que te arri-, te arriesgas a que... a que pase algo. Así que, si hubiese más vigilancia, a lo mejor sí que no haría falta tanta, tanta contención. Por parte de cualquier profesional, yo creo. O familiar. Si hubiese más familia, por ejemplo, habría menos contenciones.” (E8)

Además, los profesionales comparan el uso de las contenciones físicas con otras actividades rutinarias propias del cuidado de las personas mayores, como la administración de

antibióterapia, la prescripción de sedestación o la instalación de un colchón de aire alternante. Sin embargo, hay profesionales más críticos con este uso que denuncian que no se les preste la suficiente atención o, incluso, que se apliquen sin haber sido prescritas ni comentadas con el médico.

“Igual que pautas un fármaco y la responsabilidad es muy importante, las contenciones iguales. Que es algo que yo creo que no se considera tan importante, ¿sabes?, es ‘bueno, ¡contenciones!’; pero que realmente es como si estas pautando otra cosa, que es algo muy importante y que tiene que estar muy indicado y... y valorar los pros y contras de... de la contención.” (M1)

“Como cualquier otro tratamiento. Como que esté con morfina, como que esté con antibiótico, como cualquier otro tratamiento. Y si se necesita sí, pero si no se necesita no. Es un tratamiento, y de urgencia, pero es un tratamiento.” (M3)

“En mi hospital es una cosa que se ha tomado muy en serio, que está el tema del documento ese que se obliga a firmar, pero yo sigo viendo contenciones que yo no he autorizado y que no las ha autorizado el médico de guardia y además que tampoco es porque la enfermera... ‘mira esta enfermera que pasa de todo y lo hace ella’ ¡No! Muchas veces se siguen, sobre todo ya te digo, estas de las sillas de ruedas, porque el paciente se cae, no sé qué... aun habiendo un documento, aquí en el hospital que está la cultura muy integrada, sigue habiendo. Es como lo que yo te decía el colector urinario, yo algunos los descubro porque ese día paso temprano.” (M5)

Este uso tan rutinario e interiorizado de las contenciones físicas por parte de los miembros del equipo hace que sea una práctica que pase desapercibida en el cotidiano y que los profesionales no la cuestionen. Como consecuencia, las actividades relacionadas con su uso no se consideran prioritarias, especialmente la revisión de su indicación para valorar su retirada, prolongándose así su aplicación más allá de la situación aguda.

“Hablamos de situaciones idílicas, pero muchas veces pues tienes los turnos que tienes tantas cosas en la cabeza que a lo mejor se... no se te pasa por la cabeza ‘oye, mira, ¡qué tranquilo está este paciente y encima tiene una contención abdominal!’; a lo mejor no lo piensas.” (E1)

“Muchas veces no paran, es que no paran de trabajar y no tienen tiempo para estar fijándose y controlando. Lo mismo con los médicos, también, no tienen tiempo para revisar si realmente necesita o no necesita esta contención.” (M2)

“Entonces, ya creo que todos lo tenemos in- tan interiorizado, que igual muchas veces no nos planteamos si realmente eso, tiene que estar contenido o no, o tuvo que estar contenido, pero ya no. Yo creo que es algo que hemos como adquirido en la práctica habitual y no... no nos lo planteamos lo suficiente, ni nos implicamos para luego intentar cómo quitarlo. Si un paciente se contiene desde el principio del ingreso hasta el final no nos llama la atención, ¿sabes?, no nos preocupamos... mucho.” (M1)

7.2.2.2. Los principios y los valores que sustentan las prácticas de normalización: la priorización de la seguridad física

La contención se utiliza principalmente para proteger la seguridad física de la persona mayor y la práctica está determinada tanto por la visión que tengan los profesionales del paciente como por el posicionamiento que tomen todos los implicados en la toma de decisiones y los principios éticos que la regulan.

En relación a la seguridad, los profesionales expresan sus preocupaciones por la seguridad física de los pacientes, así como su miedo a que estos sufran accidentes y a sus consecuencias. Especialmente, los profesionales perciben que el bienestar físico y la integridad física de los

pacientes pueden estar comprometidos cuando se agitan o cuando aquellos con deterioro de la movilidad se intentan levantar sin tener conciencia del riesgo que supone. Incluso, en uno de los hospitales, los participantes perciben que la vida del paciente corre peligro si sale del recinto hospitalario.

“Cuando la contención es con una persona con un estado de agitación y donde el riesgo de que caiga es muy elevado y se pueda hacer daño, me parece una medida necesaria y que difícilmente se puede obviar. [...] En nuestra unidad, normalmente, las contenciones son por seguridad del paciente”. (E2)

“A mí, a mí no me apetece nada que un paciente mío se haga daño y a lo mejor tú ve-, yo veo que, que lo descontentaría y bueno, ¡vamos a probar! Bueno, y si no se cae, pues ¡perfecto!, pero si se cae dices tú ‘hostia...’ (3) y con lo frágiles que son, una caída...” (E5)

“Es que ten en cuenta el factor de que se lesionen, se levanten, se rompan una cadera, se rompan un brazo. Pues un golpe en la cabeza, un golpe en la cabeza puede conllevar a la edad de la suya que puedan fallecer, porque un mal golpe te puede dar una hemorragia.” (A5)

Por el contrario, hay profesionales que entienden que el riesgo de caídas es inherente al paciente geriátrico y sigue estando presente pese a la contención. Desde esta perspectiva, consideran que su responsabilidad es hacer todo lo posible para tratar de controlar la aparición de accidentes, pero asumiendo que no son inevitables.

“Yo encuentro que es una parte inherente en, en el trabajo y en las cosas que le pueden... igual que nos podemos caer nosotros, inherentes a lo que le puede pasar al enfermo. Tú haces todo lo posible para que esto no pase, pero, así y todo, ya te digo, se salen de las contenciones, saltan las barreras... [...] Tengo claro que hacemos todo lo que podemos, pero puede que las cosas no salgan como tienen que salir, y son cosas que pasan. Es un riesgo, yo lo tengo claro.” (E7)

En este sentido, los profesionales entienden que su principal responsabilidad es velar por la seguridad física de los pacientes. Muy especialmente, deben prevenir las caídas para evitar así sus posibles consecuencias. Se trata de una responsabilidad que los profesionales se autoimponen, pues la mayoría niega recibir ningún tipo de presión respecto a las caídas de los pacientes, pero sí reconocen que, para ellos, la seguridad del paciente es un principio básico que debe regir su práctica profesional.

“Y por nuestra parte garantizar dentro de lo posible su seguridad... su integridad física.” (E2)

“Yo tengo que mirar por la seguridad del paciente, entonces para evitar lesiones y para que esté lo mejor posible.” (E4)

“Es una responsabilidad sí, sí, cierto. Es una preocupación constante sí, sí que lo es. O sea, presión, no porque nadie me presione, siento la inquietud de que mis pacientes estén bien y que no les pase algo. Para mí es una preocupación constante.” (A7)

Pese a que es una situación a la que se enfrentan con menor frecuencia, los profesionales también relatan una preocupación por su propia seguridad física, así como la de otros pacientes y familiares. En esta línea, perciben que, ante situaciones de agresividad, las contenciones también mantienen la integridad del entorno físico. Si estas situaciones de agresividad se dan en presencia de los familiares, es frecuente que sean ellos quienes las solicitan y, en estos casos, la contención se aplica de forma puntual para el manejo de la situación aguda.

“Este que se levanta, que se ha levantado diversas veces y que sí que lo has encontrado durmiendo en la habitación de enfrente, a este sí que lo contienes”. (E2)

“Algunos, muy agresivos por la demencia o por el motivo X, claro, más de una vez pues nos han pegado, nos han lanzado cosas... bueno, escupir, que es lo de menos, pero, bueno, escupir

también tiene su riesgo de... hace poco nos pasó que te escupan y te caiga al ojo, ¿no? Y... por ejemplo, sobre todo, allí hablo de las manos porque, por ejemplo, cuando están en la cama y eso, son pacientes que muchas veces se les ha puesto contenciones en la mano.” (M1)

“Hay conductas que son tolerables dentro de una habitación individual, pero que son intolerables en una habitación compartida. Y... y esto pues tiene que ver porque son conductas agresivas y conductas que pueden ofender o pueden causar daño psicológico a, o físico a, o incluso al personal sanitario y, o a familiares, o, o pacientes que están en la habitación compartida, en este caso. Y, y esto nos obliga a veces a contener.” (M6)

Incluso, los profesionales perciben que las contenciones les protegen desde una perspectiva legal, más incluso que física, ya que se sienten más amparados legalmente usándolas. En concreto, los participantes expresan cierto miedo a las posibles consecuencias legales que se pudiesen producir si un paciente no contenido sufriese algún tipo de accidente que le ocasionase daños. Algunos profesionales, sobre todo los más críticos con la práctica, explican que este miedo a las represalias legales de los familiares motiva un mayor uso de las contenciones físicas. Especialmente, esta preocupación influye en la toma de decisiones para retirar las contenciones, pues los profesionales tienen miedo a descontener a un paciente y que, si éste sufre algún tipo de accidente o lesión, sean identificados como los responsables legales de dicho accidente.

“Nosotros estamos en, en un segundo piso, hay escaleras por un lado y por el otro. Cuando tú tienes todos estos riesgos físicos y arquitectónicos, es que dices bueno... es que a lo me-, si ca-, si cae de la silla al suelo se hará daño o no, pero si cae por un tramo de escaleras de 20 escalones difícilmente no se hará daño, y después esto tiene consecuencias legales y consecuencias de todo tipo. [...] Nosotros sentimos a veces esta presión en según qué tipo de familias. Sobre todo, hay familias que son muy exigentes a nivel de los cuidados que se le dan a sus fam- pacientes... a sus familiares, pero no son tan exigentes con su propia actitud ante su familiar. Quiero decir, quieren que estén bien cuidados y no se caigan ni nada, pero ellos no están nunca. Por es-, pero sí que hay la amenaza velada de que si les pasa algo te denunciaré. [...] A mí no me ha pasado nunca que nos hayan denunciado. Pero nosotros somos los responsables del bienestar de este... y esto hace que muchas veces lo tengas en cuenta el tema de la contención. Es que si cae y se rompe la cadera o si se va y se pierde...” (E2)

“Si ese paciente se cae, ahí yo creo que hay como un poco de un vacío legal porque si se... si se cae, claro, si se cae en su casa, no pasa nada, pero si se cae en el hospital, entonces ¿de quién es la responsabilidad? Porque si sabíamos todos que tenía un deterioro cognitivo y riesgo de caerse, yo no sé si es responsabilidad mía de que no tenga contenciones, de la enfermera o el auxiliar que en esos momentos no le habían contenido... Yo creo que muchas veces se hace por como un excesivo miedo a que pueda pasar algo y a que pueda haber repercusiones legales. [...] Entonces, aquí, pues eso, por igual en un intento de cubrir las espaldas, todos están contenidos muchas veces cuando no tendrían que estar.” (M1)

“También para eh... prevenir el, los, las supuestas denuncias de la familia, si pasara cualquier cosa con sus familiares. [...] Pues sí ((sentimos esta presión)), sobre todo hay familias que son pues más, a ver no te voy a decir, más eh... quisquillosas, pero que podría ser que tomaran medidas eh... pues... judiciales en contra del hospital, ¿sí?” (E4)

Todos los participantes justifican el uso de las contenciones para proteger al paciente y prevenir posibles daños -incluidos los que él mismo se pudiese ocasionar-, es decir, se amparan en el principio de no maleficencia¹⁶. Sin embargo, incluso entre los profesionales que llevan a cabo prácticas de normalización, se aprecia un gradiente de posiciones frente a este principio. En un

¹⁶ Pese a que los profesionales aluden al beneficio para el paciente, no contemplan el respeto a la dignidad de la persona, por lo que, desde la perspectiva ética, no se ajusta al concepto teórico de beneficencia. En este caso, se ha realizado una codificación deductiva del principio de no maleficencia, en lugar de mantener el código literal de beneficencia.

extremo, se encuentran los participantes que alegan que, para garantizar la seguridad del paciente y evitar una lesión, está justificado el uso de medidas como las contenciones físicas, pues se consigue evitar “un mal mayor”, sin llevar a cabo un cuestionamiento crítico. En el otro extremo, están los profesionales que, aunque reconocen que la prevención del daño es un elemento fundamental en su práctica asistencial e identifican que las contenciones físicas son necesarias para ello, expresan sus dudas sobre el precio a pagar con su uso.

“Yo siempre que sea para ellos y para evitar que se hagan daño, cualquier cosa. [...] Son útiles para evitar mal mayor, pero que solo se deben usar para eso. No creo que, que haya que contener por contener, sino que es para evitar caer, que los... que se caigan básicamente. O que se hagan daño a sí mismos. Si, si es por esa necesidad, creo que debe de contenerse a la persona. Es una cosa para evitar un mal mayor, siempre.” (A2)

“Al menos la, la idea inicial siempre es por precaución hacia el paciente. Es decir, por evitar daños mayores, y por evitar que el propio paciente se pueda hacer daño a él mismo, o bien por una caída casual o bien al intentar salirse de la cama y que caiga al suelo. [...] La idea inicial siempre, siempre es esta, al menos desde mi punto de vista: es por prevenir males mayores” (M4)

“A ver, yo creo que siempre y cuando esté justificado por el bien del paciente, para protegerlo, creo que, aunque sea una medida un poco uf... desagradable, creo que si se va a poner en riesgo su vida, bueno, o la de otras personas, eh... pues que sí que hay que utilizarlas.” (M1)

“El motivo está claro, siempre es el mismo: es proteger al paciente o también proteger a la persona que le trata o que le cuida, o lo que sea. Pero las contenciones siempre, yo creo que siempre se pautan para beneficio del paciente, siempre. [...] Realmente sí lo estás haciendo para bien de él, pero le está limitando en muchas cosas ¿sabes qué te digo? es como cuando la gente quiere levantarse, ir al baño o hacer otras cosas, hay que intentar facilitárselo a tope, porque realmente es su derecho, ¡no se le puede limitar! O cuando dicen ‘¡no quiero comer!’, que la gente insiste. ¡Oye, si no quiere comer déjale que no coma! Vale, pues esto es igual, ¿hasta qué punto atar a una persona? ¿vale? Sí, eso me parece un poco un abuso... en sus derechos.” (A7)

La decisión de aplicar la contención se hace por sustitución del paciente, adquiriendo los profesionales y los familiares una actitud paternalista. Los participantes explican que pocas veces son conocedores ni ellos ni los familiares de cuál hubiese sido la postura del paciente respecto a las contenciones físicas, lo que les hace primar la seguridad física en los cuidados ofrecidos y, en consecuencia, recurrir a esta práctica. Aun así, muchos profesionales están convencidos de que, si los pacientes pudiesen ser tenidos en cuenta en esta toma de decisiones, rechazarían ser contenidos. Sin embargo, los profesionales con actitudes más críticas se plantean hasta qué punto ellos pueden decidir por el paciente bajo el pretexto de buscar su mejor interés.

“El problema es que si no hay nada que tú puedas saber qué era ese deseo de esa persona, y esa persona no tiene la cabecita para, para decidir o saber qué quiere, tienes que ser tú, el que, el que veles por, por sus intereses. Y se prima más la seguridad, el no caerse y tal, que la libertad de poderse levantar, o poderse...” (E4)

“Estás decidiendo sobre... sobre la libertad y sobre... sobre el manejo de ese paciente, de que ese paciente no se pueda levantar o no pueda ir a hacer pipí solo, entonces... al final estas decidiendo sobre su autonomía y... y, a veces, dices ‘¿quién soy yo para decidir sobre su autonomía?’. Lo que pasa es que igual que tú... en ese momento estas velando por su interés. Entonces igual que decides ponerle levofloxacino en vez de amoxi-clavulánico porque sabes que cubre tales gérmenes, en el fondo eh... estás decidiendo sobre su... su bienestar, para que no le pase nada. Lo que pasa es que es diferente a un medicamento porque eso... porque es como que decides un poco sobre su libertad y su autonomía, claro, y, al final, nosotros no sé hasta qué punto estamos ni formados ni... ni legalmente podemos decidir ese tipo de cosas.” (M1)

Incluso, algunos profesionales más reticentes al uso de las contenciones consideran que estas se aplican en contra de la voluntad de los pacientes y están firmemente convencidos de que ningún paciente querría estar contenido si se le preguntase.

“Lo decide el médico y decide la familia. Pero el paciente... Ningún paciente quiere estar contenido, ninguno. Nadie quiere que le pongan una contención, ni abdominal ni manual, ni mecánica ni de ninguna manera, no quieren, ¡por supuesto que no!” (A7)

“Vamos, es que, si te preguntasen, te dirían que no, estoy convencida, porque nadie quiere estar contenido, bueno, no sé, yo no querría. Entonces, aquí como mucho la decisión se comparte con la familia, pero con el paciente nunca.” (M1)

El valor que otorgan los profesionales a estos principios éticos en la toma de decisiones se ve influenciado por su visión de los pacientes y sus actitudes frente a las personas mayores. Por un lado, algunos profesionales presentan actitudes edadistas hacia el colectivo de personas mayores, asociando la edad avanzada con la presencia de deterioro cognitivo y físico. En concreto, una profesional anti-contenciones denuncia que las actitudes edadistas de los profesionales de la normalización lleve a un uso mayor y más automático de la contención física.

“A mí la impresión que me da es que es más difícil contener a una persona joven. [...] En la gente mayor hay mucho desconocimiento y, además, como que bueno... con la gente mayor hay mucho... es ‘ageismo’, es una forma de maltrato: ‘el mayor bueno... el mayor ya total...’, ‘si es normal que esté en demenciado’, ‘es normal que se caiga’, ‘ponle eso porque se va a caer sí o sí’ o ‘ponle el pañal porque si no...’ no, no le pongas el pañal, si es continente favorécele que tal... Y por desgracia en la gente mayor no se le da la importancia y la relevancia que tiene. Como tiene que ser, o al revés, ¡yo como geriatra qué voy a decir! Pero es verdad que... yo creo que se contiene con más facilidad a la gente mayor, como si fuera un problema, cosa de la edad, no. Tienen los mismos derechos que tú y puede participar en la toma de las decisiones, unos más y otros menos, está claro, pero tiene todo su derecho a participar y recibir los mismos buenos cuidados. Yo creo que se contiene más a la gente mayor. También es verdad que tienen más patologías, pues eso como trastornos de la marcha o tal que hacen pensar en las sujeciones... pero porque también a veces los minimizamos, Y les damos menos importancia que a una persona joven.” (M5)

Por otro lado, la visión de los profesionales respecto a los pacientes influye en la decisión de contener. Habitualmente, cuando explican algunos ejemplos de uso de las contenciones, los participantes despersonalizan al usuario, en lugar de mencionar al paciente por su nombre, hacen referencia a su diagnóstico (por ejemplo, “los ictus”, “una demencia”, “los que son Alzheimer”), su sintomatología y su comportamiento (“un delirio”) o el número de habitación en la que está ingresado. En esta línea, hay profesionales que califican de coherentes a las personas sin deterioro cognitivo, a diferencia de aquellos con dicho deterioro.

“No todas las contenciones si precisan se contienen. [...] Me levanta el del 2, el del 1.” (E2)

“Claro, ves a este abuelito en la cama y dices tú ‘¡este abuelito no se va a mover!’.” (E6)

“Nuestros pacientes, gente desorientada, gente demenciada, gente que ya te digo, son caderas, brazos y tal.” (A4)

Además, la visión del paciente desde el déficit y, muy especialmente, desde su falta de capacidad para razonar, orienta a una toma de decisiones más paternalista. Pese a que es una situación que se da en mayor medida en personas mayores, los profesionales explican que también han contenido a personas jóvenes con deterioro cognitivo o problemas de salud mental. De esta forma, la presencia de deterioro cognitivo es una de las principales justificaciones por las que los profesionales recurren a la contención física.

“Tú por tu propia voluntad no pones una contención ni se la pones a según quién. ¡A una persona que es más o menos consciente de tal, no le vas a poner una contención! Ahora, cuando una persona ya es como muy... que tiene una demencia, tiene Alzheimer, ves que... o un ictus, que ves que todo el rato intenta quitarse todo porque... no sé qué les debe de pasar por la cabeza porque hacen cosas que no, que realmente no tendrían que hacer, pero es lo que hay.” (A5)

“Las personas jóvenes que hemos tenido han sido porque han tenido una demencia de a lo mejor con eh... 50 años. Y tienen una demencia muy incontrolable y han tenido que estar contenidos. A ver, nosotros, por el tipo de hospital que tenemos, la persona joven no suele estar contenida porque no tiene la necesidad de contención. Los que tenemos es porque normalmente tienen las facultades mentales alteradas y tienen una situación de agitación y se pueden hacer daño.” (E4)

“Una contención se pone porque un paciente está demenciado y no...” (E6)

En concreto, en el discurso de los profesionales son habituales las alusiones a diferentes formas de maltrato, así como las comparaciones de las personas mayores contenidas con niños y pacientes de salud mental. Incluso, unos pocos profesionales que comparan la contención física con el trato que reciben algunos animales, especialmente con los perros cuando son atados.

“A un bebé también lo metes dentro de un parquecito para que gateando no pueda hacer algo que... que se pueda hacer daño. Y no lo estás castigando por nada, ni te lo quitas de encima. ¡Es que tiene que estar protegido!” (A1)

“Porque claro es que en un momento la han liado, ¡como un bebé! ¡es que es lo mismo!” (E4)

“No la tienes ahí, que se sientan atados como un perro, no.” (A5)

7.2.2.3. Las alternativas realizadas desde las prácticas de normalización: aflojando la contención

En este apartado se describen las alternativas a las contenciones físicas que ponen en práctica los profesionales que llevan a cabo un uso rutinario y mantenido de estos dispositivos. Entre estas medidas destacan la valoración y el tratamiento de la causa subyacente a la conducta problemática, el uso de otras restricciones (incluyendo la contención química) o la descontención en presencia de la familia. Estas acciones son desarrolladas por profesionales que ejercen prácticas de normalización y que presentan actitudes favorables a las contenciones físicas, pero sin el objetivo de desarrollar unos cuidados libres de contenciones físicas.

Entre las acciones previas que se realizan para tratar de evitar el uso de la contención física, se encuentra el acompañamiento emocional. En este sentido, los profesionales describen situaciones en las que lo que necesitan los pacientes es un acompañamiento a nivel emocional, pues la agitación es su forma de expresar sentimientos como el miedo. En estos casos, los profesionales optan por intentar tranquilizar al paciente y buscar su colaboración, especialmente para que solicite ayuda en caso de querer levantarse. Además, intentan reorientar en espacio (sobre todo) y tiempo al paciente y razonar con él sobre las indicaciones terapéuticas que debe seguir. De esta forma, los profesionales les dan “un voto de confianza” con el que tratan de evitar la aplicación de las contenciones físicas.

“Muchas veces los pacientes, sobre todo los que están más agitados, muchos lo que tienen es miedo y están solos o no comprenden la situación y tienen miedo y lo que necesitan es pues que alguien les acompañe, que alguien les explique, les guíe, les escuche.” (E1)

“Hay que tratar pues eso, de tranquilizar al paciente, de estar vigilándole, de ayudarle, de pedirle por favor que, que, que llame, que, que llame al timbre para que lo acompañes.” (A3)

“Primero siempre intentas calmarlos y tal, pero luego, como última instancia, dices ‘no, ya... ¡se la tengo que poner!’. Porque primero siempre intentas dialogar, intentas razonar, intentas darles, en cierta manera, un voto de confianza. Porque entiendes esto, que el traslado de un hospital a otro, que no tienen a la familia en ese momento... Intentas darles siempre un voto de confianza, pero bueno, no puedes estarte toda tu guardia metida dentro de una habitación. Entonces, pues mira, se llega a la conclusión de decir ‘bueno, tenemos que poner la contención’.” (A4)

Igualmente, hay profesionales que destacan la importancia de adaptar el entorno para evitar que sea un elemento estresor para el paciente. En concreto, tratan que el paciente esté lo más confortable posible, favoreciendo su descanso, y no llegue a un estado por el que sería contenido.

“Que el enfermo esté cómodo, por ejemplo, aquí las noches, los turnos de noche, una vez que los has acostado, les has cambiado el pañal, eh... cerramos las persianas, apagamos la luz, que tengan un, un ambiente para descansar toda la noche. Esto también es importante.” (E7)

Además, numerosos profesionales plantean que, para retirar las contenciones físicas, es necesario valorar cuáles son los motivos por los que el paciente se está intentando levantar o está agitado, prestando especial atención en descartar si la desorientación se debe a infecciones de orina o dolor. Igualmente, según los participantes, es necesario incluir en esta valoración la revisión del tratamiento habitual, por si es posible aumentar las dosis de la medicación psicotrópica de base.

“Constantemente se está intentando levantar de la silla... primero intentaríamos ir allí a ver qué es lo que realmente está pasando, intentar descubrir el motivo por el que ella se quiere levantar de la silla, a lo mejor tiene el pañal sucio, a lo mejor tiene cualquier cosa que le produzca un malestar y ella no quiera estar sentada o, a lo mejor, tiene molestias al estar sentada, le duele la cadera y prefiere estar acostada y ella no es capaz de verbalizarlo.” (E1)

“Si yo estoy en la guardia, pues iría, intentaría hablar con la paciente, hablar con la hija, para ver si esto es algo que le pasa habitualmente o no. Si es algo que le pasa habitualmente, pues intentar tranquilizarla, revisar qué fármacos lleva y... intentar... contenerla, desde luego, en el último lugar, o sea, la que... y más estando la hija delante. [...] Revisar medicación y ver si se le puede ajustar algo y ya está. Si es algo que no es habitual, ahí sí que intentaría buscar una causa de porqué la paciente puede ser... porque muchas veces es el principio de una infección de orina, de un montón de patologías, que a veces se nos pasan desapercibidos porque dices ‘bueno como tiene demencia está más agitado’, pero ¿por qué está más agitado?” (M1)

“Antes de poner una... una, una contención, al menos yo, sí que preguntas, el porqué, por qué es que este paciente necesita... o sea, qué es lo que le pasa, que es lo que tiene. Imagínate ‘¡está agitado!’ y ‘pero ¿qué es lo que tiene?’, porque igual tiene es dolor y no está agitado.” (M4)

Incluso, en esta línea, hay profesionales que consideran que es necesario replantearse la necesidad real de mantener dispositivos invasivos para cuyo mantenimiento se están aplicando las contenciones físicas.

“Hace poco vino una señora desde XX ((hospital de agudos)), una demencia muy avanzada con una sonda nasogástrica que se arrancaba la sonda, cada dos por tres, y luego miré la historia en XX la tenían contenida de las dos manos para que no se arrancara las sondas, pero a mí me parece una barbaridad tener que, tener a una persona contenida de las manos 24 horas para que no se quite la sonda nasogástrica, cuando el motivo de las sondas es la dem... la evolución de la demencia. Lo que hice fue hablar con la familia, explicárselo y dejarla sin sonda, a la que ella se la arrancó y ya no se le puso, y ya está, ¿sabes? Pero yo creo que ese es un motivo también de eso, de, de en qué contexto lo haces, o sea, preguntarte si una persona necesita tantas contenciones, por qué las necesita y si realmente el tratamiento merece la pena. [...] ¿Realmente necesitamos tanto ese tratamiento para tener que atar a una persona a la cama para tener que ponerle un tratamiento a la fuerza?” (M4)

Una de las principales alternativas que proponen los profesionales para no recurrir a las contenciones o para retirarlas es aumentar el uso de la contención química. En este sentido, la contención química se propone como un primer paso en el abordaje del paciente con desorientación o agitación, de tal forma que, si resulta eficaz en el control de la conducta del paciente, los profesionales consideran que ya no está indicado usar la física.

“Y al final no te queda más remedio: es que lo has de atar. Esto, o que el médico le pauten un tratamiento que le tranquilice. [...] Por eso pienso que si acaso una medicación, no que le duerma, pero sí tranquilizarlo, a lo mejor sería más factible que no, que no atarlo.” (A6)

“Cuando tú llegas a, al término de que la medicación que le están dando le, le tranquiliza, le lleva a un estado de bienestar que no es una cuestión de que esté alterado, entonces a esa persona ya le puedes empezar a quitar contenciones, y explicarle por qué se le contenía.” (A5)

“A lo mejor sí que miraría el tratamiento farmacológico que tiene pautado, y, a lo mejor, si está un poco agitada, a lo mejor sí que le pondría un tranquilizante. Más que nada porque tampoco tiene que ser bueno que una paciente esté agitada innecesariamente. Y si ya de base tiene un poco de demencia, pues... sí que le pondría, a lo mejor, una contención más farmacológica que mecánica.” (E8)

“Yo ahora no contendría nunca a una persona con 5 puntos. O sea, prefiero antes sedarla, no veo necesidad de tenerlo agitado contenido de brazos, pies y de la cintura por una agitación entonces pues sédalo... Es que... ¡Ponle más medicación, duérmelo, al abuelito! ¡No pasa nada!” (M4)

Además, a las familias que han rechazado la contención física, se les propone la contención química como una medida alternativa.

“Si la familia sigue reticente a las contenciones pues no se le ponen contenciones y lo que el médico le pone es más tratamiento para dormir o más tranquilizante.” (E6)

Sin embargo, hay profesionales que se muestran reticentes a considerar la contención química como la alternativa a la mecánica por las consecuencias que tiene para el paciente.

“Lo que se nos transmite aquí es el ‘a favor de la contención química’ pero, por ejemplo, en un caso como esta persona que, que tiene la demencia con 65 años... que... con alto riesgo de caída, esta persona tú no la puedes tener con una contención, con una contención química, ¡dormida todo el día! O sea... igual por la noche sí, si fuera el caso que intentara levantarse, pero no puedes tenerlo 24 horas eh, con contención química, ¡drogado! Entonces, ¡uf!, ¡es muy difícil!, es muy difícil, sí, encontrar el equilibrio. [...] ((La contención química se plantea)) Como la alternativa. Sí, o sea, yo lo que percibo de los médicos es ‘no, no, no, ¡contención física no! ¡contención química!’ Pero claro, ¿lo vas, lo vas a dormir? ¿Le vas a poner un... medio Midazolam?” (E5)

A parte de las contenciones químicas, numerosos profesionales proponen la aplicación de otros dispositivos restrictivos para evitar utilizar las contenciones físicas. Se trata así de mecanismos menos restrictivos que los profesionales no identifican como sistemas de contención y son mejor valorados por ellos ya que opinan que la tolerancia por parte del paciente es mejor. Especialmente, los profesionales proponen que, cuando el paciente esté sentado en la silla de ruedas, dejar puesto el freno de la silla y colocarle la mesa delante, así como el uso de la sábana inmovilizadora en cama. Además, hay profesionales que plantean que las barreras deberían ser más altas para evitar que el paciente salga de la cama cuando intenta saltar la barrera y de esta forma no haría falta que estuviese contenido en la cama.

“Lo descontenemos, es... lo primero que hacemos. ¿Está tranquilo? Probamos, lo dejamos descontentado. ¿Qué no va bien? Volvemos a contener, pero, si no, descontenemos. Solemos dejar, si está sentado, la mesita delante, que es una manera ya de que no se puedan mover, y, y en la cama llevan las barreras, siempre.” (E7)

La cultura de la contención física en el paciente geriátrico

“Solo en casos de X pacientes que se mueven, se mueven y caen y se levantan y se levantan, hay una espe-, una cosa que se dice sabana fantasma, que creo que hay una en todo el hospital. Va muy bien para este tipo de pacientes, sobre todo pacientes que se manipulan mucho, ¿no? Que cada mañana hay caca por todo y se levantan, bueno...” (E2)

“Si las barreras fueran de diferente manera, eh... más altas, como las cunas, no sé, pues, entonces, no sería necesario tener la contención.” (E4)

Por otro lado, la mayoría de los profesionales explican que el uso de las contenciones se reduce significativamente en presencia de la familia, especialmente aquellas utilizadas para la prevención de caídas durante la sedestación del paciente. Cuando los familiares están presentes y llevan a cabo actividades de acompañamiento y distracción al paciente, como leer una revista o pasear con él, los profesionales les ofrecen retirar la contención física durante su visita. Incluso, hay veces que es la propia familia quien solicita que se descontenga al paciente el tiempo que ellos están presentes y avisan cuando se van a ir para que se le vuelva a contener. Además, el acompañamiento de la familia también repercute en un menor uso de la contención química.

“Lo ideal es que estuvieran o con un cuidador o con un familiar. Eso sería lo ideal, claro. Cuando están con familia, nosotros los, los descontenemos. Aunque lleven contención, mientras está la familia está sin su contención y las, nosotros le decimos a la familia que, por favor, nos avisen cuando se vayan a ir, entonces sí los contenemos. Claro, es que no tiene nada que ver que esté una persona pendiente, que nosotros que entramos y salimos, pero es que el momento que tú te das la vuelta, pues cogen y se levantan, ¿no?” (E5)

“Normalmente no están siempre contenidos, y ya te digo, en cuanto vienen los familiares que vienen, te dicen: ‘Ay, es que voy a estar un rato x tiempo ¿Me lo descuenten?’, tú dices: ‘sí, sí, sí’. Tú vas, lo, le quitas la contención y a lo mejor la familia lo pasea o lo... está con él.” (A2)

“El enfermo que en la noche está acompañado, lo puedes dejar sin contenciones, si se despierta y empieza a tal y tiene alguien al lado que te diga algo o que te diga tal. [...] El acompañamiento te puede ahorrar contenciones, medicaciones, ¡de todo!” (M7)

“Y... siempre doy a elegir un poco a la familia, si quiere que lo ate mientras esté allí... y una vez que quede solo, que nos avise para atarlo.” (A6)

Sin embargo, incluso en presencia de los familiares, hay profesionales que, en lugar de retirar la contención física, lo que hacen es proponerles aplicarla en menor grado.

“A veces lo que, sí he hecho, si el familiar está allí, está de acuerdo y el paciente está tranquilo, lo que a veces he hecho es el abdominal y el pie y la mano no los cojo. Le digo: ‘mira, si no, le dejo...’ porque, a parte, el paciente se puede poner más nervioso, y a veces es peor una cosa que otra, pues... tengo que tantear un poco el terreno. Pero es verdad que también los familiares lo ven... para ellos a lo mejor, bastaría solo abdominal.” (A6)

En su defecto, los profesionales también se plantean descontener al paciente el tiempo que ellos pueden supervisarlos. Para poder llevarlo a cabo, los profesionales deben tener una cierta disponibilidad para estar más pendientes de este paciente, lo que no siempre es posible. En cualquier caso, reconocen que estos momentos de descontención son beneficiosos para el paciente y su movilidad.

“Incluso, está desayunando y está sin contención, porque yo estoy vigilando, estoy haciendo las camas y tal, en el momento que salgo le digo ‘te pongo la contención y cuando venga tu marido te la quito’; ‘vale, vale, sí, porque no vaya a ser que me resbale y me caiga’.” (A5)

“Pues cogemos, y el momento que tenemos libre y que hemos terminado la tarea, vas tú y coges al paciente y te lo llevas al patio, o le das una vuelta, o... sí. No hay otra... Claro ((Le descontenemos)), y por lo menos no pierde la movilidad.” (E6)

“Si está en ese momento orientado, puedo intentar descontenerlo y estar un poco vigilante pues para... porque esto luego me da también eh... más autoridad, por decirlo de alguna manera con el paciente, para decirle ‘ahora como se va a quedar solo, ¿le parece que le ponga la contención?, que no se haga daño’. Creo que, si está tranquilo, vale la pena liberarle de... de la contención. [...] Porque esto es tan... tan terapéutico para el paciente como todo lo demás que se pueda hacer con él... y es atender una necesidad, y la necesidad de libertad de su cuerpo es tan importante como darle otras medidas farmacológicas o de otro tipo.” (A1)

En este sentido, los profesionales tratan de exprimir las potencialidades de los espacios de la unidad. Por un lado, hay profesionales que destacan las ventajas de disponer de un espacio compartido donde los pacientes puedan interactuar y ser supervisados con facilidad. Por otro lado, algunos profesionales explican que intentan adaptar el entorno, por ejemplo, cerrando la unidad y creando así un espacio de libre circulación para el paciente, siempre que sea posible estar pendiente de que no vaya a salir de la unidad.

“Nosotros lo que hacemos a veces también es sacarlos a la sala si no tienen, por ejemplo, si no tienen familia y tal, pues los sacamos a la sala y allí hacen un poco de tertulia entre unos y otros, están más tranquilos, incluso a veces los puedes descont-, sí, descontener. [...] Por la tarde, que es cuando más notas sí, si tienen que tener contención o no, pues los sacas allí y, y a veces, como tú estás por allí y estás por aquí, que si viendo a uno, que si dándole la merienda y tal, pues los tienes más vigilados y... pero depende de esto, si están tranquilos...” (A4)

“Hemos tenido gente demenciada, con movilidad buena y tal, que sí hemos cerrado las dos puertas de, de la unidad, como son antiincendios, cuesta abrirlas, y entonces en un momento determinado que tú sabes que vas a estar en el control o en el ordenador y vas a oír las puertas si las van abrir, y entonces los dejas circular por, por el pasillo y tal, y con las orejas bien puestas y asomándote de vez en cuando, porque es que si no, no, es imposible poderlos controlar.” (E4)

Sin embargo, cuando algunos profesionales explican que retiran las contenciones, lo hacen a modo de prueba, sin plantear un plan de cuidados alternativo. Al contrario, consideran que en ese momento ya no son necesarias y por ello las retiran.

“Lo probamos, yo siempre digo ‘¡hay que probarlo!’. ¡Quitamos contención y probamos! ¿Que no necesita? No se pone. ¿Que la necesita? Se pone. Siem-, todo esto siempre por consenso por pruebas. Si tú ves que esa persona está más tranquila solamente conteniéndole una mano porque la otra lleva el suero, pues ya está. ¿Que esta persona, eh... solamente con la abdominal está tranquilo? Pues pruebas, ¿sabes? Vamos probando.” (A5)

“Yo pienso que ((cuando retiramos las contenciones)) no ((tomamos otras medidas)), que no... quizás más vigilancia, si se puede, estar un poco más pendiente y obviamente valorar si realmente está funcionando el retirar las contenciones, pero específicamente no, no.” (A7)

7.2.3. Las prácticas de resistencia frente a la aplicación de las contenciones físicas

En esta sección, se describen las prácticas de resistencia que desarrollan los profesionales, especialmente aquellos más críticos con el uso de las contenciones físicas, así como los principios y los valores que les motivan a realizarlas.

7.2.3.1. Las acciones de resistencia: actuando contra el uso de las contenciones físicas

A continuación, se detallan las acciones de resistencia, es decir, todas aquellas actividades realizadas por los profesionales con la intención de minimizar, directa o indirectamente, el uso

de las contenciones físicas y sus consecuencias. Entre estas medidas destacan el posicionamiento explícito contra las contenciones, la promoción de la movilización supervisada de los pacientes, la asunción de riesgos y la descontención.

Ante todo, los profesionales que llevan a cabo acciones de resistencia se posicionan explícitamente contra el uso de las contenciones físicas en la atención a las personas mayores. Especialmente, critican su uso normalizado y prolongado en el tiempo, haciendo hincapié en la ausencia de una reevaluación de la indicación que provoca que el paciente quede contenido indefinidamente, y denuncian el uso por conveniencia de los profesionales y los familiares.

“Yo siempre lo digo a mis compañeros -siempre, siempre lo digo- siempre digo: ‘¡Qué desastre tener que poner una contención! ¡Es que no me gusta nada!’. Ellos siempre se ríen porque es que siempre digo lo mismo, sí, siempre digo: ‘No, ¡no me gusta!, ¡no me gusta!’, porque empatizo con esto o pienso en un familiar mío.” (A3)

“A veces vas por algunas plantas y piensas: ‘¿Cómo es posible? ¡Es imposible que tengamos a tantos pacientes contenidos! ¡No puede ser verdad!’. [...] Yo se lo comenté a XX ((coordinadora de enfermería)) el otro día: ‘oye, vamos a repasar, que yo pasando visita he visto que tengo estos contenidos, ¿y por qué? No, no, no tienen que estar, en su momento sí, pero a lo mejor...’. A lo mejor indicamos, pienso ¿eh?, a lo mejor me equivoco. En momentos agudos se indicaría, pero después a lo mejor no hacemos el seguimiento que toca y, y la mayor parte de pacientes se pueden descontener mucho antes. [...] Tiene que haber una indicación de contención y una indicación de descontener, por favor, que aquí también fallamos todos.” (M3)

“Es muy importante que conste el tipo de sujeción, porque no es cualquier sujeción y en qué momento que eso es lo que yo creo que en el nuestro ((documento de consentimiento informado)) falta un poquito poner en qué circunstancias y por qué. No es porque sí, lo digo ahora ya me sirve para siempre. No, esta contención se pone ahora porque está agitado, porque si no ya se queda ahí, ‘esta sujeción es para siempre’. No. [...] Yo creo que es un documento que debería de tener fecha inicio y fecha fin, o indicaciones: aquí sí y aquí no. No firmo la sujeción y vale para siempre. No, es un documento que vale para esto y en estas circunstancias. [...] Hay veces que se perpetúan en el tiempo sin estar la causa inicial.” (M5)

Además, estos profesionales perciben que en estos hospitales las contenciones físicas se usan para proteger legalmente a los profesionales ante la falta de recursos humanos.

“Yo creo que, en, en el medio hospitalario lo están utilizando más para cubrir la responsabilidad de, del profesional. Porque con, con las ratios de personal que tenemos... están pensadas para población más joven y más autónoma.” (M6)

En su lugar, los profesionales consideran que las contenciones físicas sólo pueden justificarse excepcionalmente tras haber valorado, probado y fracasado otras medidas, únicamente como el último recurso para manejar la situación aguda. En este sentido, hay profesionales que las justifican temporalmente como una medida transitoria hasta que la medicación neuroléptica genere el efecto deseado en el paciente.

“Es la última actuación que tenemos que hacer. [...] Es que pienso que solamente en casos muy justificados, que de verdad corran peligro y que no exista el acompañante y que no se puedan vigilar, que se pueda esperar una contención química o un tratamiento, un neuroléptico o lo que sea, entonces en estos casos sí. Ahora, el resto de casos, simplemente este ‘por si acaso’, no.” (M3)

“Están las contenciones, pero es que yo no las planteo para la prevención de caídas, en absoluto. Nosotros las planteamos en unos momentos en que el paciente está descontrolado, que el riesgo de tenerlo descontenido... sea muy elevado. Mientras tanto... [...] Lo tenemos que reducir a estos casos en los que ves que está en peligro su vida, su integridad, su tratamiento... claro.” (M3)

“Yo creo que en eso a veces aún fallamos. Fallamos en decir: ‘¡oye! pero te estoy autorizando la contención para este momento en estas circunstancias, ¡no es una concesión para siempre!’, te autorizo la contención para esto y por eso, ¡no para toda la vida!” (M5)

En esta línea, algunos participantes reclaman la definición y el seguimiento de un protocolo que regule la aplicación de las contenciones físicas para que, en caso de usarlas, se haga con las máximas garantías.

“Lo que después sí tenemos que hacer es hacer un protocolo de contenciones, es decir, o seguir un protocolo de contenciones, es decir, tenemos que poner una contención que sea homologada, que sea durante un tiempo determinado, que sea autorizada... Esto quiere decir que hemos informado al paciente y a la persona que nos puede autorizar, que es ella o un familiar, tenemos que informar de los riesgos potenciales y después lo tenemos que llevar a la práctica con seguridad, durante el mínimo tiempo posible y buscando alternativas.” (M6)

En primer lugar, los profesionales con actitudes anti-contención física explican que tanto la prevención de la desorientación como la valoración y el tratamiento de la causa subyacente a la agitación son fundamentales para evitar recurrir a las contenciones físicas. Con esta finalidad, los profesionales están atentos a los pacientes y a su comportamiento para tratar de adelantarse a la aparición de las conductas que puedan desencadenar la aplicación de las contenciones. Además, revisan el tratamiento psicotrópico habitual de los pacientes e intentan reducirlo. En este sentido, los profesionales destacan la importancia de tener una correcta formación en geriatría y de conocer al paciente para así poder adelantarse a sus necesidades. Desde esta perspectiva, algunos participantes integran a los familiares en la valoración del paciente para conocer las causas que le llevan a levantarse, ya que el hecho de que el familiar sea quien más conoce al paciente le sitúa en una posición excepcional para identificar sus necesidades.

“Hay que ver ((la causa)), yo creo que primero y principal antes de poner, hay que descartar. Hay que descartar si tiene... por qué tiene este síndrome confusional, por qué está ansioso, eh... por ejemplo, si tiene una RAO ((retención aguda de orina)), si tiene un fecaloma están súper agitados, síndrome confusional hiperactivo. O un fecaloma, o por la medicación misma que toman también. Eh... hay muchos, por ejemplo, que toman dosis súper altas y nadie las revisa. Yo estoy... a mí me gusta más la parte farmacológica. Controlo mucho... soy de quitar, quitar, quitar.” (M2)

“La prevención de todos estos cuadros que pueden llevarte, eh... entonces intentamos la prevención del cuadro de delirio. ¿Cómo? Pues evitando vías, evitando sueros, evitando sondas, intentando tener al paciente centrado, los relojes, los calendarios, intentar luz, que el paciente tenga luz, que si hay un familiar dispuesto, integrarlo, intentar que te ayuden, que el paciente tenga cada día sus rutinas... Todas estas cosas indirectamente te ayudan, ¿a qué? A que no haya cuadros que me hagan contener a ningún enfermo, yo creo que de esto cada vez hay más cultura.” (M3)

“Si es un deterioro cognitivo leve, me iría a hablar con ella. Me acercaría a la habitación y empezaría a hacerle una pequeña entrevista, viendo si sus respuestas son acordes con una realidad... lúcida y orientada en todas las esferas, dentro de su deterioro cognitivo. Pues de acuerdo a eso, eh... involucraría a la hija: ‘vamos a ver qué es lo que ella, por qué quiere levantarse’. De repente quiere ir al baño... está incómoda en la silla... el pañal le molesta... tiene hambre... está con la tensión alta... y empezamos a hacer una batería de, de posibles cosas, pero estaría con la hija, en todo momento, yo. Y le diría ‘vamos a entre las dos buscar lo que le pasa’ y buscaría el factor que le está haciendo levantarse cada vez. Porque si tiene un deterioro cognitivo leve es porque puede deambular, pero si está ingresada es porque su movilidad puede ser un riesgo de caída, entonces lo veo con ella, y veo, eh, todos los factores, con ella.” (E3)

En esta línea, una enfermera destaca la importancia de la comunicación entre compañeros y cómo la información que se transmite a los médicos puede condicionar la prescripción de contenciones físicas.

La cultura de la contención física en el paciente geriátrico

“Creo que es porque el médico se fía mucho de, de la enfermera. Creo que nosotras, cómo le planteamos el escenario, también le das a él como, como esa certeza, como esa confianza, de decir ‘mira, hoy no lo sujetamos’ o ‘mira, hoy lo sujetamos’. Si te ves a una que te está llamando, te está diciendo por el teléfono ‘no, mira, el escenario te lo planto así’ ¿qué hay? ¿Qué estás haciendo con eso? ¡Estás pidiéndole a él que te prescriba una sujeción!” (E3)

Una vez descartada una causa orgánica, estos profesionales tratan de no ver los intentos de movilización y el vagabundeo de un paciente como un problema, sino como una necesidad inherente a su situación, lo que requiere de una comprensión sobre los síndromes geriátricos y conocimientos sobre su abordaje. Desde esta perspectiva, los profesionales fomentan la movilización supervisada de los pacientes y evitan de esta forma recurrir a las contenciones físicas. Para ello, es necesario el compromiso de todos los miembros del equipo, aunque también se intenta que participen los familiares. En este sentido, la rehabilitación aporta numerosos beneficios en la movilidad del paciente que acaban redundando en un menor uso de las contenciones físicas, aunque los profesionales denuncian que la cantidad de sesiones que se desarrollan actualmente son insuficientes.

“Porque, si no tiene alteración en la marcha, ella camina y va bien, no pasa nada que se levante varias veces de la cama, de la silla, ¡no pasa nada! O sea, que se levante y ande y que sí, si la hija la puede acompañar y está de cuidadora.” (M2)

“Es que el vagabundeo ni siquiera... no se trata. El vagabundeo en un paciente con demencia, que es un paciente que tiene una necesidad irresistible de caminar, siempre y cuando camine seguro, no hay que ponerle ni tratamiento físico ni farmacológico. [...] Al paciente con vagabundeo hay que dejarle caminar. Entonces dices ¿cómo lo voy a sujetar? ¡No!” (M5)

“Se nota mucho cuando, aquí, en el XX ((hospital)), cuando un paciente está contenido y empieza a bajar al gimnasio porque el fisio y el terapeuta empiezan a hacer propuestas de movilización y se van aligerando las contenciones que ponen en planta, ¿no? Esto es muy gráfico y es mucho, eh, aleccionador y muy ilustrativo y muy pedagógico.” (M6)

Desde esta perspectiva, para poder retirar (o no aplicar) las contenciones físicas con seguridad, los profesionales hacen un esfuerzo por adaptar el entorno y adelantarse a las necesidades que llevan al paciente a levantarse. En este sentido, los profesionales destacan la importancia de cambiar a los pacientes a los que se va a evitar contener (o descontener) a habitaciones individuales y lo más próximas posible al control de enfermería para garantizar una mejor supervisión.

“Hay que coger unas medidas que no son una contención. Que pueden ser las luces, que pueden ser la, la, las alfombras, que pueden ser que tenga agarradores, ‘es que se levanta siempre porque tiene hambre’, bueno, pues que tenga unas galletas al lado, que... ¡mil cosas!” (M3)

“Se puede cambiar la habitación, se pueden tomar otras conductas, ¿no? Se puede poner la habitación un poco más lejos de los otros pacientes, o estar en una habitación individual, eh... pero no estar poniéndole todos esos medicamentos, ¿no?” (M2)

Por todo ello, los profesionales más críticos con las contenciones físicas explican que ellos acostumbran a descontener de forma unilateral a sus pacientes, especialmente cuando los conocen y están acompañados. Incluso, enfermeras y TCAE comentan que ante algunas contenciones que se aplican de forma recurrente (por ejemplo, por las noches o durante la sedestación), ellas toman la decisión de no aplicarlas, tras haber valorado individualmente que el paciente no las precisa.

“Está la familia y está tranquilo: se acabó. Yo soy de las que sé dónde está el imán y sé dónde... sé que las auxiliares... bueno, ya lo saben. Ya no hace falta, pero sí que si lo veo tranquilo ‘cuando

esté la familia, se la quitamos, sino, mañana se le valora'. Sí, sí. En esto no tengo ningún problema." (M3)

"Pero yo si veo un paciente que está tranquilo y lo conozco y el motivo por el que se puso la contención ya no está, se retira... se supervisa, lo que tú quieras... Puede supervisarle el hijo, la auxiliar, quien sea... alguien que le eche un vistazo... o me lo llevo el control o me lo llevo a la terraza... pero yo sí, si lo puedo retirar, sí." (M5)

"Y en cama, normalmente, hay pacientes, por ejemplo, que yo veo que, que es, que es imposible que se vayan, de verdad, o sea es imposible y entonces, directamente de noche a lo mejor ya no los contengo. Hay pacientes que tú, que de no-, que de noche por la medicación y porque ya los conoces o porque como son largas estancias ya los conoces. Sabes que no hay ningún, o sea, que no hay ningún peligro de que se caiga. Entonces ya, no, no les contienes porque es absurdo." (A3)

"Cuando, entre plantas y la otra hacemos un traslado de un paciente por motivos X... eh... cuando llega, y llega con contención, y yo decido que no necesita porque está super tranquilo, pues es verdad que aquí la gente como que te... critica un poco, en el buen sentido, también, eh... de por qué la quitas si ya ha venido con ella, '¿y si ahora la lleva, porque la quitas?', ¿sabes? ¡Es decir, cuesta más quitarla que ponerla!" (E8)

En concreto, una enfermera explica que, cuando un médico ha dejado a su criterio la aplicación de una contención física, ella ha optado por no aplicarla y llevar a cabo una serie de medidas para buscar el confort y la tranquilidad del paciente. En estos casos, no sigue unas pautas estructuradas ni protocolizadas, sino que va probando lo que se les ocurre y valorando si funciona con el paciente en particular.

"Las veces que yo me he encontrado con esto ((que me dejen a mí la responsabilidad de sujetar)), no he sujetado a nadie. Lo que hemos tenido una mala noche... pasarlo con el paciente y a la mínima pues irlo a ver cada rato, mirarlo, ver si la medicación... Hemos tenido casos que hemos tenido que hacer dormir a alguien en el suelo, a consentimiento y hablando con la familia. [...] Lo primero, recuerdo yo pues que nos turnábamos, ¿no? Vamos a dividirnos el trabajo y cogerle la mano... Si hablaba mucho, pues tratábamos de... de hacerle un cambio postural, cambiábamos pañal, le dábamos de beber, una gelatina, le mirábamos el azúcar, le decíamos que tiene... Bueno, ¡una cosa de distracción! Muchas veces le decíamos 'mira, vamos a cambiarte el camisón, las sábanas, la entremetida'. [...] Pero las veces de eso, sí hemos podido hacerlo. Hombre, ha sido una noche que no duermes y son las seis de la mañana y caen rendidos del cansancio, como que otros no. Hemos... he tenido de todo, pero bueno es...eso ha sido hacer esas cosas espaciadas. Apagar la luz, poner una luz encendida poquito, dejarle la puerta del baño entreabierta con un poco de luz, darle... recuerdo que le dábamos algo en la mano. Bueno, había cosas que él traía, a veces tenían un peine, no sé qué cosas, a veces tenían abanicos y le decíamos 'mira, toma, cógelo' y el o las señoras, ¿no?, se abanicaban. Cualquier cosa que veíamos que..." (E3)

Además, esta enfermera señala que, cuando el médico ha prescrito la contención física a un paciente a su cargo, ella le ha reclamado que cumpla con todo el proceso legal para evitar su aplicación sin una valoración presencial de la situación y sin haber obtenido el consentimiento informado real de la familia. En cualquier caso, comenta que ella evita proponer la contención física como una medida a emplear en el abordaje de la situación.

"Lo primero que me puede decir ((el médico)) es 'bueno, ya le hemos hecho de todo, vas a tener que sujetarla, porque o se va a caer...y la hija no va a estar'. Yo le voy a responder: '¡pues lo tendrás que prescribir!'. Me he encontrado a médicos que no saben que tienen que prescribirlo. Que '¿qué es esto? ¿esto cómo lo tengo que hacer? ¿esto dónde está?'; 'Pues tienes que facilitarle una hoja, que es el consentimiento'. Lo hablas delante de la familia, porque él te lo está sugiriendo delante de la familia. Entonces él le va a tener que explicar, es lo que yo hago, lament-, es lo correcto, pero no todos hacemos. Entonces él se lo va a explicar y le dices 'vale, cuando ya se lo haya explicado, lo tendrás que prescribir'... '¿lo ha entendido? ¿está conforme?, vale, pues llena un formulario' y luego tiene que ir a la intranet. [...] Pero muchas veces hay médicos que no

se involucran y te lo dicen por el teléfono, y tú le tienes que exigir '¡tienes que venir a contárselo a la señora! ¡Tienes que venir a firmar el papel!'. Y a la familia se le, se le informa en todo momento, porque es a partir de ella quien va a autorizar o a no autorizar. Pero yo he tratado en lo posible de no decirles nunca 'mira, hay una sujeción que evita que se caiga', no. Yo lo que siempre les he dicho es que 'el estar con ella es muchas veces muchísimo más efectivo que sujetarlo, pero ahora vendrá el médico a darle otra solución'." (E3)

En esta línea, algunos profesionales identifican la descontentación como la mejor opción para evitar accidentes. En concreto, al ver la figura 3 del paciente que sufre una caída desde la cama al estar contenido, explican que la mejor forma para haberlo evitado es que el paciente no hubiese estado contenido y que se hubiesen tomado medidas alternativas, pero en cualquier caso libre de contenciones físicas, incluyendo el no uso de las barreras en cama.

"Sin, sin contención. Dedicar tiempo, porque la gran mayoría de caídas, si te fijas, siempre son de día, no de noche, porque de noche es que la gran mayoría tienen medicación para dormir, entonces, claro, es muy difi-, es muy raro, que ocurran estos episodios de noche. Es más durante el día, que tienen como más tiempo de... están mucho más activos, están muy, todo el rato molestos con esto... están... o sea, se ponen agresivos, se ponen estresados." (A3)

Para llevar a cabo estas acciones de resistencia, los profesionales explican que es necesario asumir riesgos. Los profesionales razonan que el riesgo cero no existe ni es asumible a costa del uso indiscriminado de las contenciones físicas, por lo que instan a sus compañeros y a los familiares a asumir el riesgo de que el paciente se pueda caer y a plantear cuidados alternativos que ofrezcan la mayor seguridad posible.

"Tú asumes un riesgo cuando le quitas la contención a un paciente o cuando ni siquiera lo planteas, porque seguro que hay un riesgo, pero tú lo asumes, lo asumes y lo compensas." (M3)

"Pero a mí me da miedo cuando pasan estas cosas de eh... que no lo quiero contener y es un paciente psiquiátrico, se escapa, ahí me trae dudas, ahí me trae dudas. No sé... ¿y si no lo contengo y se escapa? Porque yo tengo un paciente también y se escapaba y se iba a la casa de su hermana constantemente. Eh... y constantemente la hermana después lo traía en el bus. Y se escapaba, no sé, dos veces por semana. Pero no voy a contener todo el tiempo, entonces esta... sí tuvo un accidente, pero bueno. ¿Qué lo voy, a contener todo el tiempo en una silla? ¿Así, tres meses, hasta que salga el ingreso? ¡No! Se le explicaba que ella si no podía pues venir a cuidarlo, que se iba a escapar y eso eran las consecuencias." (M2)

En cualquier caso, para evitar el uso de las contenciones físicas en el cuidado de un paciente, estos profesionales reconocen que es imprescindible dedicar más tiempo y atención a estos pacientes. En este sentido, varias profesionales (una de ellas con experiencia en diferentes centros asistenciales) describen cómo las enfermeras y las auxiliares descontentan a algunos pacientes a los que acercan al control de enfermería el tiempo que ellas permanecen ahí, integrándoles en sus actividades laborales.

"La responsabilidad mía sería pues organizar mi tiempo para poder estar, con, en mayor vigilancia a este paciente, tener mucha más vigilancia a este paciente que yo he decidido descontentarlo, que es lo que ocurre cuando voy de noche y veo que, que el paciente no, no, no está haciendo nada, está dormido y no... Y entonces, claro, estoy pendiente y cuando hay algún ruido enseguida estoy ahí y no ha pasado nada." (A3)

"O también lo que se hacía mucho en el XX ((hospital donde trabajaba anteriormente)) es que, todos aquellos pacientes que tienen riesgo de caída pero que estaban solos, les poníamos delante, con nosotros en el control de enfermería y ya los vigilas todo el tiempo y ya no necesitan contención, a lo mejor. O sí, ¿eh? Pero ya hay... evitas un poco más... es decir, intentas alargar el tiempo de ponerle la contención. Aquí ((hospital actual)) yo no lo he visto, no he visto nada para tener más vigilado a un paciente, por ejemplo, para evitar la contención." (E8)

“Según cuando pases, según qué enfermera esté, te los encuentra sentados en el control. Está sentado en el control, la enfermera demasiado tiene que hacer que además lo está supervisando, le está dando charla, y el paciente está sentado tranquilo en el control. Eso sí, es verdad que la enfermera, la pobre, no para de trabajar, pero está implicada, le está dando charla y al paciente no ha habido que pincharle con la medicación ni contenerle. Y pasas en otro turno y te encuentras al paciente o dando gritos o te llaman porque está agitado... es verdad que a veces no tienes tiempo, pero si se maneja con medidas no farmacológicas por qué le voy a pinchar, si solo quiere... vamos a sacarlo a pasear, llamemos a un voluntario y se le pasea. Igual, y con el caminar, igual más de una más de una vez según con quién esté te lo encuentras sin sujeción o con sujeción física o farmacológica.” (M5)

Además, los profesionales argumentan que la aprobación de los familiares es fundamental para no contener físicamente a un paciente, por lo que además tratan de involucrarlos en los cuidados.

“Lo primero, hay que involucrarlos ((a los familiares)). Yo creo que, si los involucras, puedes tener un, un apoyo emocional, ¿no? De que lo último que vas a sugerir va a ser esto y de que lo último que va a hacer el médico será esto. Y ellos lo toman diferente, ‘ah vale, pues mira, nos vamos a quedar.’ Sí, porque les empiezas a poner un escenario diferente, ‘es que las sujeciones pueden ser difíciles, también se puede hacer daño, no sabemos cómo va a estar... tú imagínate que va a estar solo, aquí por la noche también va a estar solo, y tanto una como otra cosa puede hacerle daño’ – ‘bueno...’.” (E3)

“Es verdad, se puede caer, pero también se puede caer con la contención, porque en un momento se la ha quitado. Puede ser un problema de conciencia ‘¿y si se me cae?, somos cinco hermanos y, si se me cae a mí, ¿qué pasa?’. Pues hay que hablar con los cinco hermanos, comentarles que ‘se le puede caer a usted, o se me puede caer a mí, o se le puede caer a una enfermera que esté de turno, pero que es mucho peor tener un paciente, psicológicamente y físicamente, atado, que no asumir el riesgo en esta persona’. Si hay un momento puntual, hay que hacerlo, pero esto también les tranquiliza ‘ay, se lo diré a mis hermanos, sí, sí, ¡haremos una reunión!’. Es un riesgo que hay que asumir que tienen que tener todos en mente. Y que se caiga, es posible que se caiga, pero hay que coger unas medidas que no son una contención.” (M3)

“Yo a veces les digo a los familiares ‘a ver, ¿qué vamos a tenerlo contenido eh... los 5 meses que esté ingresado? Lo mejor es buscar un cuidador’. O sea, necesita, o sea lo siento mucho, a veces hablo con los familiares, pero este paciente ya nosotros no podemos hacernos cargo 24 horas. Y están los enfermeros trabajando muchísimo y lo que necesita este paciente es un cuidador. Porque si tú tienes un cuidador al lado, no necesitas de ninguna sujeción. Entonces muchas veces se resuelve hablando con el paciente, con el familiar. Lo que necesita no es que lo aten, lo que necesita es que alguien lo cuide, ¿no?” (M2)

7.2.3.2. La defensa de la autonomía y la dignidad: motor para las acciones de resistencia

A continuación, se exponen los valores y los principios que, según los profesionales que llevan a cabo acciones de resistencia, justifican su posicionamiento y su práctica en relación al uso de las contenciones físicas. Especialmente, cuestionan el absolutismo de la seguridad en la justificación del uso de esta intervención, defendiendo que se trata de una práctica maleficente y contraria a la autonomía y la dignidad de las personas cuidadas, por lo que sostienen que es necesario llevar a cabo unos cuidados que prioricen su dignidad.

Pese a que los participantes con actitudes más críticas frente al uso de las contenciones reconocen que la seguridad física del paciente es una de sus principales responsabilidades en su práctica asistencial, rechazan que este principio deba guiar a toda costa el cuidado de los

pacientes. En concreto, denuncian que el miedo a los accidentes (especialmente el miedo a las caídas) y a las lesiones físicas sea el principal motivo de uso de las contenciones físicas, sin que se tengan en cuenta los daños físicos y psicológicos ocasionados por su aplicación. Igualmente, expresan sus dudas respecto a la indicación de las contenciones cuando es el propio entorno hospitalario el que puede comprometer gravemente la seguridad del paciente.

“Yo creo que sí que hubo una época que primaba la seguridad, y es verdad que la seguridad es primordial en cualquier hospital o en cualquier centro, o sea, todo lo que va en contra de la seguridad del paciente es malo. Pero no hay que llegar al extremo de tener al paciente contenido porque ‘si no se nos mueve, y si no toca, y si no...’. Yo lo vivo así, yo lo tengo clarísimo.” (M3)

“Creo que es miedo, miedo a que se lesione, miedo a que se caiga, que se fugue, miedo a que se quite una vía y luego tengo que cogerle otra vía, o se puede hacer daño al quitarse la vía, no creo que sea sólo miedo a tenerle que coger otra vía, creo que es miedo a lesiones. Pero se nos olvidan las lesiones de las sujeciones, sean físicas o morales que decíamos antes, o psicológicas.” (M5)

En relación a la seguridad legal que aporta la utilización de las contenciones físicas a los profesionales, hay participantes que desconfían de si este uso puede generarles problemas legales, en lugar de protegerles, especialmente ante la creciente toma de conciencia por parte de los usuarios respecto a sus derechos. Además, expresan dudas sobre su grado de responsabilidad respecto a la seguridad del paciente, lo que les provoca miedos a retirar las contenciones físicas.

“Yo pienso que contra la voluntad del paciente o tal, no se deberían utilizar, porque luego además nos viene un problema. Porque pensamos que son seguras, y como ya hemos visto que no son seguras, si encima tenemos un problema, ahí ya tenemos un problema gordo.” (M5)

“Yo no sé a veces tampoco, porque no sé si hay una normativa o no, cuál es responsabilidad... cuál es la cuantía de mi responsabilidad o la responsabilidad de fuera. A veces eso es lo que no sé. Que no sé, por ejemplo, bueno, ahora no lo contengo, ¿y si se cae, y si se va a la calle y lo pisa un coche? ¿es mi responsabilidad, realmente? ¿Porque realmente era psiquiátrico no lo contuve? Entonces ahí es cuando da miedo a... no quitar la contención, por miedo a, a... a que sea un tema legal, ¿no? Eso también, también da dudas, no sé.” (M2)

“El término de la seguridad ha sido la cuestión donde es, es, el hospital de alguna manera ha sido muy riguroso a la hora de justificar la mayoría de, de contenciones que está utilizando. Pero yo creo que esto entronca un poco con la idea de medicina defensiva, que viene muy influenciada, por ejemplo, de la cultura de Estados Unidos, que es una... se hace mucha medicina defensiva y es, en cierto punto, también aquí cuando la población está logrando niveles de, de conciencia de derechos y de, de cultura sanitaria, que va siendo cada vez más culta, es lógico que, cuestiones como esta generen más conflicto para que los pacientes también reclamen su derecho a, a moverse y a tener más libertad de movimiento” (M6)

Frente a la no maleficencia por la que se justifica el uso de las contenciones físicas, los profesionales más posicionados en su contra lo denuncian como una práctica maleficiente.

“Todos decimos ‘bueno, lo hago por un bien’, ‘Vale, se la he puesto porque yo pienso que si se mueve se va a caer’. Vale. ¿Beneficencia? Ya, pero ¿el paciente te puede dar su consentimiento? ¿sabe hasta dónde llega? Quiero decir, porque es lo que te digo un paciente competente, pues a lo mejor te lo dice que sí, pero a los que se las ponemos no suelen ser competentes y ni siquiera el familiar que te suele dar permiso es competente o entiende hasta dónde, que hay otras vías, o sea, no está informado. Por eso te digo beneficencia dudo, dudo que haya un bien, dudo que no se pueda hacer otra cosa con lo cual, el principio de beneficencia, no. Vale, maleficencia tiene muchas posibilidades de estar aplicando maleficencia, y eso sí que lo tenemos prohibido todo el personal sanitario. Autonomía, ¡no te cuento!” (M5)

“Cuando lo sujetas, tú tienes que evitar que se haga daño si está agitado, porque al final la contención es un... es un trapo, una tela, que si tú tiras de ella, te haces daño. Entonces, al final lo tienes que cuidar que no se haga... [...] Más bien le estás haciendo daño” (E3)

“((Retiro las contenciones)) Porque me parece que es, es... el, el, el derecho de libertad que tiene el paciente que, y a parte creo que, que no resuelven nada, que no son resolutiveas, o sea, muy... cuando están agitados, agitados, y tienen vías que se las arrancan, lo entiendo, pero en el momento en el que luego ya están tranquilos, es que no me, no, no disminuyen el riesgo de caídas. [...] Yo creo que es más riesgoso que quitarla.” (M2)

Sin embargo, ante la presencia de importantes riesgos externos al paciente, los profesionales con actitudes anti-contención se plantean el uso de las contenciones física como un mal menor. En concreto, se cuestionan hasta qué punto están justificadas las contenciones físicas para evitar un daño al paciente, teniendo en cuenta las complicaciones asociadas a su uso.

“Es que, bueno, si dejas al paciente con demencia vagabundear en una institución que están las puertas abiertas, todo libre, escaleras, tal... pues un paciente con Parkinson y con demencia, si yo no le dejas caminar con un sitio con precaución es que se me va a matar por las escaleras... ¿es mejor eso o la contención? ¡Pues la verdad que tampoco lo tengo claro!” (M5)

“A ver, es muy complicado, porque tú dices ¿hay que tener a alguien atado? ¡No! A nadie le gustaría estar atado. Pero claro, tú, esto se hace, como tantas otras cosas que hacemos, mirando por el bien del paciente, ¿no? Por un paciente pues eso, pues que está en una situación especial pues de violencia o de agitación o de tal, que, que no es consciente de sus limitaciones o su estado de agitación no le permite eh... controlarse y entonces pues no, no son capaces de parar, de estar tranquilos. Y... a mí me parece que, que es una de las formas, y no la única, por supuesto.” (E5)

“Sienten que es un bien sujetarlos y contenerlos, eh... Es porque no se ponen en el lugar del paciente tampoco. Pero es privarle de la, de la... es privar... privarles de su, de su autonomía, ¿no? Yo creo que está mal. Eh... y yo creo que piensan que es más seguro, que es más seguro y que no se van a caer, y yo creo que no, que ya con el hecho de las barandillas, como la semana pasada se quedó una paciente por encima, es más peligroso que salten la barandilla y que se, y que se caigan ahí.” (M2)

Los profesionales con actitudes anti-contención critican que el uso de las contenciones físicas prácticamente siempre es contrario al principio de autonomía de los pacientes. En este sentido, es habitual que los pacientes rechacen ser contenidos, incluso aquellos con deterioro cognitivo o con cuadros confusionales. Desde esta perspectiva, la descontención de los pacientes se hace por reconocimiento y respeto a su autonomía, aunque para los profesionales es más difícil llevarla a cabo cuando se trata de pacientes con deterioro cognitivo.

“Es que casi casi todos los pacientes confusionales que hemos tenido que contener, ninguno ha querido. Todos han rehusado, nos han empujado, nos han tirado, nos han pateado, han empezado a tirar... ¡de todo!” (E3)

“También me ha pasado que el paciente me ha dicho ‘¿pero por qué tengo esta contención?’ porque no era mi paciente, y viene por ejemplo otro de guardia y dice, ‘¿pero por qué tengo acá esta contención? Si yo no la necesito’. Y muchas veces revisas, y tiene razón, no tiene por qué tener la contención. Muchas veces tiene razón el paciente. Y cuando es en contra de su voluntad, yo ‘¿usted no quiere una contención?’; ‘no’; yo le explico los riesgos: ‘tiene una fractura de cadera, si usted se levanta, se puede caer y fracturar. Es su responsabilidad, si es consciente de todo, no tiene deterioro cognitivo, es lo que le advierto. Si usted se, camina y se levanta -porque ya había pasado y por eso después lo contuvieron-, usted es el responsable, yo no seré responsable, porque usted está bien de aquí, no tiene ningún deterioro cognitivo’. Si es consciente de lo que hace, entonces la responsabilidad es de él. Yo le tengo que decir las cosas, pero yo por eso no voy a atar al paciente, no lo voy a atar a una silla, porque el paciente, es su vida, es autónomo y puede hacer lo que quiera, es su responsabilidad.” (M2)

Además, uno de los médicos participantes, defiende que, ante la falta de respeto al principio de autonomía, debe primarse el de proporcionalidad en el uso de las contenciones físicas.

“Parece como si nos hubiésemos olvidado un poco de las personas mayores, de su autonomía, es verdad, en según qué ámbitos, ¿eh? Y... y todavía... Es un conflicto que está encima de la mesa y que lo tenemos, eh... es como una patata caliente. Lo tenemos en las manos, nos cuesta reaccionar bien delante de esta situación, nos supone una responsabilidad directa porque nosotros intervenimos, y también, bueno, es decir, es una... éticamente tenemos que estar a la altura para, sobre todo, que veamos que las medidas que hacemos son proporcionadas, ¿eh? Es decir, creo que lo que no entenderíamos sería utilizar medidas desproporcionadas. En este sentido, intentamos humanizar las medidas. [...] Sería absurdo utilizar la mesa solo para restringir el movimiento, teniendo, una, una contención con cintas estándar, que seguramente sería más funcional para el paciente para evitar que se haga daño, por ejemplo. Este sentido ético pasa por la función que nosotros damos a las contenciones, si son puramente restrictivas o si también contribuyen a hacer algún tipo de tratamiento alternativo.” (M6)

Los profesionales consideran que las contenciones físicas atentan contra la dignidad de las personas mayores y algunos de sus derechos básicos como el derecho a la libertad de movimiento.

“Y sobre todo para su dignidad, para su dignidad propia, aunque ellos no puedan defenderla, tú como médico, enfermera o su padre o su marido o su hijo, tal, también tiene que defender su dignidad. Y seguramente el estar atado no es lo más digno que haya.” (M5)

“La pérdida de autonomía, de libertad, no sé, no tienen autonomía, pierden la dignidad...no sé. Es que todo, o sea yo me veo a mí misma contenida y es horrible, o sea que no...” (M2)

“Suponen una restricción de la libertad... individual... Y éticamente son reprobables, porque la libertad de la persona es una... y su libertad de movimientos es una..., digamos, es un derecho inalienable de la persona, ¿no? Y... Esto comporta que, necesariamente, se tenga que informar de su uso y de su indicación y pedir el consentimiento informado... en los pacientes que sean competentes y, si no, en su, en el, en sus representantes legales o... de manera subrogada” (M6)

“Es quitar a una persona un derecho que tiene. Es lo mismo que si le quitamos la comida. Tenemos necesidad de comer, sí. Tenemos necesidad de movernos, sí. Tenemos necesidad de respirar, sí. [...] Todos tenemos derecho a una movilidad, todo el derecho tenemos.” (M3)

Tras todo lo visto, una médico explica que el uso de las contenciones físicas es aún más reproducible cuando se aplica en el cuidado de las personas mayores, debido a su dificultad para comprender la situación y expresarse.

“Cuando me llaman de una guardia ‘paciente agitado’ y llego yo y lo veo con el tórax, las manos atadas, digo ‘a mi si me ponéis así, grito así o más fuerte’. Claro, sobre todo, en pacientes que normalmente cuando están confusos, con demencia, con lo cual ni siquiera entienden... tú a una lesión medular, un ictus severo, que no tienen control del tronco le explicas, ‘te voy a poner este peto porque si no te vas a la derecha, y tal, cual’, seguramente lo entienda, o un paciente que le digas ‘te voy a poner este yeso’, pues ‘vale, estoy limitado con el yeso, ¡claro que estoy limitado! Pero lo entiendo, lo acepto y no sufro por ello, sufro porque me molesta, pero lo acepto a cambio de un bien posterior’. Pero yo creo que justo en las personas que más utilizamos las contenciones, que suele ser el paciente psiquiátrico o el paciente geriátrico, ies que encima no tienen ni opción a entenderlo! Porque se lo puedo contar, pero le puedo contar mil cosas y no las va a entender. Entonces es complicado. Yo sí que creo que hay un componente moral y ético en el punto que no son muy aceptables, o sea, que hay un riesgo mayor imposible de prever de otra manera, pero yo creo que no, porque ellos no te pueden decir lo que sufren.” (M5)

7.2.4. Las consecuencias del uso de las contenciones físicas

A continuación, se exponen las consecuencias del uso de las contenciones físicas en los usuarios, incluyendo a los pacientes y a sus familiares; y, posteriormente, en los profesionales y las instituciones.

7.2.4.1. Las consecuencias del uso de las contenciones físicas en los usuarios y su vivencia

En este apartado, se describen, por un lado, las consecuencias que derivan del uso de las contenciones físicas sobre el paciente, destacando las consecuencias sobre su movilidad, a nivel físico y psicológico. Por otro lado, se recoge cómo los profesionales describen la vivencia de los pacientes al estar contenidos, así como la de sus familiares.

Por un lado, en relación a las complicaciones de las contenciones físicas, los profesionales destacan en primer lugar el impacto sobre la limitación de la movilidad física para los pacientes, lo que produce una pérdida importante de su autonomía. Por ejemplo, los pacientes contenidos no pueden realizar actividades básicas como rascarse la cara o la barriga, girarse en la cama o ir al baño. Incluso, los profesionales reconocen que justamente esta limitación de la movilidad física que inevitablemente provocan las contenciones es contraproducente para el propio proceso de recuperación y rehabilitación por el que el paciente ingresa en estos hospitales. Además, los profesionales hacen alusión a la sensación de estar atado o como un prisionero secundaria a la imposibilidad de moverse que generan las contenciones físicas. Por todo ello, los profesionales coinciden en que para ellos sería muy desagradable estar contenidos y sufrir estas limitaciones para actividades tan básicas.

“Sí, tiene consecuencias, porque un paciente que está contenido, si ya de por sí se mueve poco, el hecho de que esté contenido va a hacer que todavía se mueva menos, cuesta mucho más movilizarlo, cuesta mucho más levantarlo, pues a lo mejor se limita un poco, no sé, lo que es... todo lo que él podría hacer a lo mejor al estar contenido no lo hace tanto como podría.” (E1)

“Estamos con una población de edad avanzada que, además, tiene ya problemas de movilidad. Si les haces perder lo que les queda, les estás condenando a no tener nada de autonomía.” (E2)

“Le estás impidiendo moverse, que al mismo tiempo a lo mejor es parte de su tratamiento, el moverse más. Si se moviera más, se recuperaría antes.” (E4)

“Si él quiere levantarse o moverse, se siente como, como, como un prisionero, yo diría, ¿eh? Esto si está consciente, que se dé cuenta. Yo me sentiría así. De hecho, los hay que quieren ir al baño y no pueden porque están atados, les estamos privando de esto. Les estamos privando de hacer lo que ellos en su casa harían cotidianamente, o de caminar, o... y después vienen aquí para hacer rehabilitación y les enseñan a caminar y después nosotros les atamos. Es un poco contradictorio, para según qué es bueno, pero también lo estropeamos.” (A6)

Incluso, varios participantes explican que los pacientes acaban acostumbrándose a la contención. En concreto, una enfermera explica que, cuando el paciente es portador de contenciones físicas durante un periodo prolongado de tiempo, las acaba integrando como algo propio, de tal forma que asume que debe permanecer quieto y se “olvida” de moverse.

“La consecuencia es que lo... a tal punto está tan inmóvil, llegas a un momento en que te contienen medicamentosamente y estás con una cosa ahí, que ya se vuelve parte de ti, estás así siempre. No sé, de repente le vas a decir que se incorpore y él va a decir ‘no, no puedo, claro, si siempre he tenido una cosa aquí que me tira, entonces lo he hecho una parte de mí’. Entonces,

no va a poder levantarse solo de la cama. O, o lo que a veces también puede ser, depende de dónde se ponga la sujeción, depende, si está siempre con un peto en la silla, el quererse él recolocar, también, no fuera ni tampoco liberar eh... los glúteos, va a ser siempre así. Y te encuentras que hay una úlcera, y tú te pones a pensar 'pero si te puedes hacer así', sí lo puede hacer, pero ya se olvidó." (E3)

En segundo lugar, entre las complicaciones físicas asociadas a las contenciones físicas, los profesionales hacen referencia principalmente a la aparición de heridas cutáneas debido al roce con la contención y de úlceras por presión debido a la inmovilidad provocada, entorpeciendo la curación de las ya presentes. Además, identifican la aparición de hematomas debido al roce con los dispositivos o de edemas en las extremidades debido a que han quedado atrapadas en las barreras. Una profesional -con actitudes anti-contención y que realiza prácticas de resistencia-denuncia otras complicaciones físicas secundarias a las contenciones físicas como la atrofia muscular o la incontinencia urinaria y fecal.

"A nivel de la piel, hay que tener mucho cuidado porque pueden producir úlceras. Entonces, claro, sí, hay que procurar no dejar arrugas, que no quede una tira por debajo suyo mal puesta." (E5)

"Primero, eh... lesiones. Pacientes tienen, tienen eh... fragilidad capilar, esta fragilidad... cutánea, sí. Laceraciones, heridas, eh... estar inmóvil todo el día, síndrome de inmovilidad, atrofia muscular, eh... úlceras, porque están todo el tiempo en la misma posición y puede predisponer a úlceras. [...] Al final pierden su autonomía y al final terminan teniendo incontinencias urinarias, incontinencias fecales..." (M2)

"La consecuencia más directa que podría tener una contención es provocar hematomas, que eso también lo he visto, claro, de... de la propia contención, si el paciente intenta salirse, se mueve está un poco más agitado, claro que se pueden hacer ellos mismos hematomas." (M4)

"Úlceras por presión que van a peor cuando estamos conteniendo al paciente." (M6)

Por otro lado, y pese a que no es una de las principales complicaciones identificadas, algunos profesionales afirman que el uso de las contenciones no exime de la aparición de complicaciones como las caídas, tal y como muestra la figura 3 que se les muestra durante la entrevista. Además, los participantes consideran que las lesiones asociadas a las caídas que se producen son peores a causa de la contención física. Especialmente, identifican este riesgo cuando los pacientes intentan salir de la cama con las barreras y/o la contención abdominal puestas. Este tipo de lesiones son conocidas por ellos, pues muchos reconocen haberlas presenciado.

"De hecho, hay pacientes que, incluso con contenciones, se caen, porque se deslizan y pasan por debajo de la contención." (E2)

"El hecho de haber estado contenido, sí que le ha agravado el tipo de caída, ¿sabes? Porque de lo otro igual hubiese salido, se hubiese resbalado, pero aquí sí que el haber estado contenido ha hecho que al final la caída sea peor." (M1)

"((Al ver la foto)) ¡Dios, por favor!... Sí, se da, se da. Yo he visto a un señor que se cayó de una cama y se fracturó el hombro. [...] Sí, yo esto lo he vivido, yo esto lo he visto. He visto pacientes... horrible... he visto un paciente en el suelo que se fracturó un brazo con esta contención." (A7)

Desde el punto de vista de los profesionales, estas caídas pueden explicarse, principalmente, por una mala aplicación de la contención o, incluso, por su propio diseño, como en el caso de las barreras de la cama. De forma general, los participantes consideran que es un riesgo difícilmente evitable, aunque para reducir las posibilidades de que ocurra proponen más contención, ya sea física o química. En concreto, ante lesiones como las de la figura 3, hay profesionales que se reafirman en el riesgo que suponen las contenciones de un solo punto y la necesidad de aplicarlas de 3 o 5 puntos.

"((esta contención)) debería estar mal puesta ¿no? [...] A lo mejor este hombre, no sé, este paciente cómo debería haber estado contenido, pero debería haber estado a lo mejor contenido de cintura y de pie... y a lo mejor incluso de la mano, también. Porque tampoco no sé la situación del abuelo, porque es un abuelito. Pero bueno, algo... aquí falla la contención que está mal puesta. Creo. [...] Con medicación también, evidentemente. A lo mejor, si estaba tan agitado, a lo mejor habría que haberle dado algo para que estuviera más tranquilo... para evitar... es que sé, para evitar esto... como no sea más vigilancia, ¿Cómo puedes evitar esto? Esto solo se puede evitar con más vigilancia o más contenido, incluso." (A2)

"En principio se tendría que poder evitar. (4) Se debería de poder evitar. Ahora, es verdad que estas cosas pasan. No parece verdad, pero pasan, pasan. A lo mejor ((se podría evitar)), mejorando la medicación. (9) No sé supongo que, con la medicación, porque ya lleva barreras, contenciones... ¡ya lo lleva todo!" (E7)

"¿Minimizar el riesgo de que ocurran? ¡Es muy difícil! Hombre, lo primero, que estén bien puestas las contenciones, porque a veces esto pasa mucho, que se pone muy mal, en mal sitio, o demasiado apretado, o demasiado floja, o demasiado abajo o demasiado arriba... Claro, eso tiene una posición correcta para que se esté correcta, pero también supongo que, no sé... vigilar un poquito más a los pacientes, para que no sucedan estas cosas, pero tampoco es muy posible, por lo menos donde yo trabajo, la cantidad de pacientes que asume cada enfermera y auxiliar es increíble, es imposible mantener una atención personalizada, ¡es imposible, imposible!" (A7)

Sin embargo, otros profesionales, habitualmente con actitudes más contrarias al uso de las contenciones, consideran que esta situación podría haberse evitado si la actuación profesional hubiese sido distinta. En concreto, destacan la importancia de haber realizado una correcta valoración del paciente, incluyendo su patrón de sueño y su medicación, entre otros aspectos, para determinar si el paciente pudiese estar sin la contención. Además, recalcan la importancia de adaptar el entorno y el mobiliario para que, en caso de caída, las consecuencias hubiesen sido menores.

"Se puede evitar no, se debe. Esto no tiene que pasar, claro. A mí es que me parece terrible que... ¡evidentemente algo hemos hecho mal! Se tiene que evitar, aquí hay que ver punto por punto qué ha pasado. Esto no debería de pasar nunca. No. Que ha pasado, ¡eh! En todos los hospitales ha pasado. Y encontrarte con una contención quitada, también, ¡eh! Por eso te digo, debería dar más trabajo, sí, debería. Esto, para que no pase esto, ¡jala! Todo, punto por punto. La indicación, (2) la patología, la medicación, la movilidad, ver qué ha pasado. Aquí hay que repararlo todo, todo. La valoración geriátrica integral, todo. ¡Uf, es terrible cuando pasa esto!" (M3)

"Se ha hecho más daño en los brazos desde la barrera. Se ha hecho daño aquí en la pierna porque le ha tirado la sujeción. [...] Creo que lo que le ha hecho daño han sido las barreras y la sujeción, está... todavía está más largo aquí, es que está... [...] ((Se podría evitar con)) Barreras bajas, hablar si sabemos historia de su sueño, que tenga la cama más, más abajo, acompañarlo... lo que haría primero, y si está sujeto -porque me lo encontraría sujeto-, pues de repente no, no le tendría las barreras ahí y no tendría la cama tan alta. No tendría esa mesita ahí porque al, al caer de repente se ha lastimado alguna de las crestas iliacas... Un escenario diferente hubiera hecho, De repente, una almohada, algo en el suelo para que no se haga más daño... ¡Algo así!" (E3)

En tercer lugar, los profesionales reflexionan sobre cómo creen que es la vivencia de la contención física para la persona mayor y cuáles son las consecuencias psicológicas de ello. Por un lado, en relación a la vivencia de los pacientes al estar contenidos, los profesionales explican que para los pacientes se trata de una experiencia negativa y desagradable que les causa sufrimiento y que no entienden, en la que pueden llegar a sentirse atados, encerrados, minusvalorados e, incluso, castigados, atacados o maltratados. Además, consideran que cuanto mayor sea el grado de restricción aplicado, más traumática puede resultar para el paciente.

"Porque es como se sienten: no contenidos, se sienten atados." (A1)

“Es verdad que a veces crea un poco de angustia, también en pacientes que precisamente estén desorientados el verse pare-, se sienten como que están encerrados, ¿no? Pero es que precisamente se ponen por eso, porque si no...” (E1)

“Yo creo que tiene que ser muy desagradable y una sensación como de... de castigo, seguramente, de que han hecho algo mal. No... no creo que lo perciban como ‘¡uy, me voy a caer, me van a proteger!’. No, porque ellos si no, no se levantarían. Entonces, ellos lo tienen que percibir como algo horrible y como una sensación, pues eso, de castigo o de algo malo.” (M1)

“Me hizo mucha gracia un paciente que tuvimos que me decía ‘¿Y por qué me pones esto?’; ‘es para que no te caigas’; y dice ‘¡no! ¡Porque yo no he robado nada!’; y digo ‘no, no es porque hayas robado, no has robado nada, ni es un castigo, es para, para que estés tranquilo, para que no te caigas’. Son pacientes que están desorientados, son pacientes que tienen deterioros cognitivos graves ya bastante avanzados y tal, y a veces no entienden por qué se las pones.” (A4)

“¡Uf! A mí es que me agobiaría un montón estar contenido, demasiado. Y que quiera ir al baño y no, y llamar y, o si no hacértelo encima... sería super agobiante, para mí. En cama aún más, porque sentado bueno, pero en cama aún más. Y ellos supongo que igual.” (E6)

Como consecuencia de ello, los pacientes piden a los profesionales que les retiren la contención o, incluso, tratan de quitársela ellos mismos.

“Muchos están obsesionados ‘¿tienes un cuchillo?’, ‘¡préstame las tijeras! ¡Esto lo tengo que cortar!’. Y a lo mejor tienen demencia, pero están todo el rato, y le dan vueltas al imán. Eh... y... sí, a veces están obsesionados ‘¡quítame esto, que me aprieta!’. Y no les aprieta, porque por supuesto lo compruebas, ¿no? Pero muchos se... están obsesionados no, con la contención. Y... dicen que no les deja respirar, o... Cada paciente tiene su, su cosa, pero que es verdad que muchas veces se obsesionan y se ponen, algunos se ponen como muy nerviosos con la contención.” (E5)

“¿Qué se hace una vez contenido?... ¡pues escucharle quejarse! Porque se quejan mucho, no les gusta nada estar contenidos ‘¡quítamelo! ¡quítamelo! ¡quítamelo!’. No quieren estar contenidos ni de manos, ni abdominalmente, ni en la silla... no les gusta.” (A7)

“((Las barreras de la cama)) no es tan traumático como un... como un cinturón. Aunque con los cinturones tú sabes que se pueden mover, pero bueno, no todos los pacientes lo viven bien: ‘¡no me ates! ¡no me ates!’ ((simula a alguien atado de manos))” (E2)

No obstante, hay profesionales que describen situaciones opuestas, en las que los pacientes se acostumbran a llevar la contención y se quedan más tranquilos. Incluso, algunos profesionales explican que, una vez superada la situación aguda, los pacientes agradecen haber sido contenidos, reconociendo que, de no haber sido así, se podrían haber caído.

“A nadie le gusta, a nadie le gusta, lo que pasa es que muchos luego te reconocen ‘es que estaba... ¡es que se me ha ido la cabeza!’ y te reconocen que sí, que gracias a la contención no se han caído, porque si no se hubieran tirado. (3) [...] Hay casos en que ya te digo, si quieren irse, quieren saltar, se ponen más nerviosos, pero hay otros casos que no, que cuando se sienten contenidos, se relajan.” (A4)

“Es verdad que en los pacientes ya llega un momento que como que... se acostumbran, entre comillas, a llevarla y, y ya como que están más tranquilos.” (E8)

“Yo creo que es difícil, porque partiendo de que muchas veces el paciente tiene ya una demencia de base que te explique qué le supone, muchas veces es complicado. Yo lo que sí que he visto que hay pacientes que los contienen y es como si nada, pacientes que se entretienen al estar contenidos, y entonces están hasta más tranquilos porque se ponen, eh... como si estuviesen bordando el cinturón, como si estuviesen arreglando algo y como hacen ejercicios manuales con el propio cinturón de contención, pues ya con eso se quedan tranquilos” (M4)

Sin embargo, algunos profesionales explican que el estado cognitivo del paciente determina tanto la vivencia del paciente al estar contenido como sus consecuencias psicológicas. En concreto, consideran que, en el caso de pacientes con deterioro cognitivo, el impacto de la contención es mucho menor, incluso inexistente.

“Depende siempre del estado mental de la persona, supongo, creo. Bueno, creo no, casi seguro que depende del estado de la persona. [...] Si la persona es consciente y coherente, no tiene que ser agradable. ((En los pacientes ingresados)) No creo que tenga consecuencias, porque básicamente son gente que es... cuando contienen básicamente es gente que no es... tienen una demencia o un Alzheimer, cosas de estas.” (A2)

“¡Uf! (3) Esto es como si a mí me cogen ahora tal cual, y me atan, es como si... me privasen la libertad. Pues vendría a ser lo mismo para ellos. No sé, es diferente si la mujercita está con Alzheimer o con una demencia, a lo mejor ni se da cuenta. Pero una persona que ya, que esté más consciente... es traumático.” (A6)

“Normalmente no están contentos, cuando les ponemos. O no se enteran de nada -con, me refiero, una gran demencia-, o, si no, no les gusta nada, no les gusta nada. Es igual que con los, cuando un paciente que era continente le dices ‘¡hay que poner pañal!’. Es, es un... es que es una gran pérdida, ¿no? De tus funciones vitales, de tu control de tu cuerpo, y es muy duro, lo es, sí. Para ellos es muy duro.” (E5)

Por el contrario, hay profesionales que defienden que los pacientes con deterioro cognitivo también sufren al ser contenidos y denuncian la poca atención que se presta al impacto emocional que tiene para estos pacientes el ser portador de contenciones físicas.

“Aparte está el daño moral... ‘¡Ay, claro! como tiene demencia no...’, ‘Claro, ¡la demencia, no se entera!’, no. La demencia no sabe explicar qué le pasa y lo que está sufriendo, por qué está atada... y que grita, ¡claro! Es su manera de avisar, en la demencia la mayoría no te puede decir ‘es que estoy gritando porque me duele de la sujeción, porque no sé qué me pasa, porque...’. No, o sea, es una demencia, entonces sufren, claro que sufren, lo que no lo saben explicar.” (M5)

Por otro lado, al hacer un análisis más en detalle, los profesionales también reportan el efecto que tiene el uso de las contenciones físicas sobre el paciente a nivel psicológico. En concreto, destacan cómo su aplicación afecta negativamente al estado anímico y a la autoestima de los pacientes, que sufren una pérdida de la auto percepción de la valía personal. Además, los pacientes se quedan más inquietos y angustiados al ser contenidos y acaban presentando miedo a tener iniciativa. Sin embargo, sólo los profesionales más comprometidos son conscientes de dichas consecuencias psicológicas. Por el contrario, aquellos que han normalizado su uso contestan desconocer cuáles son estas consecuencias al ser preguntados por ellas.

“No lo sé ((las consecuencias psicológicas de las contenciones)).” (E8)

“Hombre, supongo que debe ser una rebaja de la autoestima” (A7)

“Se tiene que crear un malestar... no sé... un paciente más deprimido, más... pues que el paciente pueda llegar a pensar en algún momento pues que ya... ‘si ya he llegado a esta situación que estoy aquí y estoy atado, es como que ya no sirvo para nada y ya como que hasta aquí ha llegado mi vida’, ¿no?, como que ‘ya no tengo capacidad de decisión ni de hacer ni de nada.’ Tiene que ser duro.” (E1)

“Yo creo que psíquicas tiene que ser horrible porque, por mucho deterioro cognitivo que tengan, el estar contenido no puede ser agradable, tengas... o sea, me refiero, aunque sea un deterioro cognitivo, ellos, me refiero, perciben totalmente. El hecho de tú estar contenido y no poderte mover, esa percepción la tenemos todos, nadie la pierde. [...] Entonces, yo creo que ellos lo tienen que percibir muy mal.” (M1)

En esta línea, numerosos profesionales identifican que las contenciones físicas generan más nerviosismo en el paciente, incrementando su estado de desorientación y agitación y empeorando su agresividad. En concreto, los profesionales describen que las contenciones generan ansiedad, angustia e, incluso, ataques de pánico en los pacientes, que pueden sentirse atacados. Estas complicaciones se agravan en pacientes con deterioro cognitivo, pues están ingresados en un entorno relativamente desconocido para ellos, sin conocer a los profesionales ni entender la situación.

“Más desorientación, se pone más nervioso, se pone más agresivo, se siente... bloqueado... se siente como que no tiene control sobre sí mismo, si ya no lo tiene por, por su propia enfermedad aún todavía eh... el añadido de la contención es como, como más estresante. Yo considero que genera mucho estrés y mucha ansiedad.” (A3)

“Pues inquietud, hay gente que no, que no se deja contener, directamente. A personas con otro tipo de demencias, se ponen muy agresivas y, y entonces, eh... bueno, pues se agitan muchísimo, ¿no? A lo mejor están tranquilas, lo único que querían era deambular y en el momento que las contienen pues tienen un cuadro de agitación tremendo.” (E5)

“Lo atamos. Pasaron media hora y el señor no, seguía igual. Fue estar presente para ver lo que real- el riesgo grande que tiene sujetarse: se tiraba por un lado, se movía, se hacía daño con los dedos, trataba de quitar el pincho. Hacía de todo, se hacía daño, tú lo tocabas, te arañaba... no había mucho... Entonces, volvimos a llamar al médico ‘mira, por más que lo contenga, ahora mismo el señor está desquiciado’. Eso fue mi impresión, parecía totalmente desubicado. ‘No le hace nada, ¡más bien lo está poniendo peor!’.” (E3)

Además, el hecho de ser portador de contención física aumenta la percepción de vulnerabilidad de los pacientes, ya de por sí afectada por la hospitalización. En este sentido, los pacientes se inhiben de expresar sus preferencias cuando han sido portadores durante un periodo prolongado de tiempo, asumiendo que sus opiniones y sus preferencias no son importantes. Esta complicación es identificada por profesionales con actitudes anti y pro-contención.

“Tiene que ser una sensación horrible, horrible. Yo siempre lo he pensado: estar atado, porque una contención es estar atado, tiene que ser una sensación tremenda de vulnerabilidad de ‘¡madre mía! Aquí yo soy algo... pero puede pasar cualquier cosa’. Tiene que ser horrible, supongo.” (A7)

“Sentirse amarrado, porque tú te sientes que eres... eres vulnerable. Ahí quieto, sin poder hacer nada, es complicado.” (E6)

“Muchas veces he visto pacientes que, que se vuelven temerosos, si tienen alguna iniciativa de algo, porque ya están tan acostumbrados a que... se hace tan mecánico su día a día, que creo que ya se vuelven un poco temerosos, sin... como que su voluntad de expresarse con libertad se le ha, se le ha coartado, como que ya no... ‘ay, sí... ¡mira dónde he llegado!’, muchas veces, ¿no? ‘¡mira a dónde-, a qué he llegado! ¡a que me ates!, ¡mira cómo estoy!’.” (E3)

En cuarto lugar, también hay profesionales que identifican complicaciones a nivel cognitivo, especialmente para aquellos pacientes con deterioro previo.

“Si tiene una demencia ya de base, la puede empeorar, yo creo, más rápidamente que si estuviese en casa, porque claro, como que te paran los pies un poco de no hacer lo que quieres y te tienes que dejar hacer porque ves que te no te la quitan. Y a medida que te vas poniendo más nervioso, aun es peor, encima te ponen medicación para tranquilizarte. Eh... así que... en este sentido, tiene que empeorar un poco a lo mejor, cognitivamente.” (E8)

En quinto lugar, pese a que las implicaciones éticas de las contenciones físicas no surgen espontáneamente en el discurso de los profesionales, cuando son preguntados explícitamente sobre ellas, algunos profesionales hacen referencia a la pérdida de autonomía, dignidad y

libertades básicas (como la libertad de movimiento) que derivan de su uso. Además, describen cómo los pacientes pierden la capacidad de autodeterminación y así lo asumen. Sin embargo, numerosos profesionales expresan no tener una respuesta al respecto.

“(4) Consecuencias éticas... pues no... (4) Hombre, las tiene, o sea, no sé... pero no sé decirte cuáles. Consecuencias éticas... yo creo que sí, a ver que sí que repercute, pero tampoco te lo sé explicar.” (E1)

“La auto-, la pérdida de autonomía, de libertad, no sé, no tienen autonomía, pierden la dignidad... no sé. Es que todo, o sea yo me veo a mí misma contenida y es horrible, o sea que no...” (M2)

“Tiene que ser... me pongo en la situación del paciente y es verdad que tiene que ser un momento muy difícil, que te contengan... porque pierdes un poco la libertad y el derecho a decidir.” (E8)

Finalmente, en relación a la vivencia de los familiares al presenciar la contención física de su ser querido, los profesionales coinciden en considerarlo una experiencia igualmente traumática para ellos. En este sentido, los profesionales entienden que la aplicación de las contenciones físicas puede resultar impactante para las personas externas al ámbito sanitario. Además, cuanto mayor sea la restricción aplicada, la familia tiende a percibirlo en mayor medida como una agresión.

“Creo que esto genera más problemas a los familiares que al propio paciente, porque el familiar eh... tiene un vínculo sentimental, emocional con la persona, y ver a tu madre a tu padre eh... que lo ves que es frágil, que, que tiene una demencia, que lo hace más, más débil y encima lo ves atado a una cama o a una silla, yo creo que ahí sí, ahí puede impactar más a los familiares y, y poder crear, entre comillas, digamos, más trauma a los familiares que al propio paciente.” (M4)

“Yo creo que tienen más repercusiones, ya te digo, de cara al exterior que no al paciente. Porque realmente el paciente en aquel momento no, no razona, no es consciente de lo que le está pasando. Ahora yo sí, de cara por ejemplo a la familia, no es agradable ver que tu padre o tu madre la tienen que tener contenida porque se quiere levantar, porque... y jesto no es agradable para la familia! Pero sobre todo considero que esto es de cara a la familia, de cara al enfermo en aquel momento pues realmente no, no sabe lo que le está pasando.” (E7)

“Y las familias lo viven muy mal, ¡claro! Que un hijo vea a su padre contenido, contenido no, atado. Lo pasan mal, las familias también lo pasan mal. Lo que te digo, las demencias o cuadros confusionales, a la gente eso le cuesta mucho. Ya en una demencia que en el fondo... pero los cuadros de delirium agudos, las familias sufren un montón, porque son cuadros bruscos, que de repente se pone a tope y te dicen ‘¿qué le pasa a mi padre?, ¿qué le está pasando?’. Claro, no lo entienden, piensan que va a ser así para siempre. Tienes que explicarle qué es un delirio, tal... y cuando encima los ven atados dicen ‘pero es que es que yo intento razonar, ¡pero no me entiende!’, y yo le digo ‘no intentes razonar, es que no te va a entender’, pero, claro, no deja de ser ‘que es que mi padre está atado’, está atado porque es peligroso, porque se va a hacer daño. Es duro.” (M5)

“Cuesta, sobre todo para los familiares. Cuando ven que uno comienza a atar abdominal, un pie, y cuando, y me piden los familiares ‘¿y cuándo...? ¿realmente es necesario?’. Para ellos... lo encuentran traumático ((la contención de 3 puntos)).” (A6)

De forma general, pese a que los familiares pueden llevarse una sorpresa inicial si llegan y ven a su familiar contenido sin haber sido informados previamente, se suelen quedar tranquilos si ven que el uso se limita al manejo de la situación aguda. Además, se muestran agradecidos cuando los profesionales no contienen a su familiar que sí lo había sido en otros entornos asistenciales.

“Lo que pasa es que sí que a veces, que a veces algún familiar ha venido ‘¡ay! me lo he encontrado atado, ¿qué ha pasado?’; sí, le explicas ‘mira, ha pasado esto esta noche, tal, no sé qué, pero a partir de ahora, sobre todo si ustedes vienen, tal...’. Que puede haber un momento de sorpresa,

La cultura de la contención física en el paciente geriátrico

pero después cuando se lo explicas y después cuando rápidamente ven que ha sido un momento de una urgencia, pues yo no he visto tampoco que lo vivan mal.” (M3)

“Ha habido pacientes que han estado aquí y no han necesitado contención por la noche y entonces se le explica al familiar ‘mire, su padre/madre/familiar ha estado tranquilo toda la noche, no ha necesitado contención’ y entonces se le explica y la familia te dice ‘ay, ¡muy bien! ¡muchas gracias! Porque en el otro lado estaba contenido y veo que aquí no la necesita.’” (A5)

7.2.4.2. Las repercusiones de la práctica de la contención en los profesionales y las instituciones

A continuación, se desgranán las repercusiones que tiene el uso de las contenciones físicas sobre los profesionales y las instituciones. Pese a que algunos profesionales explican que esta práctica les genera un estrés añadido, la mayoría declara que les aporta tranquilidad al entender que el paciente está seguro, pudiendo así continuar con el resto de las actividades asistenciales. Además, algunos profesionales describen una carga de trabajo añadida al tener que aplicar y retirar las contenciones en el cuidado de los pacientes.

Por un lado, la mayoría de los profesionales explica que el uso de las contenciones físicas les genera tranquilidad, al valorar que el paciente está más seguro y controlado. Esto permite reducir el tiempo de supervisión al paciente, que sería inasumible en caso de no utilizarlas. En este sentido, la contención acaba repercutiendo en la carga de trabajo y el funcionamiento de la unidad, pues permite a los profesionales que se dediquen al resto de tareas asistenciales y al cuidado de los otros pacientes. Esta consecuencia afecta principalmente al día a día de enfermeras y las TCAE, pues los médicos niegan que el hecho de que un paciente esté contenido repercuta en su volumen de trabajo. En cualquier caso, la mayoría de los profesionales apuntan que se trata de una consecuencia del uso de las contenciones físicas, pero no un motivo por el que las aplican.

“Yo creo que no ((repercute en la carga de trabajo)). El hecho de contenerlo no es un trabajo tampoco... excesivo. Cuando está contenido, te vas más tranquilo. A lo mejor sí, cuando no estaba contenido, ibas a verlo cuatro veces, pues ahora vas dos. Porque obviamente sabes que está bien, está bien el paciente, que no se puede caer, ni se puede arrancar una vía o...” (E6)

“En el momento que él está contenido o ella está contenida, por ejemplo, tú puedes estar repartiendo, aunque luego pases a la habitación y lo mires ‘a ver... va bien, vale’, pero ya puedes seguir haciendo otras cosas, cosa que, si el paciente está agitado, agresivo, desorientado y tal, no lo puedes dejar.” (A4)

“Te quita carga porque te puedes relajar en pensar que ese paciente se pueda caer o pueda intentar levantarse, o vaya a ir al baño solo, que no puede, eh... te da un poco más de tranquilidad a la hora de... supongo para el personal, no tanto para mí, si no para el personal de enfermería y auxiliares, de controlar un poco más la planta.” (M4)

“Contener a una persona significa tenerla controlada, ente comillas, o sea, que no tengas que estar a lo mejor tan pendiente de, de que se vaya a salir de la unidad, que se vaya a caer, entonces... eh... en ese sentido sí, sí, sí. Pero claro, es un trabajo que no es que digas eh... ‘¡lo contengo para estar en el office más tranquila tomando un café!’, sino porque te tienes que dedicar a otra, a otras tareas.” (E4)

Incluso, el hecho de utilizar las contenciones físicas genera tranquilidad a los profesionales desde la dimensión física, al sentirse protegidos frente a posibles agresiones por parte de los pacientes.

“También hay que decir que según con qué pacientes, si es un paciente agresivo, por ejemplo, a veces te sientes tú un poco más seguro, porque realmente dices ‘¡madre mía! menos mal que está contenido porque si no...’. A mí más de uno me ha soltado un tortazo.” (A7)

Puntualmente, este efecto tranquilizador se produce también en otros pacientes. En concreto, ante un paciente con agitación, el compañero de habitación igualmente percibe que el paciente está seguro si está contenido y, por lo tanto, no es necesario que esté tan pendiente de él.

“Si es habitaciones comp-, compartidas, donde hay un paciente contenido porque está agitado y otro paciente que está bien y que, además, está cognitivamente bien, lo agradece porque sufre menos. Se da mucho el caso que hay pacientes que sufren porque tienen cuidado del... del compañero de habitación, claro, si saben que ya no pueden caer, ya están tranquilos.” (E2)

Sin embargo, tanto algunos profesionales pro-contención como otros anti-contención física identifican una mayor carga de trabajo secundaria al procedimiento técnico de aplicar y retirar los dispositivos de sujeción. En este sentido, consideran que el tener que poner y quitar la contención para las diferentes actividades asistenciales como la higiene o la alimentación del paciente supone una tarea añadida. Sin embargo, el posible aumento de carga de trabajo que implica su aplicación se ve compensado por las complicaciones que se evitan, tal y como las caídas o la auto-retirada de dispositivos invasivos.

“Si tienes que hacer cualquier tipo de técnica o cualquiera maniobra, pues te lleva más tiempo también hacerla, porque primero tienes que quitar la contención antes de hacer nada, tienes que tener un imán, que muchas veces no lo tienes a mano, tienes que ir a por él, tienes que... y al final te lleva mucho más tiempo que si el paciente no estuviera contenido. [...] Sí ((te hace tener más trabajo)), en ocasiones sí, en ocasiones sí. Pero en otras, claro, si te evita que el paciente se caiga... si el paciente se cae, esto sí que te va a dar trabajo.” (E1)

“¡Depende! Sí, aumenta la carga de trabajo, en el sentido de que manejar una contención, hay que mantenerla limpia, hay que colocarla y hay que descolocarla... sí aumenta la carga de trabajo en ese aspecto. Pero también hay pacientes que con una contención, que con una contención evitas que se manipulen a lo mejor un pañal, ahí ya te está quitando trabajo. ¡Depende de cómo lo valores! Sí, una contención siempre da más trabajo, eso es sin duda, que una persona que es autónoma o que simplemente le tienes que hacer menos cosas, sí produce más trabajo, pero a veces pues sí, también evita situaciones que a la larga serían más trabajosas.” (A7)

“No, creo que no ((repercute en la carga de trabajo en la unidad)). Lo que sí que me afecta es que si algún paciente tiene que estar contenido y a lo mejor no le han dejado contenido en el turno anterior, pues mi ronda durará más porque me tengo que, me tengo que entretener en atarlo bien para que no me haga alguna en la noche, y con esto sí que repercute.” (A6)

Por el contrario, los profesionales anti-contención física, que también se muestran molestos por el procedimiento técnico, denuncian la falsa sensación de seguridad respecto a la prevención de complicaciones que podría acabar repercutiendo en un alivio de su carga laboral.

“A mí me entorpece. Te voy a decir una tontería. A mí, por ejemplo, para los geriatras es muy importante levantar a los pacientes, ver cómo... pues eso, la recuperación funcional y la autonomía... [...] En cuanto me los encuentro contenidos, ya me fastidia, aunque sea solo por eso, honestamente. Primero porque no me gusta verlos contenidos si no lo necesita y luego que tengo que buscar donde está el imán, luego descontenerlos, bla, bla, bla... yo creo, fíjate, yo creo que entorpece porque aunque tú crees que... puede ser que en algún momento pienses que te alivie, dices: ‘bueno, pues como está seguro, yo me puedo ir a atender al de al lado, porque este no se me a mover...’, pero yo creo que entorpece. Es verdad que puede dar una sensación de falsa seguridad, pero yo creo que no.” (M5)

En cualquier caso, hay profesionales, especialmente aquellos más críticos con las contenciones físicas, que consideran que su uso debería implicar una mayor carga de trabajo para los

profesionales dada la necesidad de supervisar al paciente contenido. Igualmente, al ser preguntados sobre cómo se podrían evitar los accidentes secundarios al uso de las contenciones físicas, como el que aparece en la figura 3, muchos profesionales consideran que, para que éstas sean seguras, también deben acompañarse de una supervisión mayor. Esto es especialmente importante en el caso de pacientes que siguen agitados con la contención. Sin embargo, reconocen que la supervisión posterior no siempre se lleva a cabo debido a la elevada carga de trabajo.

“En realidad, si hacemos las cosas bien, seguro que significa que yo tenga que estar más pendiente de él. Pendiente de ver cómo está, de si la contención le causa algún problema y de ver si, si lo podemos descontener. Carga de trabajo, pues debería causar más trabajo tener una persona contenida. Y no por el hecho de tener a una persona contenida ya estoy tranquila toda la tarde, toda la noche o toda la mañana.” (M3)

“((Al ver la figura 3)) Claro que se podría haber evitado, a ver, todo esto se puede evitar siempre. Es lo que te digo: ¿dónde estaba el personal hasta que ha ocurrido esto? Porque este paciente estaría muy agitado... y lleva tiempo salirse de una contención.” (E1)

“((Al ver la figura 3)) Si se refuerza la vigilancia a este tipo de pacientes y se les dedica más tiempo -ya sé que es difícil-, pero bueno, se les dedica, pues, más tiempo, más tiempo a estar con ellos, pues, yo creo que esto no ocurre, porque ellos no tienen ese tiempo para ingeniárselas en tratar de hacer estos desastres.” (A3)

En este sentido, una enfermera reconoce que, lejos de aportarle tranquilidad, el uso de las contenciones físicas le genera más estrés. Además, defiende que la carga de trabajo acaba siendo la misma pues la aplicación de la contención no exime de la supervisión del paciente, sino que su uso le hace estar pendiente de la aparición de complicaciones asociadas.

“Tú estás en el pasillo, con más estrés, para mí es más estrés, porque ya he visualizado a personas sujetas, en unas posturas de alto riesgo, que te asombrarías, entonces el ver es... es muy impactante eso, el ver a alguien así, que se puede estar ahogando, que la mano la tiene hinchada de tanta fuerza de lo que sea que ha hecho. Entonces el estrés para mí es diferente, pero al final el tiempo, es el mismo.” (E3)

En cualquier caso, defiende que el uso de cualquier contención física no exime del acompañamiento del paciente.

“Al final, sacas una simple conclusión que siempre tienes que estar con ellos. Malo, bueno, defectuoso, lo que le quieras ver. Que te atrase el trabajo, que te haga la noche más larga, lo que sea, pero, al fin y al cabo, la experiencia dentro de todo, tanto buena, mala, con sujeciones mecánicas y la medicamentosa, tienes que estar con ellos, vas a tener que estar con ellos.” (E3)

7.3. Los conflictos éticos en torno a las contenciones físicas

A continuación, se aborda el impacto a nivel ético que la práctica de la contención física supone para los profesionales sanitarios. Los profesionales perciben diferentes conflictos éticos o morales ante este procedimiento y, para hacerles frente, llevan a cabo diferentes estrategias de afrontamiento, tanto internas como externas

7.3.1. Los tipos de conflictos éticos relacionados con la práctica de la contención

En este apartado se describen los tipos de conflictos éticos que surgen en los profesionales en relación a las contenciones físicas. Por un lado, tanto el propio uso de estos dispositivos como las consecuencias asociadas a su aplicación generan conflictos entre los profesionales. Por otro lado, estos presentan diferentes actitudes y comportamientos ante estos conflictos, como la ceguera moral, el estrés moral y el coraje moral.

7.3.1.1. Los conflictos éticos derivados del uso de las contenciones físicas y sus consecuencias

En primer lugar, los profesionales se debaten entre el respeto al derecho a decidir del paciente y la responsabilidad respecto a su seguridad, es decir, entre la autonomía y la no maleficencia. Este dilema se agrava cuando las contenciones físicas se aplican de forma prolongada en el tiempo y el profesional deja de verlas como elementos necesarios para el cuidado del paciente. Además, hay profesionales que se cuestionan hasta qué punto ellos tienen la potestad para decidir sobre las personas mayores y hasta dónde deben hacerlo.

“Es un tema un poco delicado, porque sí, es verdad que estás conteniendo a un paciente y le estás quitando el derecho de... de lo que te he dicho, de decidir, pero [sopla] si el paciente es verdad que no está en sus capacidades mentales, eh... sí que es verdad que es necesario para su propio bien. [...] Es un, sí, es un dilema ético, la verdad.” (E8)

“Estás decidiendo sobre... sobre la libertad y sobre... sobre el manejo de ese paciente, de que ese paciente no se pueda levantar o no pueda ir a hacer pipí solo, entonces... al final estás decidiendo sobre su autonomía y... [...] es como que decides un poco sobre su libertad y su autonomía, claro, y, al final, nosotros no sé hasta qué punto estamos ni formados ni... ni legalmente podemos decidir ese tipo de cosas.” (M1)

“Yo creo que a nadie le tiene que gustar estar contenido, a nadie. Entonces es un, es un dilema el saber si está más a gusto contenido, sin contener y que se caiga y se haga daño. Es, es que es una situación difícil.” (E4)

Incluso, hay una profesional posicionada abiertamente contra el uso de las contenciones físicas que cuestiona su justificación en base a los principios de la no maleficencia y la beneficencia.

“Yo creo que es... una encrucijada. De saber hasta en qué momento podemos separar entre lo que es correcto o incorrecto, lo que es cuidar y lo que no es cuidar, entre lo que es protegerlo y no protegerlo.” (E3)

En segundo lugar, el uso de las contenciones físicas por motivos externos al paciente genera un dilema ético para el profesional. Así, cuando se usan por causas endógenas al paciente, como ante situaciones de agitación, el conflicto ético es menor que cuando es por causas externas al paciente como la dificultad para supervisarle. Especialmente, para los profesionales supone un conflicto recurrir a las contenciones físicas y prolongar su uso para solventar los déficits institucionales y ante la falta de alternativas (sobre todo la escasez de recursos humanos).

“A mi cuando me molesta utilizarlas es eso, pues porque, por ejemplo, un paciente vaya a estar en la butaca 3 horas y haya el riesgo de que el pobre se pueda levantar y caer. A mí es donde ahí me da pena tener que poner. ¿Sabes lo que pasa? Que es verdad que no podemos estar 24 horas viendo al paciente. Ahí es donde me da... éticamente me crea mucho conflicto, decir ‘¡ostras! ¿hasta qué punto realmente tengo que contenerlo a este paciente?’.” (M1)

La cultura de la contención física en el paciente geriátrico

“Lo que pasa es que hay veces, por infraestructura, te dicen ‘no, es que no podemos estar con él las dos próximas horas y como tiene que sedestar, pues tiene que estar contenido’ y yo, por ejemplo, en esos momentos igual sí que se lo quitaría, claro, porque te da mucha pena verlo ahí sentado, pero, claro, yo tampoco me puedo quedar dos horas y entiendo que la auxiliar tampoco se pueda quedar dos horas.” (M1)

“Al paciente con vagabundeo hay que dejarle caminar. Entonces dices ¿cómo lo voy a sujetar? ¡No! Pero, claro, cuando dices ‘ya, pero es que, si no le dejo sujetar, como está en una planta que está todo abierto, qué está al lado de las escaleras: ¡es que se va a matar!’. Entonces te, eso te hace sufrir más, porque si encima sabes que no es lo más adecuado y que habría otras opciones, pero como no las tienes, no te queda más remedio.” (M5)

En tercer lugar, los conflictos éticos de los profesionales también derivan de las características del paciente y cómo sea su vivencia durante la contención. Por un lado, los profesionales expresan su disconfort al utilizar las contenciones físicas en pacientes que mantienen una buena movilidad, pero cuyo elevado riesgo de caídas o de fuga les hace estar contenidos, con la consecuente pérdida de autonomía para la realización de actividades básicas. Igualmente, el conflicto ético es mayor al usarlas en pacientes sin deterioro cognitivo y en personas jóvenes.

“A una persona que tiene una cierta autonomía, es eh... la verdad es que da pena contenerla, porque la limitas totalmente de su...” (E5)

“Para mi ética personal cuando más mal me siento, es cuando pienso que a ese paciente le estamos haciendo perder autonomía por el hecho de la contención. Aquel paciente que todavía conserva la capacidad de levantarse y caminar e ir al baño, por ejemplo, pero por el hecho de que puede caer o se puede perder, lo tenemos que tener contenido.” (E2)

“Si la persona tiene la, la cognición conservada, yo creo que para ellos es duro, es duro estar atados. Ellos te dicen ‘¡No! ¡No quiero que me ates!’. Sí, da mucha pena, la verdad. Eh...” (E5)

“Agradable no es. Y sobre todo si es gente joven. Gente mayor tampoco, pero eh... gente joven aún más, de ver que está en esta situación.” (E7)

Por otro lado, la vivencia del paciente al estar contenido influye en los conflictos éticos de los profesionales. En concreto, los profesionales explican que su malestar es mayor cuando el paciente expresa su malestar por estar contenido o solicita explícitamente la descontención.

“Si veo que el paciente se queda más o menos... calmado, pues me quedo más tranquila. Y si lo veo que no tolera bien las contenciones, claro, pues a mí me... me resulta más angustiioso.” (M1)

“Te gustaría que se... que se pusieran todas las medidas que se pudieran antes de contener a alguien... porque cuantas veces oyes que te dice ‘¡quítame esto, quítame esto!’, y esto te duele. No has elegido esta profesión para ver a alguien en ese estado y quejándose así y gritando, llorando... Que su mal no es la contención, su mal es que no sabe ni dónde está, ni quién está a su alrededor ni por qué. Pero se queja de lo que lo limita más físicamente.” (A1)

“Bueno hay gente que no se entera o que no le importa o que tal, y eh... el que más me preocupa es la gente que lo ve como un, como un castigo, que es un castigo el estar contenido y que muestra su rechazo. Y aquí te encuentras con un problema, si el paciente rechaza, pero si se levanta y se cae... y esto es un problema ético.” (M7)

En cuarto lugar, los profesionales describen algunos conflictos éticos derivados de la aparición de complicaciones y lesiones asociadas al uso de las contenciones físicas. En estas situaciones, los profesionales se culpan de estos accidentes y se preguntan si han desatendido al paciente o si podrían haber hecho algo más para evitarlos.

“((al ver la figura 3)) Este hombre me da mucha pena, pero ya te digo que... cuando... cuando te encuentras un caso así, que alguien se ha caído, es... ¡el corazón te duele, eh! Quiero decir no...”

no se viven... al menos yo nunca he visto... nunca he visto a nadie, a nadie, que esté conmigo en aquel momento con indiferencia esto. [...] Personalmente, si se cae me hace... me hace mucho daño.” (E2)

“A todos nos duele en el alma cuando vemos a una, un paciente en el suelo, porque es que dices ‘jes que he fallado! Se ha caído porque no, porque no le puse la contención bien o porque...’, y te duele en el corazón. Pero es que a veces de verdad que no te explicas cómo puede llegar a este punto. Porque tú estás completamente seguro que le has puesto la contención como toca, la cama debajo de toda... bueno, que has hecho todo lo posible para que no se produzca. Mira, a mí esto me, me frustra. Ver esto y encontrarme un paciente en el suelo, es que te da la impresión de que lo has desatendido, pero claro es que no puedes tener los ojos siempre encima de esa persona, porque no tienes a un paciente, ¡tienes toda la planta!” (E4)

“¡Uf! Yo me quedé muy impactada porque al principio, claro, dije: ‘¡Ostras!’. Pero, después luego cuando lo fui meditando, que me fui ya a mi casa, fue peor, porque pillé al paciente, este paciente era majo, era de estos pacientes que, que era muy simpaticón y muy así, y claro luego pensé: ‘¡jolin!, ¡vaya, vaya cuadro!, ¡vaya cuadro!’... Pensé en si sus familiares hubieran entrado o si me hubiera ocurrido a mí, mi padre o mi madre o si me hubiera quedado fatal y me dio, me dio pena esta situación, la verdad, me dio pena.” (A3)

Por último, es destacable que estos conflictos éticos surgen en muchas ocasiones a partir de la reflexión personal. En este sentido, los profesionales muestran capacidad empática para ponerse en la situación del paciente o del familiar, identificando desde esta posición el impacto de la contención física para la persona mayor. Los profesionales explican que ellos no querían ser contenidos el día de mañana, incluso aquellos con actitudes más pro-contención física. Igualmente, dudan de si otorgarían su consentimiento para contener a un familiar. Sin embargo, algunos asumen que es algo que puede ocurrir.

“Me parece un abuso la contención, me parece un abuso. Lo que pasa es claro dado el ratio de personal y pacientes que tienes, es imposible estar cuidando a una persona constantemente. A mí me parece un abuso, me parece una cosa horrible lo de las contenciones. Yo me imagino a mi madre, es una mujer ya mayor, imaginarla en una cama, contenida, ¡se me caería el alma al suelo! Yo no sé si la autorizaría, ¿eh?” (A7)

“Es doloroso para el que lo tiene que hacer porque te pones, piensas ‘un día, es posible que yo esté en el sitio de él y que alguien me va a tener que contener y...’. [...] ¡Pero para mí es doloroso! Claro que me implica una lucha ética contener a una persona en contra de su voluntad, porque no deja de ser algo que el paciente, la mayoría de las veces, no quiere. Entonces, tú estás cont-, actuando en contra de su voluntad y te das a ti la justificación... ¡que te la tienes que dar! Porque a un niño, quiere un juguete y quiere un cuchillo, ¡pero tú no se lo das! Eh... y a esta persona la lucha es... pues, porque, al final, también piensas ‘un día yo me voy a ver así a lo mejor y van a tener que hacer esto por mí y no me gustaría’. Entonces, de alguna manera, si te pones en los zapatos del otro... te duele tener que llegar a hacer algo así. No es el ideal que tenemos para una vejez.” (A1)

“Yo siendo mayor preferiría estar suelta y que me cayera. Y aunque me cayera, me rompiera, no tener la contención puesta; y digo ‘me he caído, me he roto eh... ¡pues me aguanto que no estar contenida!’; pero, claro, no sabemos lo que quiere el paciente muchas veces.” (E4)

“Yo no daría permiso a nadie para que me contuvieran. Claro, no lo daría, si lo tienen que hacer que lo hagan, en un momento para que no me quite la vida, pero una persona que se va a clavar un cuchillo, la contenemos, claro, la contenemos. ¿Por qué? Porque está en peligro su vida, pero yo no daría permiso para que me contuvieran, yo no creo que nadie diera permiso.” (M3)

7.3.1.2. *Los profesionales ante los conflictos derivados del uso de las contenciones físicas: ceguera moral, estrés moral y coraje moral*

En primer lugar, algunos profesionales con actitudes favorables al uso de las contenciones físicas presentan ceguera moral. Estos participantes niegan presentar conflictos éticos al utilizar las contenciones físicas, pues entienden que se trata de una actividad más en el cuidado de los pacientes hospitalizados para su seguridad, obviando la dimensión ética de la práctica.

“(8) Eh... no sé ((cómo vivo contener a una persona)), ya parece rutina. Es como una rutina. Yo sí le tengo que atar, lo ato, pero no... no sé...” (A6)

“Hombre, tener a una persona contenida o amarrada, como se le puede decir coloquialmente, es duro de verlo... pero bueno, el fondo es lo que cuenta. Lo prioritario es que el paciente no se haga un mal mayor que es... como caerse o cualquier cosa, pues... [...] Hombre, para mí lo que prima es el bien del paciente. Entonces una vez que hay riesgo de caída del paciente, es lo prioritario es ponerle la contención... aunque lo pasa mal, claro. Pero bueno... ¡Es lo que toca! [...] Todo lo que sea por el bien del paciente y por su seguridad... Ahora, que el paciente se sienta mejor o peor con las barandillas, también lo entiendo, obviamente. Me pongo en su lugar y empatizo y a mí no me gustaría que me tuvieran encerrado en una cama... Pero bueno, ¡es lo que hay!” (E6)

“Mi forma de ver, poner una contención es para que esa persona no se haga daño. Hay otra forma de ver, que, si tú tienes una persona ahí atada, esa persona no se puede mover, esa persona quiere caminar, esa persona... y entonces es diferente, ¿sabes? Pero bueno, yo en el plan ético, yo no lo veo para hacerle daño.” (A5)

Desde esta perspectiva, los profesionales minimizan y tecnifican la interpretación que hacen de las contenciones físicas, recurriendo al uso de eufemismos para designarlas como un obstáculo, un recordatorio o, incluso, una ayuda para el paciente.

“Simplemente es un recordatorio de que no me tengo que levantar, no...” (E2)

“Las barandillas de la cama, esta... este pequeño em... ob... ob... obstáculo delante la... en el camino es suficiente para que ya no hagan más.” (E2)

“Es más bien una ayuda para que esa persona no se haga daño y se recupere de la enfermedad o de las fracturas que tenga.” (A5)

En segundo lugar, la mayoría de los profesionales, tanto con actitudes favorables como contrarias al uso de las contenciones físicas, expresan conflictos internos relacionados con el uso de las contenciones físicas que pueden catalogarse como estrés moral. Estos profesionales sufren en diferente grado al utilizar las contenciones físicas, entendiendo que es una práctica contraria a los principios del propio cuidado y que implica un sufrimiento en el paciente.

“(5s – (Suspiro)) A mí no me gusta contener a las personas. [...] Que ojalá no se tuviera que contener a nadie, ¡ojalá! Porque no... la verdad es que no es nada agradable encontrarlo, pero bueno...” (A2)

“Es una pena que tengamos que atar a la gente, porque lo mismo que no atas a un bebé no tendríamos que atar a una persona mayor. [...] Y a nadie les gusta poner una contención porque es que es incómodo, incómodo para el paciente y para el personal que lo tiene que hacer, porque sabe que es algo antinatural, pues que no...” (E4)

“Es verdad no me gustan mucho, no me gusta mucho utilizarlas. [...] Es muy triste, es muy triste tener que atar a una persona, tener contener a una persona que está agresiva, precisamente porque no entiende lo que está pasando y por mucho que intentes en ese momento explicárselo, ves que es imposible, que no te está entendiendo, que tú para él eres mala y lo que quieres es atarla y... es duro, es duro... tener que atar a alguien en contra de su voluntad, es duro.” (E1)

“A ver las contenciones mira es una cosa súper desagradable tener a una persona contenida, por el hecho... a ver, si te pones en el lugar de esa persona tiene que sentirse tan vulnerable, tan indefensa que, bueno, yo de pensarlo... [...] A mí particularmente... yo las detesto.” (A7)

Muy especialmente, los profesionales sufren estrés moral cuando se plantean el uso de la contención desde una perspectiva personal, ya sea a ellos mismos en un futuro o a un familiar.

“Tengo una madre que es bastante mayor. Bueno, para mí, muchas veces, estoy tratando con pacientes y estoy viendo a mi madre, ¿sabes? Entonces para mí... a mí no me gusta. A mí verdaderamente... para mi sensibilidad es una cosa súper desagradable. No sé, es como un... no sé cómo decírtelo... es como si estuviera atentando contra... una falta de respeto, ¿sabes qué te quiero decir? Es como si yo estuviera cogiendo, o sea, un poder sobre esa persona que no... no... que tiene sus derechos. A mí la verdad me hiere bastante hacer eso, no me gusta. Nunca me ha gustado y no me gusta. Es como el tema de cuando se quieren lavar ellos, o el tema de cuando no quieren comer... tienes que respetarlos, son personas, da igual si están demenciados o no, pero aún tiene la capacidad de decir no o sí, ¿sabes que te quiero decir?, no sé... A no ser que sea claro un riesgo inminente ‘oye, ¡o hacemos esto o es que se muere ya!’. Pero ese pequeño, ese pequeño espacio de que ellos puedan decidir sí quiero o no lo quiero. Me parece como que es invadir la privacidad... toda la privacidad... a mí no me gustan nada las contenciones, ¿eh? Nada, en ningún aspecto... están ahí, como otras cosas.” (A7)

En concreto, algunos médicos presentan estrés moral ante su responsabilidad como prescriptores de las contenciones pues, pese a no creer en ellas como elementos positivos para la seguridad del paciente, las siguen indicando en la actualidad ante la falta de alternativas y de conocimientos sobre el cuidado sin sujeciones.

“Me cuesta mucho por ejemplo... es algo que me... que me impresiona todavía años después tener que contener a un paciente, me resulta algo desagradable tener que... tener que pautarlas, pero hay veces que sí que creo que son... que son necesarias.” (M1)

“No quiero dramatizar porque sé que son necesarias... en muchos casos, pero yo diría que sí, es decir, que... que me estoy dando cuenta de que no estoy actuando con idoneidad ante esa situación, estoy actuando, eh... estoy siendo el brazo ejecutor de un espíritu garantista que no me acaba de convencer... garantista de, de no maleficencia, pero no estoy dando una opción real para mejorar la autonomía ni estoy siendo todo lo benéfico que tendría que ser. Ni estoy tampoco siendo justo con esa persona, porque no hay medidas de tipo fisioterapéutico o terapéutico de las cuales se benefician otras personas, pero no se está beneficiando él por prevenir una situación, por ejemplo, de fragilidad, de sarcopenia y de atrofia muscular.” (M6)

“¡A mí no me gusta nada! O sea, a mí no me gusta nada poner las contenciones, no, me parece... a mí me provoca ansiedad, cada vez que veo a alguien contenido me da ansiedad, no me gusta. No sé. Incluso a veces la barandilla, ¡ay! ¡es que soy claustrofóbica! A veces la barandilla le quito una. Con las barandillas no puedo tampoco, no sé. Ver... están privados de su libertad. No, no lo vivo bien. Cuando sí, cuando son síndromes confusionales y sé que es 1 o 2 días no pasa nada, es eso que, es lo que hay que hacer... porque están muy agitados o agresivos.” (M2)

En tercer lugar, unos pocos profesionales críticos ponen de manifiesto conflictos internos derivados del uso de las contenciones físicas que pueden identificarse como coraje moral. Estos profesionales se muestran contrarios a la aplicación de las contenciones físicas al considerarlas elementos indignos para el paciente y llevan a cabo acciones para evitarlas y ofrecer unos cuidados más respetuosos con la persona mayor.

“Uy, ¡para mí es lo peor! Desde el punto de vista ético, para mí es, eh... cuando yo leí esto, cuando yo hice un curso, porque yo hice un curso, de verdad vi lo, lo tan inhumano que puede ser el sujetar a una persona... pero cuán-, ¡cuánta responsabilidad tienes de que esta persona no se haga daño! Porque siempre relacionamos el sujetar, con que la persona no se haga daño. Es una

cosa que, hasta ahora, muchos de nosotros tenemos que interiorizar. Para mi antes de hacer eso, yo prefiero utilizar todas las armas posibles.” (E3)

“Pero ¿qué vas a tener, una persona contenida toda la vida? ¿sentada toda la vida? ¡Es que es imposible! Es que es imposible no, es que yo lo veo absolutamente ilegal. Es decir, tener a una persona atada es lo último que puedes hacer, es un método de tortura. Incluso cuando hay cierto deterioro cognitivo, a las familias les explico ‘jes un riesgo que tenemos que asumir! Tenemos que tomar todas las medidas, pero no le vamos a tener contenido toda la vida’, porque es que no podemos tener a una persona sentada toda la vida en espera de que no se caiga. No se morirá de una fractura, pero se morirá de, de, de la crisis, de la depresión, del cuadro psicótico que le vamos a provocar por estar contenido.” (M3)

Dentro de esta postura, hay profesionales como esta auxiliar que se declara anti-contención física y expresa su manifiesto ético contrario a estos dispositivos, pero en su práctica diaria se encuentra ante situaciones ante las que tiene que contener a un paciente y justifica su acción por la falta de recursos y alternativas disponibles.

“A mí sí, porque yo odio las contenciones abdominales y de las manos, no me gustan. Yo no... no me gustan, o sea, directamente. [...] Lo que pasa es que, bueno, aquí estamos y supongo que... entiendo que se han de poner.” (A3)

Por otro lado, una enfermera explica su proceso de transición desde el estrés moral hacia el coraje moral, dejando de ver las contenciones físicas desde la beneficencia para considerarlas una práctica maleficente.

“Es un poco paradójico porque no lo entiendes en ese momento, cuando tienes tus primeras experiencias. Y caes en esta conclusión: al final lo vas a tener que cuidar. Más bien lo estás haciendo daño, indirectamente esto le estás haciendo daño y entras en una... una discusión, ¿no? de tus valores y te pones a pensar, ¿no? ‘Pero si la quito, se va a tirar. Si estamos dos personas aquí, de repente no se tira. Si me pongo a hablar con él, se van a despertar todos. Si cierro la puerta y no me escuchan, ¿qué hago?’. Entonces, todo eso te viene como una película, ¿no? Y cuando pasa ya el tiempo, ya lo sabes manejar diferente.” (E3)

Pese al coraje moral que muestran, estos profesionales reconocen que en ocasiones la elevada carga de trabajo y la falta de comprensión por parte de sus compañeros les generan un malestar añadido. En concreto, existen situaciones ante las que se replantean si deben priorizar el acompañamiento constante a un paciente o las actividades propias del cuidado de los otros. Este conflicto se ve agravado ante el cuestionamiento de los compañeros -que consideran que este acompañamiento no es prioritario al poder recurrir a las contenciones y continuar con las otras tareas asistenciales-, la elevada carga de trabajo y la presión de los familiares.

“Decirlo es fácil, pero cuando estás a pie de cama y estás con el paciente y tienes mucho trabajo te cuestionas. Yo he llegado a un punto de no cuestionarme por mí, sino por mis compañeros. Porque puedo yo, puedo yo tener esta, estas ideas que estoy diciendo y asumirlas, yo, en ese momento. Pero sólo yo, ¿no? Tenerla yo una noche, hacerlo una noche yo, vale, yo soy de la idea que me lo tengo que comer, vale. Lo sugieres, sí, y te van a decir ‘sí, como me lo sugieres, pues lo vamos a hacer’, pero llega un punto en donde si ya sabes lo que es sujeción, no tendría que sugerírtelo, tendríamos que saber que no nos gusta que nos aten. Pero, pero tenemos trabajo, y a las seis de la mañana que todo el mundo empieza a tener una actividad, estar acompañando a una persona es difícil, porque tu trabajo es para veinticinco personas en dos horas, que tienes que dar muchos cuidados, ¿no? Entonces empiezas tú a tener esta discusión, ¿no?” (E3)

“Pero luego estás con otro tipo de paciente que, si se cae, se puede lastimar, entonces ahí ya, mira, ‘reparte tú y cuando termines vienes conmigo, vienes con él’, y me he encontrado donde... como que los cuidados son continuados, y ya vives como un, un conocimiento previo de que este paciente da unas noches un poco especiales, pues ya tú lo pasas en el parte y ya... tu trabajo no es el mismo, pero es entendido. Y ya no están ahí cuestionándote, porque a veces quieres hacerlo

todo, quieres terminar bien tu trabajo, pero si hay un paciente que está así, tú tienes que priorizar, no, no... le vas a contar el parte 'te dejo todos los aerosoles y esto que no he podido, está desde las seis de la mañana así'. No vas a encontrarte a alguna compañera que te diga alguna tontería, ¿no? Porque estás justificándote en tu trabajo, porque también ella ha estado a pie de cama en un momento puntual... El problema se genera cuando ya es siempre. Y ahí es cuando tú tienes ese, ese conflicto de qué hacer." (E3)

"Es presión de los enfermeros, también de los, de los familiares... '¡ah! ¡que no lo van a contener y no lo van...!', y a veces eso me cuesta más y a veces ahí es cuando a veces no sé si confrontar o no con el familiar, porque a veces le digo 'mira...', no sé, a veces es difícil hablarlo con el familiar porque me dice '¡ay! ¡que no le van a poner nada y no le van a contener, pero en la residencia también lo contenían!... ¡y mira si se cae!' entonces a veces es difícil contestar esto. Entonces yo digo 'yo lo único que quiero es que pienses, ponte en su lugar. Es hacer empatía. Yo quiero que estés atada una o dos horas en una cama y quiero ver qué sientes'." (M2)

Por todo ello, y pese al coraje moral que motiva su práctica, lamentan que no siempre sea posible mantenerse fieles a sus principios y evitar por completo el uso de las contenciones físicas.

"Es bonito decirlo, Alba, pero a veces lo dices y no lo puedes aplicar al cien por cien porque te puedes encontrar con muchos escenarios fuera ya del mismo paciente... familia que no quiere, tú que estás con trabajo hasta arriba, o la auxiliar que no te puede... que no puedes dar más de ti, y tú tienes que dejar de hacer tu trabajo, suplir el de un cuidador a pie de cama... todas estas cosas te generan, eh... muchas dificultades. [...] Porque muchas veces lo he querido hacer, muchas veces lo he intentado y me he encontrado con barreras institucionales no, más que todo con barreras familiares, barreras de los compañeros del mismo trabajo, pero la institución, de mí, barreras no he tenido ninguna, pero de estos sí, y no he podido, claro, tienes que terminar todo el trabajo. [...] Te pones de repente, de los veinte que haya tenido así, me habré dado la oportunidad de hacer lo correcto y hacer los pasos como toca, con ayuda y todo, pues diez. Sigue siendo un poco insuficiente, pero por esos diez, tú no dejas de hacer lo correcto. O eso es lo que yo... me guío más que todo a nivel emocional, porque es... para que tú lo sientas, para tí, nadie te lo va a agradecer, nadie." (E3)

7.3.2. Las estrategias de los profesionales para afrontar los conflictos éticos secundarios a la aplicación de las contenciones físicas

Para hacer frente a los conflictos éticos secundarios al uso de las contenciones físicas y a sus consecuencias, los profesionales despliegan una serie de estrategias internas y externas que se describen en este apartado.

7.3.2.1. La racionalización como estrategia interna para afrontar el conflicto ético: el deber con la seguridad

La racionalización es la estrategia interna que utilizan los profesionales para afrontar el conflicto ético que les genera el uso de las contenciones físicas y así justificar su uso, especialmente para la seguridad física del paciente y entendiéndolas como un mal menor. Además, justifican su práctica al entender que es una función propia de su rol profesional.

Por un lado, los profesionales racionalizan el uso de las contenciones en base a sus supuestos beneficios para garantizar la seguridad física de los pacientes. Además, los profesionales tratan de justificar sus acciones argumentando que las contenciones físicas son un mal menor para el

paciente y que con su uso están le están evitando daños mayores. En concreto, ante el uso repetido de las contenciones, los profesionales dejan cuestionarse esta práctica y explican que éstas son preferibles a las posibles consecuencias de no utilizarlas. De esta forma, los profesionales recurren a esta justificación ante el conflicto ético que les implica su uso, autoconvenciéndose que lo hacen por y para la seguridad del paciente, así como la de los otros pacientes y los propios profesionales. En este sentido, cuando los profesionales con actitudes anti-contención física acaban recurriendo a ellas, tratan de convencerse que son el último recurso del que disponen, tras haber fracasado las alternativas disponibles.

“Pensar que, que es lo mejor para ellos. O sea, no lo hacemos nunca para dañarlos ni para castigarlos, ni... no se utilizan de esa manera nunca, vamos, nunca. Entonces, eh... tú siempre piensas en que no se caiga y que no se haga daño. Sí, es eso. Entonces eh... pues yo me quedo con la conciencia más tranquila porque sé que no se va a caer.” (E5)

“Hay veces que creo que protegen al paciente y otras que creo que no que... o sea, físicamente, desde fuera y sin ser sanitario, lo veo como... como algo no sé, como vejatorio. O sea, yo veo a un paciente contenido sin ser... sin ser sanitario, siendo familiar, y alucinaría, o sea, si yo llegase y viese a un familiar mío contenido, la verdad es que me molestaría y no me gustaría nada. Lo que pasa es que luego, desde... desde el punto de vista sanitario, hay veces que no queda otra. Y luego, hay casos en los que realmente está en riesgo la... la vida del paciente, de que se caiga, de que se fugue, así que sí que creo que sí son totalmente necesarias.” (M1)

“Para el enfermo agradable no es. Ahora, es una manera de evitar males mayores. [...] Si no lo atan, se romperá el brazo o la cadera y todavía será mucho peor no haberle atado.” (E7)

“Intento pensar, mentalizarme que he intentado o que hemos intentado el equipo, otras medidas que no han funcionado y qué es lo más seguro para el paciente y qué es bueno para el paciente. Es que, si no, no... Es lo menos malo, no es gran alivio, pero bueno, es lo menos malo de lo que... no es que sea lo mejor, es lo menos malo. De lo malo, lo menos malo.” (M5)

Esta racionalización, se ve reforzada por las experiencias negativas previas, a las que los profesionales recurren para afrontar el estrés moral que les supone usar las contenciones físicas. En concreto, hacen alusión a situaciones en las que la retirada de las contenciones fue seguida de accidentes con lesiones importantes para los pacientes.

“Sobre todo al principio, me costaba más porque me parece pues eso, como algo vejatorio, algo... No es agradable tener que contener a alguien. Lo que pasa es que sí que es verdad que yo he aprendido con el tiempo y las experiencias, que lo que pasa muchas veces que no quieres contenerlo, no lo contienen y luego las consecuencias son muchísimo peores. [...] Como ya he tenido malas experiencias, pues pienso en esas malas experiencias, para quedarme un poco más tranquila.” (M1)

“Hemos tenido casos aquí de decir ‘bueno, ¡vamos a darle un voto de confianza!’ Bueno, el voto de confianza fue que al día siguiente se intentó levantar, se cayó de cara y se fracturó la nariz, y nos la encontramos así con la nariz hacia un lado, una hemorragia enorme, y a partir de ahí fue un deterioro progresivo y falleció ¿no? No digo que fuera por la caída, pero bueno, claro, ¡fue un golpe tremendo! Entonces... claro, es que es muy difícil, entonces tú dices ‘uy, vale’. A nadie nos gusta tener a las personas contenidas, pero claro, no es agradable que se caiga un paciente, la verdad, entonces, a veces por prevenir. Lo ideal sería no tener a nadie contenido, pero claro, el mundo ideal no existe, por desgracia.” (E5)

Además, la falta de alternativas, la escasa adaptación de los entornos y la elevada carga de trabajo consolidan esta idea de necesidad y ayudan a mitigar el conflicto ético generado por este uso. Igualmente, hay profesionales que refuerzan esta racionalización al oponerse al planteamiento de las contenciones químicas como la principal alternativa al uso de las físicas.

“Las utilizamos más de lo que nos gustaría, o sea, yo si este hospital estuviese más adecuado al tipo de paciente, estaría mucho más contenta de que la mayoría de los... de que sólo se utilizasen contenciones en situaciones de agresividad máxima y de que realmente estuviese en peligro la vida del paciente o de los de alrededor. A mí, realmente, pasear por la planta y ver a la mayoría de pacientes contenidos y eso, pues a mí me resulta desagradable. Lo que pasa es que es verdad que la unidad no está adaptada para nada y que... ¡y que no queda otra que hacerlo!” (M1)

“Pero es que a veces no puedes, por mucho que tú quieras, y no puedes, porque no... no das abasto. Sí, ¡es una pena!” (E4)

“Hombre... ¡Es duro poner una contención! Pero considero que son necesarias. ¡Te cuesta!... pero no hay otras cosas, no hay otros métodos para poder contener a estos pacientes de esta manera. Y casi prefiero, en la mayoría de situaciones, una contención mecánica que no química, que no farmacológica.” (A4)

Por otro lado, los profesionales racionalizan el uso de las contenciones físicas desde su rol profesional. Esta racionalización se da especialmente entre las TCAE que se convencen de que esta práctica forma parte de las tareas inherentes a su categoría laboral y, por lo tanto, “tienen que hacerlo”. En este sentido, lo comparan con otras actividades propias del cuidado que no resultan agradables para los profesionales, como el ver morir a los pacientes.

“¡Hombre! ¡Yo lo hago porque es mi trabajo! [...] Pienso que es el trabajo que hay que hacer. Al final pienso eso, que es lo que el paciente necesita, aunque yo sienta aversión a eso.” (A3)

“¡Uf!... Como tantas otras cosas que no me gustan, hay que hacerlas, ¿no? Obviamente, estás dentro de un rol que te exige unas cosas y tienes que cumplirlas, no te queda más remedio, ¿no? [...] No, no tengo ninguna estrategia, no me gusta y punto. Bueno, hay muchas otras cosas en mi trabajo que no me gusta y las tengo que asumir, no hay otra opción, ¿no? Tampoco te gusta ver morir a la gente y lo ves y no puedes evitarlo y estás ahí y lo ves... sabes que es lo que hay. Entonces pues lo asumes, lo asumes.” (A7)

“Hombre, agradable no es, pero yo lo veo necesario. Para mí no es agradable. [...] Ahora, es mi trabajo y es necesario, es necesario.” (E7)

7.3.2.2. Las estrategias de praxis para afrontar los conflictos éticos: amortiguando el impacto de la contención

Además de las estrategias internas, los profesionales llevan a cabo una serie de estrategias externas o de praxis que les ayudan a afrontar el conflicto ético que les genera el uso de las contenciones físicas.

En primer lugar, hay profesionales que explican que, al aplicar las contenciones físicas, lo hacen de la forma menos agresiva para el paciente y se muestran lo más empáticos posible con él. En concreto, varios profesionales señalan que dejan las contenciones lo más flojas posible para que el paciente se sienta más cómodo. Además, tras su aplicación llevan a cabo una serie de actividades como ponerles la televisión para reducir el impacto producido por la contención física y mejorar la vivencia del paciente. Igualmente, los profesionales explican que tratan de explicarle al paciente en todo momento el procedimiento y los motivos de su aplicación. De esta forma, buscan convencer al paciente de la necesidad de uso y llegar a acuerdos con ellos a través del pacto. En definitiva, con todas estas medidas, los profesionales sienten que están aplicando las contenciones físicas de la forma más humanizada posible.

“A veces no tienes más remedio que poner las mínimas contenciones. [...] Intentas decirle ‘te pongo esto pero te lo pongo flojito’, intentas explicarle que lo haces para, que no le vas a hacer

daño, que te diga si le molesta, si así está cómodo y que sea anatómicamente lo más... lo menos gravoso para él. [...] Acercarte lo más posible, ser lo más empático posible y darle todas las explicaciones y todas las veces que haga falta para que él, de alguna manera, acepte que tienes que hacer eso por... también por su bien, y a veces también por el de los demás.” (A1)

“Pues vas dando vueltas por las habitaciones, les vas diciendo algo, los saludas, les pones la tele, poca cosa más. Y cuando lo puedes hacer porque el trabajo te lo, te lo permite, porque a veces no tienes tiempo de nada.” (E4)

“Intento como engañarlos, un poco como un crío, en plan de ‘bueno, es un cinturón, como cuando llevas el cinturón’ y parece que a veces los convences de que no pasa nada y de que no es nada agresivo o, incluso, les digo ‘esto es para que no te caigas para delante’, por ejemplo.” (M1)

“Pues intentar explicarle, intentar tranquilizarles, sobre todo tranquilizarles, decirles ‘esto va a ser unos días, hasta que estés mejor, este es un cinturón de seguridad como en el coche. Queremos que no te caigas...’. Intentar explicarle, que vea la situación que a veces se consigue y a veces no, sobre todo eso tranquilizar al paciente y que vean que es una cosa puntual.” (A7)

En segundo lugar, en caso de utilizar las contenciones físicas, los profesionales tratan de limitar su aplicación al máximo, restringiéndolas únicamente al manejo de situaciones agudas y considerándolas inevitables en estos casos. Del mismo modo, una vez aplicadas, tratan de retirarlas de forma temprana.

“Es que creo que aquí está lo importante, verlo como un tratamiento, un tratamiento en un momento de mucha necesidad y que, debido a que choca con un derecho fundamental del paciente, hay que estar muy al tanto para retirarlo enseguida. Se ha de retirar enseguida.” (M3)

“Porque no me gustan las sujeciones, porque creo que el paciente sufre con la sujeción, entonces, yo creo que si en algún momento se ha decidido que tiene que llevarla, porque es seguro o necesario, lo puedo llegar hasta entender. Pero si ya no la necesita, no tiene por qué tenerla.” (M5)

En este sentido, los participantes hacen referencia al principio de proporcionalidad y algunos se niegan a aplicar las contenciones con un elevado nivel de restricción al considerarlas contrarias a los principios de cuidado.

“Las contenciones de pies y manos yo me niego a hacerlas. A mí me parece... aunque sea porque lleva una perfusión, qué quieres que te diga. ¡Vale más morir deshidratado que atado como el buen Jesús! ((simula persona crucificada)), no sé... Tantos años así, hombre, ¡que me maten!... ‘¡Es que se arrancará el suero!’ Bueno, ¡pues ponle una subcutánea o dale oral! ¡Yo qué quieres que te diga! ¡Porque a mí sí que me duele esto!” (E2)

En tercer lugar, para afrontar el conflicto ético que genera el uso normalizado de las contenciones físicas, los profesionales más críticos tratan de fomentar un cuidado libre de contenciones en sus unidades. En concreto, los profesionales se esfuerzan por que sus compañeros adquieran una mirada más crítica sobre las contenciones, así como por trabajar en equipo y crear un entorno de cuidado más sensibilizado con un uso reducido de ellas. Para ello, cuestionan las contenciones físicas que están siendo utilizadas en ese momento, replanteando abiertamente si realmente es la mejor opción para el cuidado del paciente.

“Intentar que se hagan las cosas lo mejor posible. O sea, coger al equipo, ‘¿qué pasa con este paciente? ¿Lo has comentado con su médico?’... Revisando, comentando, explicando, dando tu opinión. Intentar el trabajo en equipo y el ver todo lo que se puede hacer.” (M3)

“Yo lo que intento es hacer reuniones interdisciplinares, hablar con el resto del equipo lo más que... generar un clima de confianza y... y me doy cuenta de que hay, hay compañeros que están más cualificados y que son más flexibles y tienen más conocimientos y tienen más recursos en el sentido de conocimientos, que esto brinda a la flexibilidad; y otros profesionales y compañeros

que, puede ser por falta de una formación, pues son más rígidos a la hora de aplicar protocolos y que, para ellos, pues, eh... actúan más como una medicina defensiva o, o como una... limitando más el, las posibilidades de aquella persona.” (M6)

Por último, en cuarto lugar, hay una profesional que explica que de las estrategias que desarrolla para afrontar el estrés moral que le supone el uso de las contenciones físicas es compartir su visión con otros compañeros cuyas actitudes respecto a la práctica son afines.

“A veces, bueno, lo hablamos, a veces lo hablo, por ejemplo, con XX que piensa igual que yo, ‘este paciente mira lo que ha pasado, eh...’, de gente que ha estado contenida mucho tiempo.” (M2)

7.4. El cuidado sin contenciones

7.4.1. La postura de los profesionales ante el cuidado sin contenciones

A continuación, se presenta la perspectiva de los profesionales respecto a los cuidados sin sujeciones. En primer lugar, se explica su valoración respecto a este modelo de cuidado y, en segundo lugar, los requisitos para su implementación.

7.4.1.1. La visión de los profesionales del cuidado sin contenciones

Los profesionales valoran positivamente el cuidado sin contenciones, entendiendo que sería lo ideal, aunque utópico, en el cuidado de las personas mayores, además de considerarlo inseguro para el paciente y de muy difícil aplicación con los recursos actuales. Por el contrario, otros profesionales consideran que sí sería posible, llegando a verlo como el cuidado que de forma natural debería ofrecerse a las personas mayores e identificando algunos factores que favorecerían su aplicación en este entorno. Sea como sea, la mayoría de los profesionales percibe que existe una cierta sensibilización con el cambio de modelo y un acuerdo por parte del equipo en que es el camino a seguir.

Ante todo, los profesionales -incluso aquellos con actitudes pro-contención física- valoran positivamente el cuidado sin contenciones, considerando que sería el modelo de cuidado ideal y deseable en la atención a las personas mayores, así como la opción más respetuosa con el principio de autonomía. Además, se muestran dispuestos a llevarlo a cabo si tuviesen la formación y los medios necesarios para ello, entendiendo que el día que sea posible cuidar sin contenciones físicas será un logro.

“En un cuidado mucho más humanizado y más cercano al paciente.” (E1)

“Sería lo ideal. Para mí, me encantaría que no, no tener que contener a nadie. Sería un paso bien importante en el cuidado de la gente, sí. [...] Ojalá llegue el día que se puedan evitar las, las contenciones porque sería un gran, una consecución muy importante en los cuidados es que, ¡uf! ¡Un logro sería el no tener que contener a la gente!” (E4)

“A mí me parecería, desde el punto de vista ético, legal y social, me parecía lo ideal, el tender a cero. Yo creo que el tender a cero es lo ideal, y cuando veo en algunas residencias que lo plantean como objetivo, a mí me parece fabuloso, lo que pasa es que me gustaría mucho ver cómo, cómo lo gestionan, cómo lo manejan, entonces claro, a mí me parece perfecto.” (M3)

“Si me los explican bien y... y hay gente que ha encontrado este mecanismo para que esto se pueda hacer: ¡fantástico! Quiero decir, yo creo que todos tendrían que dormir... todos tendrían que estar sin contención, pero no sé cómo se tiene que hacer. Y sé que hay hospitales, sobre todo unidades... hospitales geriátricos, residencias, donde se pone en marcha... ¡pues muy bien!” (E2)

Sin embargo, numerosos profesionales, especialmente aquellos con actitudes más favorables a la práctica, consideran que el cuidado sin contenciones es un modelo de cuidado utópico e inseguro para el paciente. En concreto, hay profesionales que expresan su falta de confianza respecto a la aplicación real de este modelo de cuidado y de su eficacia para mantener la seguridad física del paciente.

“¡Que es una utopía! Pienso... Es decir, sería precioso y probablemente se tiene que intentar llegar lo más cerca posible, pero es que hay casos que, creo que no es factible. O, o, o muchísimas fracturas de cadera... Sí, muchas lesiones. [...] ¡Yo es que no creo en la contención cero!” (M7)

“Lo ideal sería no tener a nadie contenido, pero ¡el mundo ideal no existe, por desgracia!” (E5)

“(3) Mira... cuando yo he asistido a estos cursos, yo he pensado ‘es verdad, ¡qué feo estar contenido! ¡qué horroroso!’ Pero yo quiero ver a esta gente con estos pacientes que yo tengo en mente ahora mismo en la planta, a los que están dando el curso. Allí, con ellos, cinco horas seguidas. No la jornada completa, 5 horas. En las que lo descuenten y bueno... de, de ... ¡agresivos, pero de pegar, pero de pegar fuerte! Eh... de meterse en otra habitación y agredir a otro paciente. Vale, explícale que no lo haga y que se esté, porque no lo vas a contener si se porta bien. Tenlo ahí. Y, entretanto, ves atendiendo a los quirófanos que te llegan, y ves atendiendo los timbres que te están llamando, y ves acompañando a gente que tiene derecho a ir al baño. ¡Pero estate con aquel y explícale que no lo quieres contener!” (A1)

Desde esta visión utópica del cuidado sin contenciones, algunos profesionales con actitudes favorables a la práctica plantean que a ellos lo que les gustaría es que los pacientes se encontrasen en una situación tan favorable que no fuese necesario contenerles.

“Sería lo ideal, lo ideal sería no necesitar contenciones, eso seguro. El problema es, eh... si luego es posible. Pero sí, yo creo que lo ideal es no necesitar una contención de ningún tipo... ni, ni con medicación, ni, ni mecánica, ¿sabes? Conseguir que la situación sea lo suficiente tranquila y agradable para el paciente para que no, para que no llegue a, a tener esa agitación ni esa necesidad de salir de donde está.” (M4)

“Me gustaría que no se utilizasen, pero también me gustaría que no se cayesen, que no haya fracturas de caderas, que no... o sea, me gustaría acercarnos a la situación ideal que es que estén acompañados, que, que estos cuadros de agitación se controlasen... ¡en fin! Me gustaría acercarme a la contención cero.” (M7)

Por todo ello y con los recursos disponibles, hay profesionales que defienden que la aplicación de un modelo de cuidado sin contenciones es imposible en estas unidades. Incluso, llegan a expresar que para poder cuidar de esta forma es necesario cambiar al perfil de los pacientes hospitalizados. En concreto, hay profesionales que entienden que el grado de aplicabilidad es diferente según el entorno asistencial, siendo más difícil en unidades de cuidados de pacientes en situación aguda.

“Con según qué pacientes, no. ¡Imposible! ¡Se caerían!” (E5)

“Con nuestro tipo de paciente, un paciente de un sociosanitario que son personas muy mayores, muy deterioradas tanto cognitivamente como físicamente, eh... con... con muchas demencias, con muchas carencias, sin contenciones, es que no podemos, no podríamos.” (A4)

“A ver, ¿sin sujeciones? Yo es que entonces le diría a la persona ‘vale, ¿qué quieres?’ Nosotros tenemos una planta de veintidós o veintitrés pacientes, si sólo tenemos que estar toda la noche

sólo con un paciente así, yo no puedo, ¿los otros qué hago? [...] No ((creo que sea posible cuidar sin sujeciones en nuestra unidad)).” (A5)

En esta línea, una profesional describe cómo la falta de conocimientos de los profesionales sobre las alternativas a las contenciones físicas y su falta de confianza en ellas impiden su aplicación.

“(No se llevan a cabo las alternativas)) Uno: porque no todas las conocemos ((las alternativas)); dos: porque no todo el mundo cree en ellas; y, tres: porque no siempre están disponibles.” (M5)

Al contrario, algunos profesionales, especialmente aquellos más críticos con esta práctica, expresan que con los recursos actuales sí sería posible llevar a cabo un cuidado sin contenciones físicas. En cualquier caso, consideran que se podría reducir significativamente su uso, limitándolo exclusivamente al manejo agudo de cuadros confusionales. Incluso, una profesional explica que lo ha realizado y que no ha interferido en la dinámica de la unidad, pues la cantidad de pacientes que precisan supervisión y acompañamiento para evitarlas es asumible con los ratios de personal actuales.

“Sí, yo creo que sí ((sería posible cuidar sin sujeciones en mi unidad)). Ahora mismo sí, porque no está, o sea, hay va-... hay muchos pacientes dependientes, pero la gran mayoría ahora mismo no están contenidos. Entonces, yo creo que sí, que ahora sí se podría. [...] Por ejemplo, ahora no sé si habrá 3 o 4 contenciones, entonces, tú puedes dedicarle mucho más tiempo, puedes entrar a la habitación, estar ahí, ver con ellos la tele, hablar un rato, ver que... Sí, a día de hoy sí se podría. Porque no hay muchos pacientes que ahora mismo -creo que son 3 los que hay- entonces, yo creo que sí se podría, porque somos 3 auxiliares, más enfermería, ¡sí se podría! Y... o incluso, bueno, los pacientes que pueden caminar, pues, claro, sería positivo, pasearlos, hacer cosas así.” (A3)

“Como somos cuatro, pues nos turnábamos. He de decir que tampoco hemos tenido una noche horrorosa... Tampoco hay gente que debe haber tenido mucho... habré tenido uno o dos que no duerman, pero no cuatro como para que los cuatro que estamos por la noche, tengamos que depender exclusivamente de un paciente. Pero las veces de eso, sí hemos podido hacerlo. Hombre, ha sido una noche que no duermes.” (E3)

En este sentido, una médico explica que la posibilidad de aplicar un cuidado sin contenciones físicas se ha visto afectado por la pandemia por COVID-19. En concreto, explica que el hospital ha tenido que adaptarse para acoger a pacientes con la enfermedad, lo que ha obligado a reorganizar y redistribuir las otras unidades. Así, en una misma unidad, ahora están hospitalizados pacientes con perfiles muy diferentes, lo que es identificado como una barrera para la implementación de estos modelos de cuidado.

“Al día de hoy, no ((es posible cuidar sin sujeciones en el hospital)). Fíjate lo que te digo, tal como está a día de hoy, es verdad que igual la situación de ahora se rompe un poco porque está el COVID por medio. [...] Hasta que llegó el COVID creo que justo el XX ((hospital)) sí que era un hospital que estaba preparado para eso porque había implicación de la gran mayoría de la gente, personal con cierta experiencia, no la gente nueva que no sabía del tema. Y luego ya te digo, quitando chorradas como las mesitas, teníamos salas, teníamos espacio: gimnasio, donde pueden estar los pacientes con más riesgo de tal... sí. ¡Ahora no! Ahora está todo tan cambiado, pero no era un mal sitio para poder conseguirse.” (M5)

Desde esta visión favorable de la implementación del cuidado sin contenciones físicas, hay una enfermera que expresa que para ella ya es lo normal y natural en la atención a las personas mayores, integrándolo ya en su imaginario de cuidado.

“Cuidar sin sujeción, ¿cómo lo pienso? Como algo natural. Incluso ‘vamos a cuidar sin sujeciones’, para mi ahora no lo veo extraño. [...] Lo veo normal. [...] Con una formación, lo vería normal, como que ‘voy a quitar una vía’. No lo veo algo difícil. Creo que lo veo... lo veré... lo veo con un poco de estrés, con un poco de, de incertidumbre, porque no todos lo conocemos todavía.” (E3)

Para poder implementar unos cuidados libres de contenciones físicas, unos pocos profesionales identifican algunos facilitadores en los centros de atención intermedia. Por un lado, un médico destaca la presencia de profesionales de diferentes disciplinas, lo que permite una valoración y un manejo interdisciplinar del paciente. Por otro lado, una médica destaca que el perfil de paciente hospitalizado en una de las unidades podría facilitar la aplicación de cuidados sin contenciones.

“Lo que nos haría falta sería poder implicar más las familias para que... no nos engañemos, si lo que queremos es reproducir medidas de control conductual una vez se vayan de alta, tendríamos que hacer más educación sanitaria. Y esto significa implicar más a los cuidadores.” (M6)

“En XX, que hubiera sido más fácil, ¿por qué? Por ejemplo, una planta XX, tenemos pacientes en media-larga estancia, es una planta que acompaña, tienen una sala, que los pacientes más inquietos los puedes ponerse, tiene unas puertas que se pueden cerrar... son pacientes relativamente más estables, con lo cual la enfermería y las auxiliares tienen menos carga de trabajo, con lo cual están como más abiertos al acompañamiento y no andar detrás de la vía, la bomba, el no sé qué... Con lo cual hay plantas que acompañan más para hacer cuidados sin sujeciones.” (M5)

Sin embargo, una enfermera que lleva a cabo acciones de resistencia acaba reconociendo que, pese a tener formación en cuidados sin sujeciones y una actitud crítica frente al uso de estos dispositivos, su implementación real y total sigue siendo una situación idílica debido a la existencia de numerosas barreras en la actualidad para ello.

“Al final somos todos, y en la institución no creo que estemos preparados para cuidar sin sujeciones. No todavía, al día de hoy, todavía no. [...] Idílico no puede ser, todavía. Que debemos de trabajar en eso, sí. Hasta yo misma me pongo, yo te lo digo por mí. Puedo tener la formación, puedo tener la sensibilidad, puedo tener los valores, pero a día de hoy, todavía se encuentra uno con estrés que te puede impedir el que retomes todos estos pasos correctamente. De repente, llegará un tiempo donde... hay que confiar en que los cuidados se irán viendo de otra manera, y que el personal, tus compañeros, los médicos, la familia, te los, te lo haga más sencillo.” (E3)

En cualquier caso, la mayoría de los participantes considera que, en general, los profesionales están sensibilizados con la importancia de ofrecer un cuidado sin contenciones físicas, como parte de un modelo de atención que fomente la autonomía del paciente. Incluso, algunos profesionales que se han manifestado pro-contención física y que han declarado desarrollar prácticas de normalización consideran que el equipo profesional está concienciado al respecto.

“Además, estamos bastante implicadas.” (A4)

“Yo creo que hoy en día la línea es, no, no te quiero decir contención cero porque sería lo ideal, pero creo que básicamente todos los profesionales que trabajamos en geriatría, con gente dependiente, yo creo que sí que ya, aunque no tengamos una formación específica, sí que, por ética... intentas...” (M3)

“En el hospital donde yo trabajo ahora están bastante sensibilizados con el tema.” (M5)

“Entiendo que todo... que, que por lo menos en el equipo que estamos, estamos muy concienciados para la no utilización de la contención y que... cuando se están haciendo contenciones, es teniendo casi única y exclusivamente en cuenta la seguridad del paciente.” (A1)

Algunos profesionales con actitudes anti-contención han relacionado esta concienciación con un cambio en sus prácticas, reduciendo el uso de las contenciones físicas. Por un lado, las enfermeras ya no se adelantan a la indicación médica para aplicar las contenciones físicas y es el médico quien informa a los familiares y les solicita el consentimiento para usarlas, cumpliendo en mayor medida con los requisitos legales. Por otro lado, los profesionales han tomado mayor

conciencia de su responsabilidad en la toma de decisiones relativas al uso de las contenciones físicas y de la importancia de su registro del mismo. Igualmente, se ha limitado temporalmente la aplicación de las contenciones físicas, restringiéndolas en mayor medida al manejo de la situación aguda. En definitiva, se está produciendo un cambio hacia una cultura que fomente y respete más la movilidad y la autonomía de las personas mayores, evitando el uso de las contenciones físicas como primera opción ante la desorientación de un paciente.

“Ha cambiado mucho, ya no es la enfermera la que lo está sugiriendo, antes no, antes sí, ‘mira, ya te he adelantado el trabajo’. Yo creo que ha cambiado bastante, yo he vivido épocas donde ya venía el médico solo a firmarte y la familia lo veía como algo normal ‘ah, esto es que lo tienen que sujetar... como se está tirando...’. Ahora ya no, ahora ya... ya es diferente. También para mí, cuando tú le dices al médico que ‘esto es algo legal, que lo tienes que hacer tú’, cuando tú le dices esas palabras y tienes que informar a la familia, el médico ha cambiado el chip. Porque antes te dejaba la hoja y ‘ve a explicarle todo tú a la familia’, ‘¿Dónde está la hoja?’, firmaba y se iba. Y no te dejaba nada, ni el motivo, no te rellenaba ni este... el tipo de sujeción. Ahora esto también ha cambiado mucho, pero es gracias a que nosotras, todo el profesional de enfermería ha podido involucrarse en, en hacer lo correcto. Porque tiene el conocimiento previo. [...] También ha cambiado en que antes no lo escribían en el historial. Antes ni lo escribían, eras tú ‘paciente agitado que se levanta de la cama y lo otro y lo otro, pues le hemos, le hemos tenido que sujetar, le hemos puesto una sujeción mecánica de tal tipo’. Lo escribías como enfermera, y el médico... ¡nada! También se ha visto el cambio, ahora no lo escribes, dices ‘avisamos a médico’ y ni escribes, yo al menos, la mayoría de nosotros ya nos hemos concienciado y hemos dicho ‘¿no tienen ustedes que escribir?’, ¿no? ¡El que lo tiene que escribir es el médico! Otra cosa es que tú digas ‘después de la visita médica se adjunta consentimiento familiar y prescripción del médico’, poner las palabras que toca. Pero llevábamos muchos años escribiendo como si fueras tú la que lo hubieras puesto. También ha cambiado para bien eso.” (E3)

“Por los años que llevo, lo que sí que he visto es que se usaba mucho más a la ligera, por cualquier motivo era contener al paciente. Esto sí que he visto que con los años ha ido cambiando. Esto sí que ya he visto una buena evolución. [...] Veo a la gente más preocupada, más éticamente concienciada, sí, sí, esto sí que lo he visto a mejor, hace treinta años no era así, eh. Hace treinta años era habitual que un paciente que gritaba y daba cualquier problema, sentado y así, y así no tenemos problemas. Esto ha cambiado, gracias a Dios.” (M3)

“Pues cada vez menos, la verdad que ¡es una pasada! Yo me acuerdo de que esto hace 3, 4 años había que pasar la planta con el imán, buscando al celador con el imán, porque si no, no podías tocar ni un abdomen porque estaban todos con el cinturón y... claro, ¡no podías! Y ahora tranquilamente, en una planta de cuarenta, ya como mucho te encuentras cuatro o cinco... Es verdad que es una pasada, ¡hay muchos menos!” (M5)

En este sentido, algunos profesionales comparan la evolución de los cuidados paliativos en los últimos años y su actual implantación generalizada al cambio de modelo de cuidado libre de contenciones.

“Yo creo que hoy en día ya es un poco como la cultura de los cuidados paliativos, que hace veinte años los cuidados paliativos eran tema pues paliativista, y hoy en día los cuidados paliativos los tenemos que hacer todos, los hacemos todos. Yo creo que poco a poco se va a ir... pero es muy fácil recaer. A veces lo veo, digo ‘¿qué pasa?!’, no es que esté en un delirio, no es que... creo que es mejor llegar a la sorpresa, y hoy en día creo que ya estamos un poco así, me sorprende ver que, que tenemos a tres pacientes contenidos, a cinco pacientes o a X pacientes contenidos, que no es que sea lo habitual, que hace unos años era lo habitual. ¡Y yo pienso que queda por avanzar, eh!” (M3)

7.4.1.2. Los requisitos y las barreas identificadas por los profesionales para cuidar sin contenciones

Para que sean posibles los cuidados libres de sujeciones, los profesionales identifican principalmente la necesidad de mejorar las ratios de profesionales, así como de implicar más a los familiares. Además, consideran que son necesarias algunas adaptaciones del entorno y la adquisición de dispositivos electrónicos que complementen la vigilancia de los profesionales.

En primer lugar, la familia es identificada como un pilar fundamental para que los profesionales puedan plantearse un cuidado sin sujeciones. En este sentido, la presencia de los familiares permite que paciente esté acompañado física y emocionalmente, estando ellos pendientes de sus necesidades y pudiendo avisar a los profesionales en caso de necesitarlos. Por todo ello se podría reducir muy significativamente el uso de las contenciones físicas en las personas mayores hospitalizadas.

“Pero la base de todo es la familia. Si la familia estuviera con el paciente, el paciente estaría bien. A parte de ver una cara conocida, pues no estaría contenido, se podría levantar, ir al baño...” (E6)

“El estar acompañados ((por quien sea)), una persona que está acompañada 24 horas seguramente no necesita la contención. [...] El hecho de estar acompañados, les puedes calmar, entretener y demás, no haría falta igual ninguna contención, ¿sabes? Porque... no hay riesgo de caídas, riesgo de hacerse, hacerse daño, eh... si hay una persona con ellos todo el tiempo.” (M4)

“Si tienes que estar pendiente de un señor, a veces no lo descontienes, porque te falta compañía. Es muy fácil retirar una contención con una persona que tiene una cuidadora, que está pendiente y que no... que no una persona que no está acompañada, porque ¡uf!... tienes que ver que hay un cierto equilibrio, mientras que si está acompañado sabes que en un momento determinado siempre puede tocar el timbre y estás allí. No hay personal como para estar pendientes y, a veces, éste es uno de los, de los motivos de que las contenciones se puedan alargar. Yo creo que aquí el, el factor de los cuidadores es importante.” (M7)

Incluso, ante la imposibilidad de los profesionales para vigilar a los pacientes y de los familiares para acompañarlos, los voluntarios son identificados como una alternativa para supervisar a los pacientes y, de esta forma, eludir la aplicación de las contenciones.

“Los voluntarios, que haya más voluntarios y más participación por parte de los voluntarios para que cuiden a los pacientes que realmente tienen riesgo, que tampoco son muchos los pacientes que tienen contención. Estos pacientes con contención, por ejemplo, es una idea, poner a los voluntarios para cuidarlos, si es que no tienen cuidador.” (M2)

En segundo lugar, los profesionales defienden que, para poder llevar a cabo un cuidado libre de contenciones físicas, es imprescindible aumentar los recursos humanos, mejorando así las ratios de pacientes/personal. Son especialmente las TCAE, aunque también las enfermeras, quienes reclaman más personal para poder atender las necesidades de todos los pacientes sin recurrir a la contención. Además, los profesionales reconocen que la estabilización de las plantillas favorece estas prácticas libres de contenciones. Sin embargo, los profesionales con actitudes más favorables a su uso reconocen que con más recursos humanos se podrían retirar contenciones, pero afirman que son necesarios unas ratios inalcanzables, prácticamente equiparando el número de profesionales con el de pacientes.

“Si tuviésemos compañía sería mucho más fácil, si... si hubiese más personal para estar con ellos, pero, claro, están dentro de habitaciones, esto querría decir que si hay 17 habitaciones tendría que haber 17 personas trabajando. ¡No sé si esto el sistema lo puede mantener! ((Risas))” (E2)

“La formación, el tener un ratio adecuado, el tener el personal muy sensibilizado, el tener un equipo estable... ¡es muy importante!” Claro, no es lo mismo si vengo de cuidados intensivos, he estado trabajando en cuidados intensivos y mañana me voy a trabajar a ortogeriatría. O sea, esto es un proceso, y tener un equipo estable yo creo que también ayuda.” (M3)

“Está claro que a veces... yo es verdad que... cuando yo hacía los cursos del Libera Care que decían ‘bueno es que no supone más formación o más personal’. Más formación, más sensibilización sí, eso está claro que hace falta, y más personal. [...] Pero es verdad que mucha gente lo resume en falta de medidas -que a veces es verdad-, y/o falta de personal y a veces nos olvidamos, que es verdad que a veces hace falta más personal. Si tengo que tener una planta, un pasillo cerrado y acondicionado para que se muevan libremente, tengo que tener a alguien que vigile...” (M5)

“Cuidados sin sujeciones, considero que tiene que haber o un exceso de personal en plan a lo bestia, ya te digo, para que... que haya personas suficientes para ir dando vueltas y estar con una persona, si es necesario, incluso todo el turno. Porque, si no, ¡es que no puedes! Si no, no se puede, por muy buena voluntad que tengas y por mucho que quieras hacer, ¡no puedes!” (A4)

Sin embargo, hay profesionales que defienden que, más allá de aumentar el personal, es necesario que éste esté más sensibilizado con las necesidades emocionales de los pacientes y dedique más tiempo a estar con ellos, compartiendo actividades asistenciales en las que puedan participar. Para ello, reconocen que la predisposición de los profesionales para llevarlas a cabo es fundamental. Además, es necesario el trabajo en equipo interdisciplinar, mejorando la coordinación entre los profesionales para llevar a cabo la valoración del paciente geriátrico y abordar en común la retirada de las contenciones físicas. En este sentido, hay profesionales que destacan la posición privilegiada de la coordinadora de enfermería para dirigir este proceso.

“Y más atención, sobre todo atención del personal. Están demandando pues atención de gente, de personas.” (E1)

“Esa persona, aunque tenga su demencia, no tenía ningún problema de ambular, entonces ¿por qué no dejarle caminar y pasear?... y estar simplemente un poco más alerta de que no se vaya por la puerta. Pero claro, eso ya involucra a más gente, ya no es solo el personal de la planta, es el personal de seguridad, eh... y ya es más complicado muchas veces conseguir que, eh... que esté atento. Hay gente que es muy dispuesta, digo de, sobre todo auxiliares y así, que dicen ‘¡me llevo el señor a pasear!’ y lo acompañan a dar un paseo... 20 minutos, media hora paseando y vuelven a la habitación del paciente, y ya se queda tranquilo. Lo que también supone disposición del personal, aparte de tiempo, porque es de tener tiempo y disposición, porque a veces tienes tiempo, pero no tienes ningunas ganas de hacerlo.” (M4)

“Cuando hacemos en las reuniones interdisciplinares -que es una vez cada 15 días-, muy pocas veces tocamos este tema. Yo porque los míos realmente casi no los contengo, o sea, no tengo que hablar mucho de esto, eh... pero deberíamos hablarlo más, o sea es que es un tema que, si están contenidos, hablar de este tema.” (M2)

“Entonces creo yo que al final es, nos involucramos todos o no se involucra nadie.” (E3)

Finalmente, la mayoría de los profesionales se muestra abierto a llevar a cabo un cuidado libre de sujeciones físicas, sin embargo, consideran que para ello es necesario recibir formación sobre las alternativas disponibles y la aplicación de estos modelos de cuidado. En este sentido, hay profesionales que entienden que esta formación es clave para desmontar mitos y cambiar la mirada de los profesionales con actitudes más favorables a esta práctica.

“Yo creo que primero, concienciar. Segundo, aprender. Eh... tercero, ver otras alternativas.” (M3)

“Deberíamos formarnos, formarnos mucho más. O sea, para evitar esto, deb-, deberíamos formarnos y ser... y que sea más continuo, porque no hay conciencia de esto, de que las cosas, o sea, no se están... ellos creen que esto les va a mejorar, les va a evitar la caída, y yo creo que no,

La cultura de la contención física en el paciente geriátrico

que no previenen las caídas. [...] Pero cuantas más formaciones demos, yo creo que la gente va a ser un poco más capaz de discernir a la hora de poner una contención o no.” (M2)

“Yo espero que algún día nos hagan una formación sobre esto y nos digan las opciones que hay, porque tampoco, tampoco sé más opciones. Eh... no sé. No sé. Yo supongo que por algún lado del mundo tienen que estar trabajando sobre esto, buscando un punto de equilibrio y decir ‘oye, pues estos casos: tal’. La cosa es que claro, hay muchos factores, muchas variables y esto pues hay que valorar cada paciente individualmente, ¿no? ¡Yo qué sé! ¡Que haya varias opciones!” (E5)

En este sentido, los profesionales que llevan a cabo prácticas de resistencia reconocen la importancia que ha tenido el haber recibido formación en cuidado sin sujeciones para que cambien su práctica asistencial. Además, destacan cómo a medida que más compañeros suyos han ido recibiendo dicha formación, más sensibilizados se han mostrado.

“Cuando tú te encuentras en tu planta, que sólo lo sabes tú, de aquí a un año o de aquí a dos, ya lo saben seis, la visión cambia. [...] Yo creo que la parte de sensibilización, para hablar de sensibilización, para mí tienes que formarte, tienen que contarte qué es una sujeción, tienen que hacerte pensar qué sería que tú estés tumbado en la cama... pero tú hasta que no estés en un, en un taller, que te lo están contando varias, no te pones en ese... [...] Creo que necesitamos la oportunidad de todo el profesional sanitario, de saber, vivir una parte... qué se siente estar sujeto, sentirlo... para poder entenderlo. Y eso parte de una formación, para mí, ¿eh? [...] Tienes que ver los dos extremos, el sujeto con riesgo y el no sujeto con riesgo, el que, los escenarios, verlos todos y que te den una formación para que despierte en ti, para mí, ¿eh? Yo lo veo así en mí, no es que no haya tenido esa sensibilidad... pero esta sensibilidad de, de que el trabajo lo puedo hacer diferente, y que me puede compensar emocionalmente, me lo ha dado la formación.” (E3)

En tercer lugar, los profesionales consideran que son necesarios algunos cambios en el entorno con la adquisición de dispositivos electrónicos e, incluso, cambios a nivel arquitectónico. Por un lado, algunos profesionales, especialmente aquellos que han recibido formación en cuidados sin contenciones, plantean la necesidad de adaptar el entorno y el mobiliario, de tal forma que impliquen un menor riesgo para el usuario. Especialmente, destacan los beneficios de camas más bajas para que, si el paciente se cae al intentar salir de la cama, el impacto sea menor. Igualmente, proponen cambiar el suelo por otros más acolchados que reduzcan las consecuencias de las caídas.

“Pues que la cama llegara al nivel del suelo y que, si el paciente cayera, no hubiera ninguna consecuencia, pero... no sé.” (E1)

“A veces pienso que me encantaría tener una cama al borde del piso, ¡sería ideal! ¡Y con colchones en todas partes! [...] Mira, esto, no se si puedo inventar, esto, lo que sé es que los suelos sean un poco más acolchados, estos... ¡tatami!” (M2)

“No cuesta nada tener una puerta de acceso controlada, y ya está... [...] A mí me gustó mucho lo que tenían en el XX ((hospital de otra Comunidad Autónoma)), incluso tenían estos churros de las piscinas en las camas para proteger de todas estas esquinas salientes...” (M5)

En esta misma línea, los profesionales plantean la posibilidad de utilizar unos dispositivos electrónicos de vigilancia que permitiesen una mejor supervisión de los pacientes. Sin embargo, también exponen sus dudas respecto al impacto de estos mecanismos sobre el derecho a la intimidad de los pacientes y sobre su propia disponibilidad para mantener una vigilancia continua del monitor. Igualmente, hay profesionales que proponen el uso de dispositivos con sensor de movimiento por presión o por infrarrojos que alerten si el paciente se levanta de la cama o la silla.

“Pones una cámara en la habitación para poder vigilarlos, como cuando están en según qué unidades y tal, aparte de que encuentro que es... quitar privacidad. A parte de esto, tampoco puedes estar allí mirando el monitor las 24 horas.” (A4)

“Después es verdad que hay medidas de control de movimiento que no tenemos todavía en los hospitales, pero que a lo mejor llegarán en algún momento, y que esto también yo creo que en algún momento o... posibilitará el, un cambio en el uso de, de contenciones que estamos utilizando actualmente. El detector... detección de movimiento por células fotoeléctricas.” (M6)

“No sé a nivel de tecnología, que no tenemos, si con mucha tecnología esto se podría, con cámaras que, con dispositivos que hiciesen sonar una alarma, a lo mejor sería más factible.” (M7)

Aun así, son numerosos los profesionales que consideran necesarios cambios a nivel arquitectónicos en la estructura de la unidad, reclamando la creación de unidades específicas para personas con demencia, así como la habilitación de salas comunes que permitan la supervisión por parte de los profesionales y la interacción entre los pacientes, sin el riesgo de que estos salgan de la unidad. En general, defienden la creación de unidades más abiertas, pero con acceso cerrado al exterior de la unidad, por las que los pacientes pudiesen deambular sin peligros y cuya disposición facilitase la supervisión de los pacientes. En cualquier caso, entienden que tanto el interior de la habitación como el conjunto de la unidad deben ser espacios libres de barreras arquitectónicas.

“Si esta gente estuviese en unidades donde... de demencias, donde hubiese una sala común donde pudiesen deambular de forma autónoma, con alguien que los vigilase, no haría falta que estuviesen contenidos. [...] Por ejemplo, está con un delirio hiperactivo, pues tener una sala donde se pudiesen mover e ir de un sitio a otro y tú dices ‘bueno...’, y que se pudiesen... con gente que simplemente esté allí vigilando.” (E2)

“Unidades adecuadas a este tipo de pacientes. Me refiero, pacientes que los están conteniendo, que no es por agresividad, sino por riesgo de fuga o de caídas, si tienes una unidad adecuada que está cerrada, que tú sabes que no va a abrir... bueno es que aquí ni siquiera hay puertas, salen directamente. Por ejemplo, una unidad como las de psiquiatría para las demencias creo que sería fabuloso, o sea, es que entonces no habría que contener ni... ni... ni a la mitad de pacientes, porque ellos se levantan van paseando hasta el final de la planta y vuelven y se dedican a ir y volver, ir y volver, pero no les pasa nada. [...] Unidades cerradas, sin puerta de entrada y salida de la unidad, y que sólo las pudiese abrir una persona, pues eso, alguien interno, y decidir cuándo el paciente puede salir o... o los familiares y eh... que no hubiese escaleras, obviamente, de ningún tipo, ni aunque sea dos o tres escalones, para que no pudiesen ni subir ni bajar. Y luego, todo lo que sea arquitectónicamente que no sea peligroso. [...] Las ventanas también, claro, es que aquí tenemos las terrazas, bueno pues echaría la terraza. Que no pudiesen abrir ni cerrar ellos las ventanas, que fuesen con manillas que sólo el personal puede, eh...” (M1)

“Adaptar las habitaciones. Por ejemplo, si yo voy a poner a alguien sin barreras, no tiene que haber una silla al lado, no tiene que haber un empotrado de, de cosas ahí, no tiene que haber una mesita al frente... o sea, el escenario arquitectónico imposibilita el que de repente tú puedas decir ‘¡ya podemos cuidar sin sujeciones!’.” (E3)

Desde esta perspectiva de creación de unidades específicas para personas con deterioro cognitivo, un médico propone la posibilidad de crear habitaciones específicas para pacientes con cuadros confusionales que fuesen entornos seguros y libres de contenciones.

“Se está hablando, por ejemplo, en ámbitos geriátricos, del impacto que podría tener, por ejemplo, eh... habitaciones por cuadro confusional con una ratio de enfermería, eh... más adecuada para afrontar situaciones de trastorno de cognitivo agudo de, de delirium por el gran riesgo que supone para ellos tener caídas y, y lesiones por caída. Entonces, esto obviaría la utilización de contenciones mecánicas dentro de esta sala, seguramente o, o al menos, si no de todas, de parte de ellas.” (M6)

Más allá de las unidades, consideran que todo el recinto hospitalario debería estar adaptado al perfil de usuario, con un jardín por el que poder pasear libremente a los pacientes sin el riesgo de salir del recinto.

“La mayoría de pacientes que tenemos, podrían beneficiarse mucho de estar en una planta de psiquiatría, de... de infraestructura, digo, ¿eh? Porque unos por un tipo de demencia, otros por otro tipo de patologías, pacientes psiquiátricos también tenemos, en una... ya no digo en una unidad, sino el recinto entero. Que pueden bajar al jardín, pero sabes que del jardín no van a salir y con que haya un auxiliar o un enfermero un poco pendiente, como un patio de colegios, que no tienes que ir detrás de cada niño sino un poco, por ejemplo. Eso sería perfecto.” (M1)

7.4.2. La posición de la institución frente al cuidado sin contenciones

En este apartado, se describe la postura que, según los profesionales, tienen las instituciones frente al modelo de cuidado sin contenciones físicas. En concreto, numerosos profesionales tienen la percepción de falta de compromiso institucional por implantar este modelo de cuidado. Sin embargo, algunos profesionales describen acciones por parte de algunas instituciones para promover el cuidado sin contenciones en sus unidades de hospitalización.

7.4.2.1. La falta de compromiso institucional con el cuidado sin contenciones

Algunos profesionales reconocen que se está haciendo un esfuerzo por minimizar el uso de las contenciones físicas e identifican a determinados compañeros que abanderan dicho esfuerzo. Sin embargo, la mayoría de los profesionales niega que haya un compromiso por parte de la institución para implantar un modelo de cuidado libre de contenciones físicas o, al menos, ellos así lo perciben. Muchos profesionales explican que han oído hablar de este paradigma de cuidados, negando haber recibido instrucciones ni un posicionamiento institucional contrario a su uso.

“Si lo hay ((un compromiso o una apuesta por parte del hospital por retirar las contenciones físicas)), puede que lo haya, yo no lo conozco. Yo no lo percibo, puede que exista, pero yo no lo conozco. De hecho, se compran contenciones porque no hay suficientes. O sea no, no creo.” (A7)

“No ((hay un compromiso por parte del centro para que se retiren las contenciones)), no. ((chasquea)). ¡Qué va!” (E6)

“Se habla de esto, de contenciones cero, y los médicos son los que ‘no, no, no, ¡contención fuera! ¡contención fuera!’, pero no hay alternativas, no te dan formación, no te dan alternativas, no, no hay información. Entonces... bueno, sí, esto es algo que se lleva oyendo durante años, lo de las contenciones cero, pero aquí no ha pasado nada, ni nadie ha explicado nada, ni se han hecho movimientos hacia eso, todo sigue igual.” (E5)

“Hay una doctora que, que sí, que esta es muy pro no-contención. Pero, normalmente el resto sigue... o sea, si es necesario se pautan, y si no, no se pautan.” (A4)

Del mismo modo, la mayoría de los profesionales niega sentir ningún tipo de presión institucional por evitar este procedimiento en la práctica asistencial. Esta falta de implicación y supervisión permite que se lleve a cabo un uso rutinario y prolongado en el tiempo de las contenciones físicas sin que haya un cuestionamiento por parte de los gestores de los centros.

“No ((veo implicación por parte de los coordinadores en el uso de las contenciones)). No, no. En ninguna planta. [...] El poco tiempo que estuve en el XX ((hospital)) tampoco vi ningún coordinador, supervisor pidiendo explicaciones de por qué una contención está puesta.” (E8)

“No ((siento presión de la Dirección por retirar las contenciones)), no, no, no, no. Yo lo que noto es que, poco a poco, poco a poco veo a la gente más concienciada, más comprometida, sí, sí. De momento esto no lo he vivido.” (M3)

Incluso, una enfermera explica que propusieron informalmente a la dirección del hospital la posibilidad de convertir unos espacios inutilizados con la intención de habilitarlos como zonas comunes en las que los pacientes pudiesen compartir tiempo y espacio con otros pacientes. Aunque esta propuesta no se hizo con la intención específica de reducir el uso de las contenciones físicas, sí que considera que habría repercutido positivamente en ello.

“A veces, lo hemos, porque este tema lo hablamos muchas veces, incluso con Dirección y tal, pues eso de que se habilitaran espacios para este tipo de, de pacientes, y digamos que sí, que les parecía buena idea, pero no creo yo que, que estén haciendo nada para, para hacerlo. [...] Ha sido pues es a nivel de, de pasillo de cómo decir ‘Con estos edificios que tenemos aquí, ¿por qué no se hace una, no sé, algún lugar donde tener ese tipo de pacientes?’. Incluso que se podían beneficiar gente de la zona, de venir como un hospital de día, un sitio donde, donde pudieran estar y evitar contenciones también.” (E4)

7.4.2.2. Las acciones institucionales encaminadas hacia los cuidados libres de restricciones

Frente a la percepción de falta de compromiso institucional de la mayoría de los participantes, algunos profesionales (especialmente aquellos que trabajan en uno de los hospitales) sí consideran que el centro mantiene una postura crítica frente al uso de las contenciones físicas y explican las acciones que se han estado implementando para minimizar su uso. Entre ellas, destacan el compromiso de algunos mandos intermedios enfermeros, la creación de grupos de trabajo, la formación a los profesionales y la adquisición de alternativas.

Por una parte, algunos profesionales destacan el compromiso de algunas coordinadoras de enfermería en la reducción del uso de las contenciones físicas, especialmente al cuestionar los motivos por los que éstas están siendo aplicadas. Además, estas gestoras animan a los profesionales para que lleven a cabo actividades que impliquen la descontención, como situar a los pacientes frente al control y así poder supervisarlos. Incluso, una médico, al finalizar la entrevista, pone en relieve las ventajas de contar con una supervisora implicada en la minimización de esta práctica y cómo su posicionamiento facilita la continuidad de los cuidados, siendo también un apoyo a la hora de valorar la indicación de mantenerlas. De esta forma, cuando pasa por planta y se da cuenta de que muchos pacientes están contenidos, encuentra en esta coordinadora de enfermería un apoyo para abordar el problema con el resto del equipo de enfermería, considerando así la implicación de la coordinadora un elemento fundamental en la calidad de los cuidados que se prestan en la unidad y, por lo tanto, también en la aplicación de las contenciones físicas.

“Porque si, si ella ((coordinadora de enfermería)), por ejemplo va-, ella valora los pacientes cómo están, sus úlceras, sus, sus estados cognitivos, o sea, que están deteriorados. Pero ella ve más o menos cómo se van comportando, pues, claro, eso es positivo porque es lo que te digo, dice: ‘Vamos a probar a ver esta mañana, a ver cómo está sin contención’. [...] y le explica a ese paciente: ‘Bueno yo te voy a quitar esto, pero no te muevas de aquí, si necesitas algo tú llama al timbre y no intentes hacer nada, tú primero avisa y tal’.” (A3)

La cultura de la contención física en el paciente geriátrico

“Como que sabíamos que ((a la coordinadora de enfermería)) no le gustaban mucho las contenciones, pues intentábamos lo máximo posible no ponerlas. [...] ((La coordinadora de enfermería)) no nos incitaba a hacer no contener, pero siempre nos decía: ‘¿Este hombre...?’, y sí, ella sí que nos decía: ‘¿Pero necesita aún las contenciones?’, o... que yo creo que es bueno esto para una supervisora, son sus pacientes y su equipo.” (E8)

Por otra parte, en uno de los hospitales se ha creado un grupo de trabajo -del cual son miembros dos de las participantes del estudio- con la intención de que sea un entorno de reflexión ética sobre el uso de las contenciones físicas y así poder establecer líneas de trabajo para su retirada. Este grupo está integrado por profesionales de varias disciplinas, incluyendo enfermeras, geriatras, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales, así como una coordinadora de enfermería. Los profesionales reconocen que ha mejorado el uso de las contenciones físicas, reduciéndose notablemente tras la creación de este grupo de trabajo.

“En el hospital, a nosotros, antes de hacer los cursos, eh... porque hay un grupo de personas que hizo un curso de sujeciones y este... se le ofreció hacer un poco de pensamiento ético sobre este tema. [...] Yo creo que sí ((creo que hay una apuesta por parte del hospital para que se reduzca el uso de las contenciones)). Yo estoy en un grupo, eh... de qué hacer para no sujetar. Pero está la intención, está el programa, está el proyecto, está la sensibilización de estas personas.” (E3)

“Se eligió un grupo que trabaja el tema de sujeciones para poder implantar la norma en el hospital y en, es verdad que hacía gracia porque había gente muy pro y otra que todavía le daba miedo: ‘¡Oye, es que me falta material...! ¡Oye, que me falta personal! ¡Oye...!’ Era un tema que se hablaba bastante. Es verdad que con el COVID como que se ha parado un poco. [...] Además, se hizo un grupo de mejora, que es un multidisciplinar, estaba XX ((coordinadora de enfermería)), un geriatra, una fisio, una terapeuta y estaba todo el mundo bastante implicado. Lo que pasa es que es un hospital pequeño y siempre queremos hacer proyectos; es que estamos todos en los mismos proyectos. Entonces cuesta sacarlos adelante. Es verdad, yo creo que está un poco parado, pero sólo con lo que se hizo de verdad que ha habido diferencia, aunque el grupo este de sujeciones que también se unió con el grupo de caídas. Yo creo que está un poco parado a nivel de actividad, pero sí que es verdad que en su momento sí que hizo mucha sensibilización porque sí que es verdad que se nota, se ven la mitad de la mitad las sujeciones que se veían.” (M5)

En este contexto, el hospital ha ofrecido formación en el modelo Libera Care de cuidado centrado en la persona y sin sujeciones a sus profesionales, a través de la Fundación Cuidados Dignos. Sin embargo, parece que este proceso esté estancado en la actualidad.

“Hace 2 o 3 años eh... hicieron, hicieron este curso y se intentó hacer el curso de, este... pero sí que, que tienen... las ganas de, de, de implementar esto en este hospital, sí. Yo creo que aquí se cuida mucho al paciente, se intenta en lo posible y, y es por eso que se hizo el curso.” (M2)

“Ahora es verdad que menos, en la época COVID nos ha parado todo, de hecho, en XX ((hospital)) estaba súper marcha lo del proyecto Libera Care y es verdad que se organizaron dos cursos para todos.” (M5)

Además, se han revisado los protocolos de aplicación de las contenciones físicas y los documentos asociados, como el documento de consentimiento informado. En concreto, se ha exigido una mayor implicación del médico en la indicación de las contenciones físicas y una revisión por parte de todo el equipo para valorar su retirada. Además, en relación al documento de consentimiento informado, éste se ha modificado de tal forma que es necesario concretar el tipo de contención prescrita y detallar algunos aspectos relacionados con su indicación.

“Hay un documento que hay que firmarlo, tiene que estar el médico y es verdad que el primero era muy chiquitito era ‘acepta contención: sí/no’; y ahora ya hay un documento: ‘acepto sujeción, ¿qué tipo de sujeción? ¿en qué momento? ¿a quién se lo comento?...’.” (M5)

“La institución involucró al médico de que antes de sujetar, que haga la prescripción, la escriba y asuma la responsabilidad que al final es de él, ¿no? Y que le dejaba también que fueran ellos los que decidan y no decidan, porque también no van... no vamos a vivir sin sujeción al cien por ciento. Pero que ellos sean los que... y que seamos nosotras las que, como equipo multidisciplinario, pues veamos que, en la medida de lo posible, el uso prolongado de esto se vaya eliminando.” (E3)

Finalmente, en este hospital se han adquirido diferentes dispositivos electrónicos que alertan a los profesionales cuando los pacientes se levantan de la cama o la silla y así pueden ir a atenderles. De esta forma, se plantean como alternativas al uso de las contenciones físicas.

“En algunas plantas que se estaba poniendo la... bueno, que ya se habían puesto algunas alarmas de cuando se levanta de la cama. [...] Hay uno que es por ejemplo de la silla de ruedas, cuando se levanta, suena un ‘¡bip!’, una, la luz de la presencia y tú sabes ahí que ya se levantó. Luego había otro, como un el-. un dispositivo plano que se pega detrás del colchón y cuando pierde una presión específica, ¡pam!, salta. Se libera prácticamente eso, va por presión del paciente, por el peso. O se ha movido, o está intentando... entonces eso te da una... un margen de tiempo como para llegar a la habitación a esperarte otra cosa. [...] El hospital lo proporcionó, lo puso para algunas plantas, para ir probando y poner a pacientes que tienen el perfil.” (E3)

7.5. Las similitudes y las diferencias en la práctica de la contención física según la categoría laboral

Pese a que a lo largo de este capítulo de resultados se han ido señalando las similitudes y diferencias en relación a la categoría laboral, con la intención de responder al tercer objetivo específico a continuación se recopilan los aspectos más destacables. En primer lugar, se señalan las principales similitudes en el discurso de médicos, enfermeras y TCAE. Por otro lado, se especifican cuáles son las diferencias que aparecen según la categoría laboral de los participantes, destacando su responsabilidad respecto al uso de las contenciones físicas. Es importante comentar que, pese a que la mayoría de los verbatimes son inéditos, algunos se repiten de apartados anteriores.

7.5.1. Las similitudes en el discurso de los profesionales respecto al uso de las contenciones físicas

A continuación, se recogen dos de las principales similitudes que se han observado en el discurso de los profesionales, independientemente de su categoría laboral. En primer lugar, todos ellos manifiestan su compromiso por la seguridad del paciente, siendo este principio el principal eje que vertebra su práctica clínica. En segundo lugar, los profesionales sanitarios participan desde su posición en el uso normalizado de las contenciones físicas, valorándolas como protectores del paciente y, por lo tanto, usándolas de forma rutinaria y prolongada en el tiempo.

7.5.1.1. El compromiso con la seguridad del paciente

Los médicos, las enfermeras y las TCAE coinciden en su compromiso en trabajar por y para la seguridad de los pacientes, entendiendo que ésta es su principal responsabilidad y acudiendo a este razonamiento para afrontar el conflicto ético que les genera el uso de las sujeciones físicas.

La cultura de la contención física en el paciente geriátrico

“A pacientes que no tienen movilidad... la movilidad necesaria... y aun así se quieren tirar de la cama, se arrancan vías, a veces pacientes que están intervenidos y no es prudente que se bajen de la cama por la gravedad que puedan añadir ya a su patología.” (A1)

“Una vez hay riesgo de caída del paciente, lo prioritario es ponerle la contención.” (E6)

“Simplemente es, que, que se ponga en riesgo su vida o su tratamiento.” (M3)

En este sentido, entienden que, como profesionales asistenciales, su principal responsabilidad es garantizar dicha seguridad, para lo cual, cada profesional tiene un grado diferente de responsabilidad.

“¡Hombre! Sí ((siento presión por que los pacientes no se caigan)), sí, sí porque tienes miedo. Sí, siempre hay miedo a que se caigan, a que pase cualquier cosa. Celadores, enfermería, médicos, sí, claro, sí, es como que... hay que tratar de tenerlos lo mejor posible y no arriesgarse a que puedan hacerse daño o a que ocurra otra cosa peor.” (A3)

“Y por nuestra parte garantizar dentro de lo posible su seguridad... su integridad física.” (E2)

“Porque es verdad que el no contener nunca a una persona que igual se pueda agitar o que está agitada es, es, es peor para el paciente, y tampoco... y la responsabilidad no deja de ser nuestra, como cuidadores en el hospital, de si se rompe un brazo, porque se cae de la cama, ¿sabes? O, o se hace una herida y hay que coserle porque se ha caído de la silla, en la cabeza.” (M4)

En concreto, y muy especialmente las enfermeras y las auxiliares, asumen también su responsabilidad respecto a la seguridad y al cuidado del paciente que ya está contenido.

“Si tú contienes a un paciente muy fuerte, puedes hacerle daño. Si tú, eh... no lo colocas como debes a la hora de contenerlo, yo creo que es tu responsabilidad que esa persona, a parte de la contención tenga, pongamos, la mano hinchada, por la contención puesta. Un pie. O que se haga daño también es tu responsabilidad, porque dices ‘es que yo lo he puesto así’. [...] Tienes que mirar siempre la, el confort del, del paciente, aunque esté, aunque esté contenido. Para que esa persona luego no tenga repercusión por haber estado contenida.” (A5)

“Lo que tengo que mirar es por la seguridad del paciente, entonces para evitar lesiones y para que esté lo mejor posible. Aún con la contención puesta, no queda otra. Es así, intentar que la contención esté lo mejor puesta posible, le moleste lo menos posible y si hay alguna posibilidad de algún momento dejarlo sin la contención, porque tú puedas vigilarlo más, hacerlo.” (E4)

Por otro lado, tanto médicos, como enfermeras y auxiliares, presentan conflictos éticos derivados del uso de las contenciones físicas. Para afrontarlo, racionalizan sus prácticas en base a la seguridad física del paciente, entendiendo que la contención les evita un mal mayor.

“Te, te autoconvences de que eso es por un bien. Te autoconvences no, te convences y sabes, es que sabes que es por un bien de esta persona.” (A2)

“Entonces vemos que muchas veces son necesarias, o sea, es que a nosotros no nos gusta, ¡pero es que el paciente se cae! [...] A nadie le gustaría que un paciente se hiciera daño de verdad en una caída de estas.” (E5)

“Intento pensar, mentalizarme que he intentado o que hemos intentado el equipo, otras medidas que no han funcionado y que es lo más seguro para el paciente y que es bueno para el paciente. Es que, si no, no... Es lo menos malo, no es un gran alivio, pero bueno, es lo menos malo de lo que... no es que sea lo mejor, es lo menos malo, de lo malo lo menos malo.” (M5)

7.5.1.2. *La cooperación en el uso normalizado de las contenciones físicas*

Por lo general, los profesionales presentan actitudes favorables a las contenciones físicas, valorándolas positivamente para proteger al paciente. Esta actitud pro-contención física, les lleva a desarrollar prácticas de normalización, caracterizadas por un uso preventivo, disciplinario y prolongado en el tiempo. En cualquier caso, entienden que el uso de las contenciones físicas es una responsabilidad compartida.

En primer lugar, los profesionales de las tres categorías laborales comparten la valoración positiva de las contenciones físicas, entendiendo que son elementos protectores para el paciente. Muy especialmente, las barreras en cama son bien valoradas, incluso hay profesionales que no las consideran como dispositivos de restricción.

“Bueno, ((creo)) que ((las contenciones físicas)) son útiles para evitar mal mayor.” (A2)

“¡((las barandillas de la cama)) son salvavidas! ¡Necesarias!” (E5)

“A ver, hay veces que... que creo que ((las contenciones físicas)) protegen al paciente.” (M1)

En segundo lugar, los profesionales de todas las categorías laborales participan en conjunto en el uso normalizado de las contenciones físicas. Por un lado, las utilizan de forma preventiva, desde los médicos que las prescriben hasta las enfermeras y auxiliares que las solicitan y las aplican a su criterio, manteniéndolas en pacientes tranquilos para evitar que se puedan desorientar. Por otro lado, tanto la prescripción como la aplicación son automáticas y rutinarias ante un inicio de desorientación en un paciente con deterioro cognitivo y/o físico.

“El paciente cuando se empieza a poner desorientado o empieza ya a desubicarse a desorientarse, el protocolo ya es contención abdominal o contención de manos.” (A3)

“Fulanita lleva contención abdominal, pero ayer... hace tres días que duerme bien y está tranquila, lo que hacemos en principio es no contenerla, dejamos la contención en la cama, pero no se la ponemos al paciente.” (E2)

“Puede ser que a veces seamos excesivamente cautos, que muchas veces tú ves que tiene una demencia, y ya desde el personal cuando viene un paciente dicen ‘a este páutale que tenga contención si precisa porque es una demencia, y hemos visto que tal, por si acaso’. Es verdad que eso también se usa mucho, el por si acaso, y dejarle el pauta una contención a una persona, ¿no? Antes de saber si realmente la va a necesitar o no.” (M4)

Especialmente, los profesionales son partícipes del uso prolongado en el tiempo de las contenciones físicas. En concreto, los médicos al desentenderse de su seguimiento permiten que tanto enfermeras como auxiliares prolonguen la contención física más allá de la situación aguda que propició su uso, planteando únicamente la descontención cuando el paciente lleva ya muchos días tranquilo.

“Depende. Si está tranquilo, igual ni lo cont-, igual no lo ataría. Pero, sí, hay pacientes que aparentan estar tranquilos, pero después te hacen algo de... te hacen alguna. Y ya por rutina los tienes que atar. También para poder acabar la ronda y todo lo otro. Tenemos más pacientes, y... Sí ((lo dejaría contenido)).” (A6)

“Está contenido, pero está tranquilo... (3) Pues hombre, si esta situación se repite un turno, otro turno, otro turno y ya te das cuenta de que este paciente está muy tranquilo y no tiene por qué estar contenido, pues intentas plantear al equipo pues la posibilidad de... de retirarle las contenciones a este paciente y se hablaría con su médico.” (E1)

La cultura de la contención física en el paciente geriátrico

“Luego una vez que ya las has pautado... Es verdad que, por ejemplo, ahí ya el médico no... no... no nos implicamos igual lo suficiente porque una vez que tú las has pautado, ya enfermería y auxiliares las van poniendo a lo largo del día conforme ellos consideran.” (M1)

Además, cada uno desde su posición, también participan en un uso disciplinario de las contenciones físicas, prescribiéndolas y aplicándolas por conveniencia y comodidad de los profesionales.

“Pues, porque hay gente que es más sencillo contener porque es el protocolo. Es lo que te digo que ya está protocolizado y entonces es, bueno... ¡Uf! enseguida ‘ya no vamos a... ¡no vamos a darle más vueltas!’ ¡se contiene y ya está!” (A3)

“Y también es lo más cómodo. No... Es muy, es muy, un poco triste, pero es verdad que es mucho más cómodo poner la contención si ya la tiene pautada y ya la lleva... anteriormente este paciente, que... ya la dejas puesta y listo. Y ya no te preocupes de que, de si cae, de si la necesita... Y ya no has de ir valorando de ponerla o no... ¡porque ya la lleva.” (E8)

“Según qué auxiliar, enfermero o médico, eh... cualquier sanitario pues diga ‘pues no queremos que... que nos de problemas este paciente, contenido’. O sea, eso estoy convencida que se hace, o sea, pero súper convencida.” (M1)

Finalmente, profesionales de las tres categorías laborales entienden que el uso de las contenciones físicas es una responsabilidad compartida entre todos los miembros del equipo, aunque cada uno tiene una responsabilidad específica que se explicará en el siguiente apartado.

“Yo creo que la responsabilidad es un poco repa... repartida porque ahora yo pauto tratamiento, pero yo no lo aplico directamente, entonces eh... al final es el trabajo en equipo. Eh... la que pone la contención es la auxiliar, la que ata entre comillas al paciente es la auxiliar, eh... si la auxiliar no lo hace bien, eh... y hay un problema los que tenemos que responder somos todos. Es verdad que a quien pueden pedir explicaciones a nivel eh judicial, legal es a mí, que soy quien prescrito la contención, pero no deja de ser un equipo porque yo lo pongo, pero luego yo delego esa... ese tratamiento en la enfermera y en la auxiliar.” (M4)

“Bueno toda. Toda yo y la enfermera responsable. Toda, con la enfermera, con la auxiliar y con el celador. Si el paciente está contenido y no debería estar contenido, toda. Yo sí, asumo la responsabilidad. Y no es porque sea más, quiero decir la tengo compartida con la enfermera, con la auxiliar, quiero decir, con todos los que lo atendemos en ese momento.” (M5)

7.5.2. Las diferencias en el discurso de los profesionales según su categoría laboral

A continuación, se exponen las diferencias que han aparecido en el discurso de los profesionales según su categoría laboral. En concreto, estas diferencias residen en su grado de responsabilidad respecto al uso de las contenciones físicas y cómo lo manejan emocionalmente.

7.5.2.1. El papel simbólico del médico como prescriptor de la contención

Respecto a los médicos, ellos asumen que su principal responsabilidad es la indicación formal de las contenciones físicas, sin embargo, reconocen que delegan en las enfermeras aquella relacionada con su mantenimiento, desentendiéndose así de su seguimiento. Además, para hacer frente al conflicto ético que les genera tener que indicarlas, estos profesionales racionalizan su decisión recurriendo a experiencias negativas previas en las que no las han pautado y el paciente ha sufrido accidentes con daños importantes.

Por un lado, la principal responsabilidad que asumen los médicos en relación al uso de las contenciones físicas es su indicación formal. Pese a que entienden que la responsabilidad de la práctica es compartida por todo el equipo, asumen que son ellos quien tienen la responsabilidad legal última al ser quienes la ha prescrito. En este sentido, asocian la necesidad de registrar formalmente esta indicación médica a un aval legal del correcto uso de la contención física.

“¡((tengo)) Toda ((la responsabilidad de la contención))! Toda, porque desde el momento que es... que es un tratamiento prescrito la responsabilidad es toda mía. (6) La responsabilidad final eh... me refiero, a quien pueden pedir explicaciones es a mí, porque yo lo pauto.” (M4)

“O sea, sé que nosotros las tenemos que pautar, porque además muchas veces enfermería nos llama y tú por la noche dices ‘sí, sí, conténlo’ y luego te dicen ‘por fa, escríbelo’, porque es algo que tiene que estar prescrito por nosotros.” (M1)

“Si está contenido porque es, es, es una, es mi responsabilidad, porque va la firma del médico, es el que firma el consentimiento, entonces es mi responsabilidad, mucha responsabilidad.” (M2)

Sin embargo, una vez prescritas, el médico delega la responsabilidad del seguimiento y el mantenimiento o la retirada de las contenciones físicas en las enfermeras. Ante esta situación, la mayoría de ellos hacen autocrítica y reconocen que probablemente se estén desentendiendo en exceso de su responsabilidad con el seguimiento de la práctica.

“((Los médicos)) No ((somos conocedores del uso real que se están haciendo de las contenciones en las unidades)). No, porque, una vez que se pautan, nosotros nos despreocupamos. A ver, yo en concreto, sí que, más o menos, sé decirte qué pacientes míos están contenidos durante el día, ¿no? [...] Es verdad que aquí, yo y seguro que mis compañeros, tú pautas las contenciones y nunca más te vuelves a preocupar si... si ya se podrían intentar quitar, ¿sabes? Eso sí que yo creo que nosotros no nos responsabilizamos la parte que nos toca.” (M1)

“Yo creo que sí ((los médicos son conocedores)), porque todas están pautadas por ellos y... y suelen conocer al paciente y... sí. Porque es verdad que no pones una contención sin su orden. Así que... [...] En estos ((las prescripciones ‘si precisa’))... como que él ya dio la orden en su momento, a lo mejor no pide si él la necesita o no la necesita. Ve al paciente y ve si está o no está, pero no te critica nunca por qué sí o por qué no.” (E8)

“Siempre el que prescribe es un médico, de guardia o un médico responsable, y las que desprescriben a veces son las enfermeras.” (M3)

En este sentido, las enfermeras y las auxiliares reprochan a los médicos que no sean conocedores de la situación real del paciente, poniendo en tela de juicio su criterio para decidir si el paciente precisa seguir contenido o no. En concreto, consideran que el tiempo del pase de visita es insuficiente para saber cuáles son las necesidades del paciente, mientras que ellas, al pasar mucho más tiempo con él, estarían autorizadas para decidir sobre el mantenimiento o la retirada de las contenciones físicas.

“Los médicos no están muchas veces en esos momentos de agitación. Normalmente las mañanas, los pacientes, si han pasado mala noche, pues muchas veces están adormilados, o porque les has puesto Haloperidol, Midazolam, lo que sea que te pauten, y no han dormido nada y están rendidos.” (E5)

“Legalmente, tienes que pedir al médico que te la paute y todo esto, porque como enfermera o como auxiliar no puedes pautar una contención. Tienes que estar un poco al criterio del médico. El médico no está allí las 24 horas del día. A veces vienen y justamente cuando él viene es justamente cuando el paciente está tranquilo. A veces con los médicos tenemos un poco de rifirrafe ‘¡no, pero es que ahora está tranquilo!’; ‘¡no, pero es que ahora has hablado tú con él cinco minutos!, pero nosotros estamos aguantándolo un par de horas y es que se va a caer y se va a volver a romper eh... ¡la cadera o lo que tenga!’.” (A4)

"((La descontención depende)) De nosotros, porque realmente somos los que estamos con el paciente. El médico viene, hace su visita de la mañana, pero ya está, es decir, los ve diez minutos al día. Y es verdad que, delante del médico, todos se portan muy bien. Yo es que no lo entiendo ((Ríe)). ¡Es verdad! Porque el médico no puede decidir en base a estos diez minutos'." (E8)

Por otro lado, para hacer frente al conflicto ético que les genera a los médicos la prescripción de contenciones físicas, racionalizan su práctica en base a experiencias negativas previas en las que no indicaron una contención física y el paciente sufrió un accidente con daños importantes. De esta forma, se justifican a ellos mismos la necesidad de seguir prescribiéndolas.

"No es agradable tener que contener a alguien. Lo que pasa es que sí que es verdad que yo he aprendido con el tiempo y las experiencias, que lo que pasa muchas veces es que no quieres contenerlo, no lo contiene y luego las consecuencias son muchísimo peores." (M1)

7.5.2.2. Las enfermeras: coordinadoras del proceso de contención

Las enfermeras destacan su papel en la coordinación del proceso de uso de las contenciones físicas, debiendo cumplir con la indicación médica, a la vez que reconocen su autonomía para decidir sobre su aplicación real durante su turno, así como sobre la descontención del paciente.

Por una parte, las enfermeras son las responsables de coordinar el proceso por el cual se aplican las contenciones físicas. En concreto, valoran al paciente e identifican a aquel que debería ser contenido -o son avisadas por las TCAE para que lo valoren-, por lo que después llaman al médico para solicitarle que prescriba formalmente la contención física. Una vez que el paciente tiene esta prescripción, las enfermeras supervisan que las TCAE le contengan con el dispositivo indicado y controlan su correcta aplicación. En definitiva, la enfermera hace de enlace entre el médico que pauta la contención física y la auxiliar de enfermería que la aplica. Además, desde esta posición, entienden que deben ser las garantes del cumplimiento de la indicación médica, incluyendo aquella que afecta al uso de las contenciones físicas. Así, las enfermeras consideran que sería una irresponsabilidad suya que el paciente pudiese sufrir algún accidente sin estar contenido pese a tener la prescripción médica de contención física.

"Las contenciones, las pauta el médico, las coloca el auxiliar y cuando vamos a trasladar a un paciente de la cama a la butaca, lo ayudamos enfermería cuando está libre o, si no, el celador, que es el que se encarga de sentarlo y que la contención esté bien puesta. Tú supervisas." (E6)

"Soy responsable de todos los pacientes que yo tengo a mi cargo en ese momento y mi deber es velar por su seguridad y su integridad durante el tiempo que yo esté de turno. Entonces, si tiene una orden de contenciones firmada yo no puedo permitir que ese paciente se... tenga una caída accidental de la silla porque se ha intentado levantar. Yo a día de hoy pienso que eso pues sería una falta de responsabilidad mía, si un paciente se me cae en esta situación." (E1)

"De hecho, si está pautada... hay que ponérsela, porque, si no, estás incumpliendo una orden médica ¿no? Entonces yo creo que hay que ser muy estricto cumpliendo lo que toca. Si no la lleva, si no está pautada, no ponerla; y, si está pautada, pues ponerla. Que ves que a lo mejor no hacen falta en la cama, pero en la butaca sí, pues mira, pues luego ya se comenta." (E5)

"La supervisión, viene por parte de enfermería, porque es la que más está en la planta y la que tiene más contacto estrecho con el paciente y ve la necesidad, y luego enfermería hace un poco de nexo unión entre el médico y la auxiliar, porque realmente sería un tratamiento médico-auxiliar, la enfermera no tendría por qué intervenir en el... directamente en el tratamiento. Es decir, si digo que hay que contener a una persona, la auxiliar la contiene, pero el nexo común es la, la enfermera que es la que controla y la que suele decirte, 'oye, esta señora necesita

contención...’, o al revés ‘esta señora está contenida pero no se la ponemos porque...’. Ellas mismas deciden muchas veces antes de...” (M4)

Sin embargo, en una situación de urgencia, las enfermeras prescriben las contenciones físicas sin la valoración de un médico. Ante la ausencia física del médico en la unidad, las enfermeras realizan una primera valoración del estado del paciente y deciden sobre su uso para, una vez superado el momento más agudo, comentar la situación con el médico y que él valore su continuidad.

“Si hay una necesidad extrema, tú como enfermera también puedes contener en un momento dado al paciente, en un momento puntual.” (E1)

Por otra parte, las enfermeras explican que, en su práctica diaria, tienen la potestad para decidir durante su turno si aplican o no las contenciones que están prescritas, especialmente aquellas que están pautadas ‘si precisa’. Además, son ellas quienes deciden la descontención de un paciente y lo hacen en base a su conocimiento sobre él.

“Toda ((tengo toda la responsabilidad respecto a la contención de un paciente que está a mi cargo)). Es decir, yo soy la enfermera de turno y soy yo la que da la orden de contener. En aquel momento digo, ¿eh? Es decir, en ese turno... el médico no suele, físicamente no suele estar. Y la auxiliar es la que me dice cómo está, pero realmente me lo dice a mí y yo decido ponerla o no ponerla. Es decir, la tengo toda en aquel momento.” (E8)

“Toda ((tengo toda la responsabilidad respecto a la contención de un paciente que está a mi cargo)). Toda, mientras yo esté de turno, la responsabilidad es toda mía. El médico la habrá pautado, el que está de turno... las 12 horas soy yo, por tanto, la responsabilidad es mía. [...] Sí ((soy el responsable de su aplicación o no)).” (E7)

“Si hay dos o tres que tienen que estar... que tienen contención, eh... yo... lo que hago es la valoración del estado de aquel paciente, aquel día, aquel momento, para continuar o no continuar contenido. En este aspecto sí. ‘No... no lo contengáis, está más tranquilo, dejadlo y veremos’. [...] Y después también está la responsabilidad de valorar si es necesario o no en aquel paciente contenerlo. De la misma manera que decido si se levanta o no se levanta a la silla.” (E2)

7.5.2.3. *La función técnica de las auxiliares de enfermería en la práctica de la contención física*

En relación a las TCAE, ellas destacan su papel en la aplicación práctica de las contenciones físicas, siendo responsables de ejecutar las indicaciones médicas al respecto. En este sentido, descartan tener ningún tipo de responsabilidad moral en esta práctica, lo que a su vez les ayuda a afrontar los conflictos éticos generados por su uso.

En primer lugar, las auxiliares ponen en valor cómo su proximidad a los pacientes les permite reconocer sus necesidades, incluyendo las contenciones físicas. Por ello, realizan una primera valoración para identificar a los pacientes que precisen de estos dispositivos y avisan a la enfermera y/o al médico para que procedan a prescribirlos formalmente. En cualquier caso, las auxiliares subrayan que ellas no son quienes toman la decisión de aplicar las contenciones físicas, por lo que no son las responsables morales de su uso. En esta línea, una auxiliar destaca la importancia de conseguir que el médico pauté la contención, entendiendo que es su responsabilidad para no tener que estar supervisando continuamente al paciente.

“Mi responsabilidad es que esté bien puesta la contención para su seguridad. Porque yo, si la persona está segura de... sin contención, yo no... ni nadie la contendría. Bueno, que yo cuando contengo es porque me han dado la orden, también, a ver si me entiendes. Yo me limito a hacer

lo que me mandan; si no me dan la orden, yo no lo contengo... A ver, de mi cabeza no va a salir evidentemente contener a nadie. Si no hay una orden médica, yo no la voy a contener. O sea, puede ser que yo lo vea que se levanta más o menos; intentaré que el médico lo pauté. Si yo le digo que esa persona se mueve mucho y tal, yo haré lo imposible para que se lo pauté, porque si no, quien tiene que estar todo el tiempo allí al lado, soy yo, que tengo que vigilar. Ahora, eso sí, tampoco... ¿Qué responsabilidad? Mi responsabilidad es que esta persona no se caiga y yo lo que tengo que intentar es que el médico me pauté la contención. Pero si no, no... ¿Yo responsabilidad?... y que la contención esté bien puesta, evidentemente! Pero, tampoco no es tan difícil de poner bien puesta, no..." (A2)

"Primero, la responsabilidad que siento es que... que yo tengo que valorar si yo tengo que hacer una petición o explicar a la enfermera para que haga esta petición al médico a su vez. [...] La responsabilidad que yo tengo es para con el paciente, lógicamente, para que esté lo más comfortable posible." (A1)

Igualmente, las auxiliares consideran que entre sus funciones está avisar a la enfermera y al médico cuando valoran que es posible descontener al paciente. Sin embargo, entienden que no tienen autonomía para retirarlas, por lo que, mientras no haya una indicación de descontención, deben mantenerlas para así cumplir con su responsabilidad profesional de ejecutar las indicaciones médicas. En este sentido, algunas auxiliares describen situaciones en las que ellas pueden y deciden retirar la contención física por iniciativa propia, pero siempre tras haberlo valorado con la enfermera responsable del paciente.

"Sí ((descontengo por iniciativa propia)), sí, sí, sí, pero lo comento siempre con enfermería por si acaso me dicen '¡no, ni de broma!', entonces, ya no hago nada. Pero por norma no me dicen nada... [...] cuando he descontenido, lo he avisado, siempre lo aviso, siempre digo: 'Oye, he descontenido a tal...'" (A3)

"No tengo la potestad yo para decir que le voy a quitar la contención. Sí, a lo mejor de manos o esto, si el paciente está muy tranquilo, lo hablamos el equipo de enfermería, o sea, enfermera y auxiliar... '¿te parece que...? ¿le quitó la contención de las manos?'. Si la enfermera está de acuerdo conmigo, la quitamos. Pero, por ejemplo, una contención abdominal es que es un riesgo tremendo. Si tú, sin que se lo haya pautado el médico, le quitas la contención y ese paciente por lo que sea se cae... o sea, tú sabes que debería haber estado contenido, esa decisión no te corresponde a ti. Es que nosotros somos soldaditos muy pequeños. Estamos a las órdenes de todo el mundo... o sea, poder de decisión ninguno, no tenemos ese poder." (A7)

En segundo lugar, el papel de la auxiliar de enfermería es principalmente técnico, siendo la principal responsable del procedimiento práctico de aplicación de la contención física. Desde esta perspectiva, se trata de una función procedimental.

"El tema organizativo no es conmigo, yo no organizo nada, simplemente ejecuto, ¿sabes?" (A7)

"Si es la auxiliar la que lo... lo ve, por decirlo de alguna manera, lo habla con la enfermera, la enfermera lo habla con el médico, el médico si tiene al familiar a mano se lo, se lo consulta, o se lo consulta o se lo confirma porque realmente a veces hay que confirmarlo. El familiar da su consentimiento y a partir de ahí el médico te da el consentimiento también, y a partir de ahí ya contienen. ((Luego)) Nosotros vamos y contenemos. Normalmente es así el procedimiento." (A2)

"Al final las contenciones las aplican las auxiliares, porque son las que ponen al paciente en la cama o sientan al paciente y lo contienen. Mientras el celador y ellas son las que manejan a nivel digamos mecánico la contención." (M4)

En este sentido, las TCAE tienen un papel relevante en el uso seguro de las contenciones físicas y su correcta aplicación, por lo que, además de buscar la máxima seguridad del paciente contenido, persiguen que esté comfortable. Para ello, llevan a cabo diferentes actividades dirigidas a prevenir las posibles complicaciones asociadas al uso de los sistemas de contención.

“Mi responsabilidad creo que es ir a vigilar para que no le pase nada, que la contención no le haga daño en la piel, eh... y... y esto. A ver, cuando tienen contención no es que los vigiles menos, yo creo que incluso los vigilas más, porque las contenciones, quieras que no, aunque sean de tela, tienen costuras, tienen rebordes... y nuestros pacientes tienen todos piel de cebolla. Tienes que vigilarles que tengan una buena irrigación, de que en la espalda no se les clave, hacerles cambios posturales cuando ellos no pueden. No es poner la contención y decir... ganas en tranquilidad de saber que no se van a caer, pero luego yo creo que los vigilas más por esto.” (A4)

“Yo la única responsabilidad que tengo es a nivel de informar y luego verificar que, si se tiene que contener, se haga de manera correcta, que no sufra daños ese paciente, que sea lo menos lesivo posible y si se puede informar que sea el menos tiempo posible, pero realmente mi ratio de acción es muy pequeña en las decisiones.” (A7)

Desde este convencimiento de que ellas aplican las contenciones físicas por indicación médica, las auxiliares tienden a racionalizar el conflicto ético que les genera su uso. En concreto, entienden que desde su rol profesional no tienen autoridad moral en esta práctica, pues su función es puramente técnica para cumplir con una prescripción de otro profesional.

“Yo haré siempre lo que me mandará la gente, evidentemente, lo que me mandará la gente, lo que mandará el que está por encima de mí. Evidentemente, yo no puedo contradecir una orden, si me da el médico una orden; ni el médico ni la enfermera, porque yo estoy bajo su... de esto, me auto convenceré de que lo hacen por un bien para él. Yo creo que, quien más sabe son ellos.” (A2)

“Eh... a ver... a mí me lo mandan. [...] Pues pienso que es un bien para el paciente. A ver, yo mi trabajo lo enfoco siempre a que es un bien para el paciente, ayudar al usuario que tenemos y ya está, no... ¡no hay más!” (A4)

Capítulo 8. DISCUSIÓN

Este capítulo está dedicado a la discusión de los resultados obtenidos, relacionándolos con la literatura existente y el marco teórico. A partir de las entrevistas realizadas a médicos, enfermeras y TCAE, ha sido posible responder al objetivo principal de la investigación: conocer la cultura de los profesionales sanitarios en relación al uso de las contenciones físicas en el cuidado a las personas mayores ingresadas en los hospitales de atención intermedia de Mallorca.

La exposición de la discusión se compone de seis apartados que, respondiendo de forma reflexiva a los objetivos específicos del estudio, recogen e interconectan las categorías, las subcategorías y los códigos presentados en el capítulo anterior. En concreto, esta discusión se plantea desde la deshumanización de la persona mayor (primer apartado), entendiendo que la visión deshumanizada de estos pacientes es la que justifica la práctica de la contención física (segundo apartado), tanto respecto a su uso como en la forma en la que ésta es aplicada. En este contexto asistencial, el rol profesional está orientado a garantizar la seguridad física del paciente y perpetúa el uso de las contenciones físicas con este fin (tercer apartado), derivando así en una falta de reflexión ética respecto a la práctica (cuarto apartado). A la vez, las instituciones se posicionan como entornos seguros y disciplinados en los que se integra y acepta la contención como una práctica de cuidado (quinto apartado). Sin embargo, el modelo de atención se está orientando cada vez más hacia unos cuidados sin contenciones, apareciendo ya iniciativas en esta línea (sexto apartado).

Tras este análisis, se exponen las limitaciones y las fortalezas del estudio, así como sus implicaciones clínicas, gestoras, políticas, docentes e investigadoras.

8.1. De persona mayor a paciente geriátrico: la deshumanización como desencadenante del uso de las contenciones físicas

A continuación, se analiza cómo el discurso de la contención física de los profesionales gira en torno al paciente contenido. Muy especialmente, la teoría de la deshumanización propuesta por Haslam (2006) permite comprender la visión que tienen los profesionales de las personas mayores y cómo esta visión deshumanizada es tan profunda e inconsciente que determina las prácticas de cuidado que se les aplican, manteniendo el uso de las contenciones físicas.

8.1.1. *El perfil del paciente contenido*

El principal elemento que determina el uso de las contenciones físicas según los profesionales es el perfil del paciente atendido en los hospitales de atención intermedia. En concreto, tal y como se ha apuntado en el capítulo de resultados, en estos hospitales, las contenciones físicas tienen un destinatario claro: una persona mayor, con deterioro cognitivo (pudiendo presentar o no síndrome confusional agudo) y riesgo de caídas. Estas características coinciden con el perfil de paciente contenido que recoge la bibliografía (Estévez-Guerra et al., 2017; Fernández Ibáñez et al., 2020; Hofmann & Hahn, 2014; Urrutia Beaskoa, 2015).

Por un lado, destaca muy especialmente la presencia de deterioro cognitivo como un factor clave para aplicar las contenciones físicas en el cuidado de las personas mayores, coincidiendo con la evidencia disponible (Aristin Ortega et al., 2017; Elsdén De Dignon et al., 2003; Fernández Ibáñez et al., 2020; Hofmann & Hahn, 2014; Thomann et al., 2021; Urrutia Beaskoa, 2015; Wazen Hervás, 2012). De esta forma, los pacientes son percibidos por parte de los profesionales fruto de su deterioro cognitivo como incapaces de hacerse responsables de su autocuidado, responsabilidad que debe ser asumida y suplida entonces por ellos. Además, los profesionales recalcan la dificultad para razonar con los pacientes que, en lugar de ser vista como una condición intrínseca a la presencia de demencia, es identificada como un problema asistencial. Del mismo modo, otras conductas propias de las personas con demencia, como el vagabundeo, son percibidas también por los profesionales como un problema, tanto para la propia salud del paciente, como para la convivencia en la unidad. Desde esta visión del déficit, se entiende que el paciente supone un peligro para él mismo, al intentar llevar a cabo movimientos y acciones para las que no está preparado física y/o cognitivamente.

Esta mirada de la persona mayor concuerda con las formas de deshumanización planteadas por Haslam (2006): la animalización y la mecanización. Las personas mayores son un colectivo especialmente vulnerable para ser deshumanizado (Boudjemadi et al., 2017; Drury et al., 2017; Johnstone, 2013) y este riesgo se incrementa notablemente ante la presencia de deterioro cognitivo. En este sentido, los resultados del estudio coinciden con Haslam (2006), quien defiende que las personas pueden ser deshumanizadas simultáneamente de forma animalista y mecanicista y discrepan de los de Boudjemadi (2017), que considera que la deshumanización de las personas mayores está restringida a la animalización y no se aplica en la mecanización. A continuación, se discute la presencia de ambas formas de deshumanización en los resultados del presente estudio.

En primer lugar, los resultados reflejan cómo los profesionales niegan la racionalidad a las personas mayores con deterioro cognitivo y las perciben como seres cálidos pero incompetentes cognitivamente (Boudjemadi et al., 2017). Igualmente, son frecuentes las comparaciones de las personas mayores con los niños pequeños que precisan de cuidados y protección y, por lo tanto, de los que hay que responsabilizarse. De esta forma, los profesionales niegan otra de las características exclusivamente humanas que nos completan como persona: la madurez. Desde esta visión infantilizada de la persona mayor, los profesionales justifican el paternalismo en el cuidado de los pacientes geriátricos. Este tipo de deshumanización se corresponde con la animalización propuesta por Haslam (2006), primando la irracionalidad como la principal cualidad negada a la persona por cuya ausencia está justificada la práctica de la contención. En este sentido, los profesionales no ahondan en la motivación de los pacientes con demencia para intentar levantarse, pues niegan que su comportamiento esté guiado por una voluntad personal clara. Sin embargo, desde la teoría de la animalización, hay otras características exclusivamente humanas que los profesionales sanitarios no niegan a los pacientes geriátricos, como el civismo, el refinamiento o la sensibilidad moral (Haslam, 2006; Martínez et al., 2017).

En segundo lugar, también se observan características asociadas al fenómeno de la mecanización descrito por Haslam (2006), como la negación de algunas características de la naturaleza humana como la emocionalidad, tal y como señala Drury (2017). En concreto, son habituales las expresiones de los participantes en las que niegan que la contención física sea una experiencia negativa para el paciente con deterioro cognitivo. En su lugar, los profesionales consideran que la demencia evita que el paciente sea consciente de que está contenido y le protege del impacto emocional y ético derivado de la contención. Del mismo modo, aunque de

forma menos marcada, los profesionales niegan la apertura cognitiva y la profundidad de los pacientes con deterioro cognitivo, reconociéndoles como personas rígidas y superficiales, lo que también repercute en el impacto emocional derivado de la contención. Igualmente, los profesionales niegan a los pacientes geriátricos su capacidad individual para la toma de decisiones, otra de las características de la naturaleza humana identificada por Haslam (2006), convirtiéndoles en seres pasivos ante las decisiones que afectan a su salud, sus cuidados y su vida. Esta deshumanización mecanicista se acompaña de falta de empatía y una visión abstracta y desindividualizada por parte de los profesionales hacia las necesidades y el sufrimiento de las personas mayores, tal y como señala la bibliografía (Haque & Waytz, 2012; Haslam, 2006). En este sentido, Bastian (2011) recoge que las personas mecanizadas tienden a ser consideradas como menos dignas de protección y menos capaces para la rehabilitación, lo que puede explicar que con ellas se recurra a las contenciones más fácil y habitualmente.

En tercer lugar, aparecen ciertas similitudes con otras teorías de la deshumanización como el modelo de contenido de los estereotipos, que entiende la deshumanización como la incapacidad para considerar la mente de otras personas (Fiske et al., 2002; Harris & Fiske, 2006). Por lo tanto, desde esta perspectiva, las personas mayores contenidas son percibidas como carentes de la dimensión básica de estereotipos de competencia, es decir, seres cálidos pero incompetentes.

La influencia de la deshumanización y, especialmente de la presencia de deterioro cognitivo, puede apreciarse también en el uso de las contenciones físicas entre los pacientes más jóvenes. Aunque en estos casos los profesionales insisten en que esta aplicación deriva de la necesidad de manejar situaciones más agresivas, la justificación para emplearlas sigue recayendo en las características del paciente y, más concretamente, su falta de capacidad para razonar, ya sea derivada de un problema agudo de salud mental o de un deterioro cognitivo. Por ello, las contenciones físicas permiten gestionar el peligro que representa el paciente para sí mismo, para los demás y para el entorno.

Por otro lado, los profesionales enfatizan en el riesgo de caídas de los pacientes geriátricos que son contenidos, lo que refleja su gran preocupación por la seguridad física de las personas a las que cuidan. Los profesionales perciben la caída como un peligro vital para los pacientes, considerando que puede desencadenar una serie de complicaciones fatales. Desde esta visión, los profesionales defienden que las contenciones mecánicas, al prevenir las caídas de los pacientes, aseguran su integridad física. Esta idea tiene sus similitudes con la teoría de la mecanización, según la cual el cuerpo se compondría de piezas que deben ser reparadas (Haslam, 2006; Martínez et al., 2017). En este caso, el paciente, o más bien su cuerpo, sería una máquina compuesta por una serie de piezas que no se pueden ni se deben estropear y, para preservar su integridad, los profesionales recurren a las contenciones físicas. En definitiva, el discurso de los profesionales respecto a esta práctica gira en torno al concepto de seguridad y más concretamente en su dimensión física, deshumanizando a la persona mayor y reduciéndola a esta dimensión.

Además, se han identificado otros factores predisponentes relacionados con los pacientes en el uso de las contenciones, como son el síndrome confusional agudo, los antecedentes de contención física, la restricción del movimiento físico, la indicación de sedestación y el uso de dispositivos invasivos. Respecto al síndrome confusional agudo, los resultados reflejan que las contenciones físicas no se utilizan exclusivamente para el manejo de aquellas situaciones de agitación extrema, sino que la misma desorientación es identificada por los profesionales como un problema para el cual está legitimado recurrir a estos dispositivos.

En cuanto a la aplicación de las contenciones físicas para garantizar la inmovilización prescrita en determinadas circunstancias, como ante una fractura de cadera, es una de las indicaciones de uso de las contenciones físicas según la SEGG (2014). Por el contrario, las contenciones también están siendo utilizadas para poder garantizar el cumplimiento del plan terapéutico asociado a la movilización del paciente y, más específicamente, a su sedestación, que puede llegar a ser vista como una obligación asistencial.

Igualmente, las contenciones físicas son utilizadas para garantizar el mantenimiento de dispositivos invasivos, muy especialmente de vías periféricas, tal y como apunta la bibliografía (Fariña-López et al., 2014, 2018; Goethals et al., 2012; Leahy-Warren et al., 2018; Sharifi et al., 2020). En este sentido, la SEGG (2014) contempla el uso de las contenciones físicas para asegurar el mantenimiento de procedimientos terapéuticos invasivos necesarios para la supervivencia, como el tratamiento por vía parenteral. Sin embargo, los resultados del estudio reflejan que los profesionales recurren a las contenciones físicas de miembros superiores cuando los pacientes son portadores de vías periféricas, sin plantearse el uso de alternativas menos invasivas y agresivas que asegurasen su mantenimiento, como pudiese ser utilizar sistemas de vendaje para una mejor fijación de la vía periférica u ofrecer al paciente objetos que pueda manipular y con los que distraerse. Además, esta utilización pone de manifiesto la cultura del intervencionismo a la que hace referencia uno de los participantes y la falta de revaloración de la necesidad de mantener los tratamientos invasivos en los pacientes geriátricos. En cualquier caso, se trata de una de las situaciones según las cuales los profesionales consideran más necesario e inevitable el uso de las contenciones físicas, coincidiendo con otros estudios (Chuang & Huang, 2007; Fariña-López et al., 2014, 2018; Goethals et al., 2012; Huang et al., 2014; Leahy-Warren et al., 2018; Sharifi et al., 2020; L. Wang et al., 2019).

En cualquier caso, la justificación del uso de las contenciones físicas por la presencia de deterioro cognitivo o de riesgo de caídas refleja una falta de conocimientos en el manejo del paciente geriátrico y de las situaciones de delirium. Tal y como se ha mencionado, algunas conductas y manifestaciones clínicas propias del deterioro cognitivo (como el vagabundeo, la dificultad para razonar o los gritos) son identificadas como un problema asistencial que hay que afrontar. En estos casos, tal y como señala Goethals (2012), las actitudes de los profesionales frente a las conductas de los pacientes influyen en el uso de las contenciones físicas. En concreto, cuando las conductas de los pacientes son vistas como un problema, las contenciones físicas son entendidas como una estrategia adecuada para su manejo (Fariña-López et al., 2014, 2018; Goethals et al., 2012; Haut et al., 2010; Huang et al., 2014; Leahy-Warren et al., 2018; Øye et al., 2017; Sharifi et al., 2020; J. Wang et al., 2020), en lugar de verlas como un fracaso de los procesos de cuidado previos. Además, desde esta perspectiva no se desarrollan estrategias preventivas que eviten la escalada en la agitación ni el riesgo de caídas de los pacientes sin recurrir a las contenciones físicas. Del mismo modo, no se está realizando una práctica autorreflexiva que valore el impacto del propio ejercicio asistencial en la atención al paciente y su calidad de vida (Mengelers et al., 2019). Por lo tanto, es necesario cambiar la mirada hacia las personas mayores, desde la formación (tanto de grado como de posgrado especializada en cuidado a las personas mayores), el trabajo en equipo y el abordaje preventivo. En este sentido, es fundamental que los profesionales que les cuidan sean expertos del ámbito, entendiendo que una persona mayor no puede ser reducida a una persona con muchos años, sino que su cuidado requiere de otra mirada. Todo ello representa una oportunidad para médicos y enfermeras especialistas en geriatría que se encuentran en una posición privilegiada para desarrollar su potencial competencial y orientar su práctica al cuidado integral, evitando la aparición de complicaciones como las caídas o el delirium.

La culpabilización constante al paciente para justificar el uso de las contenciones queda manifiesta también cuando, al ser preguntados por los factores institucionales que influyen en el uso de las contenciones físicas, los participantes vuelven a aludir al perfil del paciente atendido. Así, las características distintivas de los centros de atención intermedia respecto de los hospitales de agudos o las residencias vuelven a recaer en los pacientes y, concretamente, en su estado según el entorno en el que esté ingresado. Incluso, para algunos profesionales, la alternativa al uso de las contenciones físicas en estos centros pasa por un cambio en el perfil de pacientes, de tal forma que, para no tener que contener, necesitan dejar de atender a personas mayores con deterioro cognitivo y riesgo de caídas. Con este convencimiento, los profesionales asocian de forma indivisible la contención y el cuidado a los pacientes geriátricos, sin apenas hacer autocrítica sobre la influencia del hospital, y menos sobre la suya propia a nivel individual y colectivo, en el uso de las contenciones físicas, justificándolas así como una práctica por y para el cuerpo del paciente. Sin embargo, las previsiones demográficas apuntan claramente a un crecimiento de las personas mayores respecto al conjunto poblacional, lo que redundará (y lo hace ya actualmente) en el perfil de pacientes hospitalizados (y más en estos centros orientados a la atención a la cronicidad). Por lo tanto, el envejecimiento poblacional obliga al sistema sanitario, y más concretamente a los hospitales de atención intermedia y sus profesionales, a orientarse a las necesidades de las personas mayores desde su diversidad e individualidad.

8.1.2. El lenguaje de la deshumanización

La deshumanización de las personas mayores también se expresa en el discurso de los participantes a través del lenguaje utilizado.

En primer lugar, es habitual que los participantes se refieran a los pacientes a los que atienden en base a su patología o al motivo de su ingreso, como “las demencias” o “los ictus”, siendo una de las formas de deshumanización identificadas en el entorno sanitario (Haque & Waytz, 2012; Kihlgren & Thorsén, 1996). Al reducir a la persona a su enfermedad, los profesionales obvian su componente humano y emocional, disminuyendo su valor como persona. Igualmente, hay participantes que hacen alusión a las partes del cuerpo de los pacientes, como “las caderas”. Esta descomposición de la persona en partes puede predisponer a los cuidadores a despersonalizar a las personas atendidas, tratándolas más como objetos que como personas completas y con experiencias subjetivas (Haque & Waytz, 2012). En otras ocasiones, los profesionales se remiten a los pacientes en base a su comportamiento o conducta, por ejemplo, “una agitación” o “un cuadro de delirio”.

En segundo lugar, los profesionales se refieren prácticamente siempre a los usuarios como pacientes, en lugar de como personas. De esta forma, las personas son reducidas a su rol en el entorno sanitario y despojadas de su historia de vida previa que les conforma como una persona completa, más allá de la situación por la que están ingresadas en ese momento. Además, con el uso de este término, se les asigna un papel pasivo como receptores de atención sanitaria y de cuidados, obviando su agencia y capacidad de autogobierno.

En tercer lugar, los participantes comparan en varias ocasiones a las personas mayores atendidas con niños o con pacientes psiquiátricos. En relación a esta infantilización, se observa cómo los profesionales negocian con los pacientes geriátricos como si fuesen niños pequeños, a los que se premia a cambio de un buen comportamiento. Esta visión infantilizada de la persona

mayor -e, incluso, la comparación directa con animales- se corresponde a la animalización descrita por Haslam (2006).

En cuarto lugar, destaca el lenguaje de castigo empleado en diferentes momentos. En ocasiones, el discurso terapéutico se entremezcla con expresiones como “si te portas bien/mal...”, “dar una oportunidad”, “un voto de confianza” o “a ver cómo se comporta”. Incluso, en el discurso de los profesionales aparece el uso de un lenguaje carcelario, por ejemplo, al referirse al riesgo de fuga de los pacientes, recordando al entorno disciplinario descrito por Foucault (2002) en *Vigilar y castigar*. Igualmente, el lenguaje carcelario también es utilizado para hacer referencia a la vivencia del paciente contenido, que puede sentirse “como un prisionero”.

En definitiva, del mismo modo que ocurre en la atención a los pacientes psiquiátricos, mediante el uso de estas etiquetas peyorativas, los profesionales demuestran que no consideran al paciente geriátrico como un igual, con vivencias y emociones propias. Al contrario, se perpetúan las representaciones estigmatizantes y discriminatorias basadas en la patología y la irracionalidad, lo que permite su deshumanización. Todas estas percepciones deshumanizadoras confieren una posición moral disminuida a los pacientes geriátricos, estableciéndose un estatus diferente entre ellos y los profesionales (Haslam & Loughnan, 2014).

8.1.3. El doble papel de la familia en la deshumanización

En este apartado cabe prestar especial atención al papel de la familia y su relación con la deshumanización, pues ésta es deshumanizada a la vez que participa en la deshumanización de la persona mayor.

Por un lado, en la práctica de la contención física se produce una instrumentalización de la familia. En concreto, la familia no es integrada en los cuidados ni en su planificación, por lo que la toma de decisiones se desarrolla sin su voz, ni como sujeto autónomo ni como representante de la persona cuidada. En su lugar, los cuidados, lejos de reconocer el binomio paciente-familia como el núcleo de cuidado, se centran en el paciente. Como consecuencia, la familia es utilizada como una alternativa a la contención física, retirándola en su presencia, pero sin que exista previamente una valoración de su disponibilidad como recurso de cuidado (tanto a nivel temporal, económico, de conocimientos, motivaciones, predisposición...) ni una planificación conjunta de los cuidados. Por lo tanto, desde esta visión utilitarista, la familia no es vista como un sujeto de cuidado, sino que se convierte en un instrumento para cuidar, aunque en la justa medida, ya que tampoco se la deja participar aportando su criterio. En este sentido, la integración real de la familia en los cuidados es uno de los grandes retos de la atención centrada en la persona que debe pivotar ineludiblemente también alrededor de la familia, evaluando su disponibilidad y analizando su situación social.

Por otro lado, la ausencia de los familiares es criticada y llega a ser calificada de abandono, resultando ser un motivo suficiente para aplicar o mantener las contenciones físicas, independientemente del estado del paciente. Esto muestra que, pese a justificar las contenciones constantemente por y para el paciente, su uso responde a factores externos a él. Paralelamente, ante la presencia de los familiares, numerosos pacientes son descontentados, sin una revaloración previa de su estado, reflejando así el mantenimiento de las contenciones físicas independientemente de las necesidades de la persona contenida.

En definitiva, a partir del discurso de los profesionales, los familiares son identificados como la causa (su ausencia) y la solución (mediante su presencia e implicación) al uso de las contenciones físicas, de tal forma que, ante un mismo paciente, la presencia o no de los familiares puede determinar su aplicación, su mantenimiento y su retirada.

8.1.4. La visión deshumanizada y centrada en la esfera física del paciente geriátrico y sus cuidados

La contención física se aplica desde la desconexión de los profesionales hacia la esfera emocional de los pacientes. La deshumanización que sufren los pacientes geriátricos les coloca fuera de los límites de la aplicación de las normas y los valores morales (Haslam & Loughnan, 2014; Opatow, 1990), lo que hace que parezcan moralmente menor valiosos (Bandura, 1999, 2002; Opatow, 1990; Rodríguez Pérez et al., 2010) y, por tanto, les vuelve más vulnerables a ciertas formas de cuidado (Johnstone, 2013), como es en este caso el uso de la contención física. En concreto, atendiendo a la teoría de Opatow (1990), los pacientes geriátricos son identificados por los profesionales sanitarios como el exogrupo, colocándolos fuera de los márgenes en los que nos sentimos obligados a aplicar las normas y las reglas sociales así como las consideraciones de justicia, es decir, acaban siendo excluidos del mundo moral. Desde esta perspectiva, la deshumanización puede incluir procesos leves como la visión técnica de las personas, focalizando en la eficiencia sin considerar el daño derivado de las rutinas sanitarias, tal y como ocurre al priorizar la seguridad física y obviar el daño ético que supone la contención para el paciente. Igualmente, de acuerdo con la teoría de Bandura (1999, 2002), la deshumanización implica apartar al otro del escenario que obliga a comportarse con sentido moral, lo que ocurre en situaciones aparentemente cotidianas, en las que la gente realiza rutinariamente actividades que favorecen sus intereses (como cuando las contenciones son utilizadas para poder seguir con las otras actividades asistenciales propias del cuidado de los otros pacientes), pero que tienen efectos perjudiciales para quienes las reciben.

En relación a la deshumanización en el ámbito sanitario, los resultados del presente estudio coinciden con los de Ávila-Morales (2017), según los cuales, la cosificación del paciente, la falta de reconocimiento de su dignidad y su falta de participación en la toma de decisiones conducen a su deshumanización. En concreto, los participantes expresan una preocupación constante por el cuerpo de los pacientes a los que atienden, situando en un segundo plano sus rasgos personales, sus sentimientos, sus valores y su dignidad. Desde esta perspectiva, el paciente no participa (ni directa ni indirectamente) en la toma de decisiones relativas a sus cuidados. En su lugar, estas decisiones son tomadas a partir de una relación de poder que otorga todos los privilegios a los profesionales -y, ocasionalmente, a los familiares-, quienes proyectan su ideal de cuidado a partir de sus creencias sobre la seguridad y sus experiencias previas. Por lo tanto, la pérdida del concepto integral de la persona mayor atendida deriva en una atención orientada, principalmente, a la esfera física.

En el ámbito sanitario, los resultados del estudio apuntan a una atención despersonalizada a los pacientes geriátricos. En este sentido, el conocimiento del paciente se restringe a una valoración biomédica de sus necesidades, sin ahondar en las esferas afectiva y social que se deberían incluirse en la valoración geriátrica integral. Desde esta perspectiva, el manejo es sintomático, sin abordar las causas subyacentes a los comportamientos de la persona mayor. Esto se evidencia cuando los profesionales con actitudes pro-contención identifican la valoración de la causa subyacente al trastorno del comportamiento como una alternativa a las contenciones

físicas, en lugar de entenderla como un paso previo en el manejo conductual orientado directamente a la causa. Todo ello pone de manifiesto que no se reconoce la visión holística del paciente como un principio básico rector del cuidado, sino como un extra que puede ofrecerse en algunas situaciones. Esta falta de respeto a la personalidad única de los pacientes es una de las formas de violación de la integridad que se producen en el entorno sanitario (Kihlgren & Thorsén, 1996). Como consecuencia de esta despersonalización, la atención al paciente se convierte en una tarea, para cuyo desempeño se recurre a las contenciones físicas desde una visión técnica. Este modelo de cuidado se corresponde a la *taskificación* (Sharp et al., 2018), que será discutida más adelante.

Por otro lado, cabe destacar que el propio proceso aparta al paciente de la toma de decisiones. En concreto, la persona con deterioro cognitivo deja de ser vista como una persona responsable, con agencia y capacidad para autogobernarse, por lo que no se le reconoce como un participante activo en la toma de decisiones, que son tomadas por sustitución y no por representación. Por lo tanto, y pese a que se va a ahondar más adelante en el paternalismo que rodea este proceso, bajo el pretexto de la incapacidad para desarrollar la autonomía propia, la propia toma de decisiones deshumaniza al paciente geriátrico con deterioro cognitivo, convirtiéndole en un receptor pasivo de unos cuidados que, en el caso de poder decidir, probablemente, rechazaría.

Respecto a las consecuencias de la contención, los profesionales únicamente identifican aquellas físicas y más superficiales, lo que vuelve a reflejar la deshumanización de la persona mayor contenida. Por un lado, los profesionales reconocen la evidente limitación de la movilidad física que supone el uso de las contenciones para las personas mayores. Sin embargo, en algunas ocasiones, esta limitación es intencional cuando, más allá de como mecanismo de prevención de caídas, las contenciones físicas son utilizadas para evitar que el paciente se levante. Por lo tanto, las contenciones físicas se utilizan con el objetivo directo de restringir la movilidad de los pacientes, y es a través de este efecto inmovilizador que se consigue el efecto protector de forma secundaria. Esta limitación contradice frecuentemente el objetivo de fomento y recuperación de la autonomía por el que estos pacientes ingresan en los hospitales de atención intermedia, retrocediendo en los avances conseguidos en rehabilitación. De esta forma, se produce un cambio en las prioridades asistenciales, pasando de priorizar la prevención de las complicaciones físicas secundarias a la inmovilidad a que esta sea el precio a pagar en el cuidado seguro de los pacientes. En cualquier caso, se trata de una limitación de la autonomía entendida también desde lo físico, como la capacidad para realizar de forma autosuficiente las ABVD, obviando el componente ético y las competencias para la toma de decisiones también relacionadas con la autonomía. Desde esta perspectiva, las contenciones físicas se convierten en una práctica de anti-cuidado, tal y como se discutirá más adelante.

Por otro lado, los profesionales reconocen sólo las complicaciones físicas más superficiales y visibles como las lesiones cutáneas, pero no asocian el uso de las contenciones con otras complicaciones físicas (como el estreñimiento o el descenso del tono muscular) recogidas por Fariña (2011). Esto podría explicarse por el alto nivel de normalización de la práctica y la visión de los profesionales respecto a las personas mayores, entendiendo la incontinencia como algo inherente a la condición de pacientes geriátricos y al ingreso hospitalario, sin plantearse la influencia de los cuidados ofrecidos. En esta línea, la deshumanización de las personas mayores lleva a asociar cierta sintomatología a la edad de los pacientes, en lugar de relacionarlas con un problema patológico (Williams, 2009). En relación a las consecuencias psicológicas, los profesionales reconocen que se trata de una experiencia desagradable para los pacientes, sin embargo, no identifican de forma clara algunos sentimientos como el miedo, la frustración, la

humillación o la soledad que sí recoge la literatura (Fariña-López, 2011; Saarnio & Isola, 2009). En cambio, sí consideran que el hecho de estar contenido puede generar una mayor confusión y agitación en los pacientes (Fariña-López, 2011), siendo el efecto contrario al buscado con su aplicación. Ante esta situación, en lugar de reducir su uso, se aplica un mayor grado de contención para tratar de manejarlas.

Del mismo modo, la deshumanización de la persona mayor contenida repercute en el impacto que las contenciones tienen en los pacientes y los profesionales. Con relación a los pacientes, los profesionales no se plantean el impacto psicológico y emocional que tiene la práctica en aquellos con deterioro cognitivo, defendiendo que para estos pacientes no se trata de una experiencia negativa, pues han perdido esta capacidad para sentir y experimentar. Al despojarles del carácter humano y emocional, los profesionales se convencen de la ausencia de sufrimiento generado por esta práctica para las personas con demencia, tal y como defiende la teoría de la mecanización (Haslam, 2006). De esta forma, se asocia el impacto de la contención al estado cognitivo del receptor, más que a su propio uso. Este análisis de la vivencia del paciente surge de la reflexión sobre lo que supondría para el propio profesional la contención, pero ellos no se plantean el impacto de su práctica asistencial en los pacientes contenidos, deshumanizándoles una vez más. Por el contrario, los profesionales con actitudes anti-contención son conscientes del mayor impacto psicológico de la contención física entre los pacientes con deterioro cognitivo, identificando estos dispositivos como un elemento estresor.

En cuanto al impacto sobre los profesionales, estos tienden a presentar actitudes más favorables a las contenciones físicas cuando su destinatario es una persona con deterioro cognitivo. Además, cuando las utilizan con estos pacientes, presentan menos conflictos éticos. En concreto, los profesionales experimentan mayor estrés moral cuando se aplican a una persona sin deterioro cognitivo o en contra de su voluntad. Por lo tanto, la deshumanización de la persona mayor con deterioro cognitivo también protege al profesional del impacto ético que tiene sobre él la utilización de la contención (Corneau, 2016; Haslam & Loughnan, 2014; Schulman-Green, 2003; Vaes & Muratore, 2013).

En definitiva, en este apartado se ha recogido la concepción que tienen los profesionales sanitarios de las personas mayores, quedando reflejada la desvalorización a la que son sometidas cuando ingresan en el entorno sanitario, lo que muy probablemente refleje las actitudes gerontofóbicas de la sociedad. Desde esta perspectiva, los pacientes geriátricos (especialmente aquellos con deterioro cognitivo) son vistos desde el déficit y, por consiguiente, son deshumanizados (Haslam, 2006), olvidando a la persona que padece la enfermedad. Todos estos elementos determinan la visión que tienen los profesionales de las personas mayores y, por consiguiente, de los pacientes geriátricos a los que atienden. Desde esta perspectiva, se establece un gradiente de dignidad en el que se van situando a las personas atendidas en un lugar de la escala y, a partir de dicha posición, se llevan a cabo ciertos cuidados, entre los que se incluye el uso de las contenciones físicas.

Por todo lo visto en este apartado, se puede decir que el uso de las contenciones físicas responde más a las actitudes deshumanizantes de los profesionales sanitarios respecto a los pacientes geriátricos con deterioro cognitivo que a actitudes edadistas hacia las personas mayores. En concreto, no se contiene a las personas por el hecho de ser mayores, sino que la visión de la persona desde el déficit a nivel cognitivo justifica el uso de las contenciones físicas y la forma en la que se aplican. Como se ha comentado anteriormente, las contenciones físicas también son utilizadas en personas jóvenes con algún trastorno de salud mental, lo que refleja que no se utilizan en las personas mayores por el hecho de ser mayores, sino por el hecho de presentar

deterioro cognitivo. En este sentido, el uso de las contenciones físicas aparece en diferentes entornos asistenciales y todos ellos cumplen una característica común: el usuario al que se aplica no tiene las competencias mentales para tomar decisiones ni razonar. Esta incapacidad puede ser temporal (como en cuidados intensivos (Acevedo-Nuevo, 2020), psiquiatría o en geriatría con pacientes sin deterioro cognitivo pero episodios puntuales de desorientación y/o agitación) o permanentemente (por ejemplo en geriatría al ser utilizadas en pacientes con deterioro cognitivo) (Urrutia Beaskoa, 2018). En cualquier caso, es necesario que los profesionales sanitarios tomen conciencia de esta deshumanización para poder afrontarla y eliminarla de su práctica asistencial, poniendo más valor a la emocionalidad, la dignidad, los valores y las preferencias de las personas mayores cuidadas.

8.2. La práctica de la contención física: la normalización del cuidado (no centrado en la persona)

En este apartado, se va a discutir la práctica de la contención física, especialmente a partir de los conocimientos de los profesionales y su ideal de contención segura.

8.2.1. El (des)conocimiento de los profesionales

El uso que hacen los profesionales de las contenciones físicas se encuadra en un contexto de falta de formación y de desconocimientos sobre su definición y los dispositivos incluidos, sus indicaciones de uso -y la evidencia que sustenta dicho uso-, las consecuencias de su aplicación y el marco legal que las regula, traduciéndose en irregularidades en su práctica.

En primer lugar, el concepto por el que los profesionales conciben las contenciones físicas dista de la definición internacionalmente aceptada y propuesta por Bleijlevens (2016). En concreto, los profesionales limitan su idea de contención física a aquellos dispositivos de restricción homologados, excluyendo así el mobiliario utilizado con una finalidad de restricción de movimiento del paciente o las barreras de la cama. Sin embargo, las barreras, al no poder ser manipuladas por el paciente y ser empleadas para evitar su salida de la cama, sí deberían ser consideradas un medio de restricción mecánica según la SEGG (2014). Sin embargo, dada la falta de consenso a nivel asistencial e investigador (incluso los estudios de prevalencia de uso aportan los datos con y sin las barreras) sobre si las barreras se deben considerar o no dispositivos de contención, se comprende que los profesionales tampoco las consideren así. Como consecuencia, las barreras de la cama forman parte del ideario colectivo de las instalaciones hospitalarias, dejando de ser cuestionadas por la mayoría de los profesionales desde una dimensión ética en función de la capacidad de control del paciente. Tanto es así, que las barreras forman parte intrínsecamente de las camas de hospital disponibles en el mercado, adquiriendo el propio mobiliario hospitalario esta cualidad restrictiva. Por lo tanto, es necesario que las alternativas a la contención se planteen también desde la tecnología para que, además de dar respuesta a la cultura de la seguridad, integre y apueste por la dignidad de las personas cuidadas. Igualmente, el uso de mobiliario adaptado con una finalidad restrictiva también está considerado como una forma de contención física por la SEGG (2014), que lo denuncia como una mala praxis. Del mismo modo, los profesionales expresan dudas respecto a si las contenciones utilizadas para el control postural durante la sedestación deben ser entendidas

como medios de restricción, obviando así las recomendaciones de la SEGG (2014) que sí las considera dado que el paciente no está entrenado para poderlas retirar.

En segundo lugar, los profesionales presentan una gran confusión entre las causas y las indicaciones de uso de las contenciones físicas y la evidencia que sustenta dicho uso. Coincidiendo con la bibliografía existente, uno de los principales motivos por los que los profesionales justifican esta práctica es la prevención de caídas (Fariña-López et al., 2014, 2018; Goethals et al., 2012; Gulpers et al., 2011; Haut et al., 2010; Huang et al., 2014; Leahy-Warren et al., 2018; Øye et al., 2017; SEGG, 2014; Sharifi et al., 2020; Urrutia Beaskoa, 2015; J. Wang et al., 2020). Sin embargo, se trata de una situación en la que el uso de las contenciones está contraindicado según la Fundación Cuidados Dignos (2012). Además, son numerosos los estudios que desmitifican la necesidad de su aplicación para evitarlas, pues su retirada no se acompaña de un aumento en el número de caídas ni en la gravedad de sus consecuencias (Abraham et al., 2020; Tortosa et al., 2016; Urrutia Beaskoa, 2015; Urrutia Beaskoa & Ávila Blanco, 2017).

En cuanto al uso de las contenciones físicas en el manejo sintomatológico de los pacientes con delirium, se trata de otro de los motivos por los que los profesionales justifican la práctica, tal y como recoge la bibliografía (Eskandari et al., 2017; SEGG, 2014). Sin embargo, también son diferentes los organismos y las guías de práctica clínica que recomiendan evitarlas en estos casos (American Geriatrics Society, 2014; Fundación Cuidados Dignos, 2012; Registered Nurses' Association of Ontario, 2016), estando relacionado su uso con la aparición de una mayor agitación (Fariña-López, 2011; SEGG, 2014). En cualquier caso, la SEGG (2014) rechaza y cataloga de claramente inapropiado al uso de las contenciones físicas sin haber efectuado una valoración geriátrica integral que permita detectar el origen de los trastornos de conducta y corregirlos con otra metodología más adecuada, más digna y menos cruenta. Del mismo modo, los profesionales justifican la práctica de la contención en otras situaciones para las cuales su uso se considera inapropiado, como ante la imposibilidad de prestar una supervisión continua (Eskandari et al., 2017; SEGG, 2014; L. Wang et al., 2019), para evitar el vagabundeo o ante la presión de los familiares (SEGG, 2014). Además, los profesionales consideran que las contenciones físicas están indicadas para evitar la manipulación de los dispositivos invasivos por parte del paciente, en línea con la bibliografía existente (Chuang & Huang, 2007; Fariña-López et al., 2014, 2018; Huang et al., 2014; Sharifi et al., 2020; L. Wang et al., 2019). En definitiva, las contenciones físicas son empleadas en muchos casos por diferentes motivos que no son indicaciones de uso, sino que, al revés, son considerados contraindicaciones.

En tercer lugar, los profesionales presentan un gran desconocimiento en relación a las consecuencias de las contenciones físicas (Eskandari et al., 2017; Fariña-López et al., 2013; Li et al., 2022). Como se ha comentado anteriormente, los profesionales se limitan a identificar las consecuencias más evidentes que se producen a nivel físico, como las lesiones cutáneas, sin ahondar en otras complicaciones, incluso a nivel físico, que recoge la bibliografía (Fariña-López, 2011). Concretamente, los participantes no asocian el uso de estos dispositivos a la muerte de pacientes, como ya identificó Fariña (2013), aunque puede deberse a que no ha sido una situación que haya ocurrido durante su práctica asistencial. Igualmente, los profesionales apenas hacen referencia a las complicaciones psicológicas y mucho menos las éticas que derivan de esta práctica (Eskandari et al., 2017; Li et al., 2022). Desde este desconocimiento, los profesionales, que deberían proteger la dignidad de los pacientes, acaban ignorando el impacto ético y moral de esta forma de cuidado (Estévez-Guerra et al., 2017; Li et al., 2022).

En cuarto lugar, destaca la falta de conocimientos de los profesionales respecto al marco legal que regula la aplicación de las contenciones físicas. De forma más evidente, los profesionales desconocen cuáles son las leyes que deben ser tenidas en consideración a la hora de utilizarlas. Por un lado, los profesionales desconocen la excepcionalidad con la que las contenciones físicas deberían ser aplicadas. Al contrario, las contenciones físicas son empleadas en muchas ocasiones sin que haya un peligro inminente para la seguridad física del paciente o de terceros y su uso se prolonga más allá de la situación aguda por la que han sido prescritas. En este sentido, la prescripción de contenciones físicas en un momento dado es utilizado como un cheque en blanco para poder recurrir a ellas cuando los profesionales en contacto directo con el paciente así lo consideren.

Por otro lado, los participantes muestran un gran desconocimiento respecto a cómo debe ser la prescripción de la contención física, entendiéndose que la indicación médica es suficiente para que su uso se ajuste al marco normativo. En este sentido, la Instrucción número 1/2022 de la FGE (2022) recoge la necesidad de contar con la prescripción médica para utilizar las contenciones físicas (debiendo descartarse las órdenes genéricas), atendiendo en cualquier caso a los principios de cuidado, excepcionalidad, necesidad, proporcionalidad y por el tiempo estrictamente necesario, tras el fracaso de otros métodos de prevención. Igualmente, los profesionales no reconocen el derecho del paciente a no ser sometido a ningún tipo de inmovilización ni restricción sin prescripción, tal y como recogen diversas leyes autonómicas que regulan esta práctica, incluyendo la *Ley 4/2009 de Servicios Sociales de les Illes Balears* (Comunidad Autónoma de las Illes Balears, 2009). Como consecuencia, los profesionales entienden que la prescripción médica es un garante del uso legal de las contenciones físicas y les protege a ellos frente a cualquier reclamación por dicho uso. Esta creencia refleja la hegemonía médica que sigue vigente actualmente en los servicios sanitarios, según la cual los profesionales no cuestionan las decisiones de los médicos, acatando las indicaciones médicas como si de órdenes médicas se tratasen.

Asimismo, aunque tanto la Instrucción de la FGE (2022) como numerosas leyes autonómicas contemplan la necesidad de contar con el consentimiento informado y documentado del paciente o su representante, cabe destacar que el uso de las contenciones físicas no cuenta siempre con dicho consentimiento, tal y como señala la bibliografía (Ramos Cordero et al., 2015). Además, cuando los familiares otorgan el consentimiento informado, éste no se corresponde a lo que establece la *Ley básica reguladora de la Autonomía del paciente* (Jefatura del Estado Español, 2002), así como de las recomendaciones específicas de la SEGG (2014) o del CBE (2016). En concreto, no se respeta el derecho a decidir entre un cuidado con o sin sujeciones, faltando al imperativo legal de ofrecer diferentes posibilidades. Las familias no suelen ser informadas de forma sistemática antes de aplicar las contenciones, ni se les plantean los riesgos y los beneficios de su aplicación (o no) y cuando consienten su uso suele ser verbalmente, sin quedar recogido por escrito ni registrado en la historia clínica. Además, el consentimiento que suele otorgar la familia es genérico, sin explicitar la situación para la cual se consiente la contención ni especificar qué dispositivos se emplearán ni durante cuánto tiempo, contradiciendo las indicaciones de la SEGG (2014) y de la FGE (2022). Por lo tanto, los profesionales prestan escaso valor al consentimiento informado de los familiares. En esta línea, en el estudio de Fariña (2012), únicamente el 37,7% de los participantes considera necesario pedir al familiar que firme el documento de consentimiento informado si se va a utilizar una restricción.

En definitiva, este desconocimiento sobre la legislación lleva a los profesionales, paradójicamente, a sentirse amparados legalmente, reforzando así el discurso de la seguridad - en este caso también legal- que rige el uso de las contenciones físicas y convirtiéndolo en norma en la práctica asistencial. Sorprende además que el desconocimiento de los profesionales esté tan permitido por las instituciones que, lejos de abordarlo, no adquieren un papel activo por garantizar que el uso de las contenciones en sus unidades se ajuste al marco legal. Por lo tanto, hay un desconocimiento y una despreocupación a nivel individual e institucional por adecuar los cuidados a la normativa vigente, lo que impide que profesionales e instituciones utilicen correcta y legalmente las contenciones físicas.

Por lo tanto, la falta de conocimientos de los profesionales de los hospitales de atención intermedia coincide con la detectada en otros estudios realizados en nuestro país (Fariña-López et al., 2014). Todo este desconocimiento y estas falsas creencias pueden explicarse por la falta de formación relacionada con el uso de sujeciones. En concreto, la mayoría de los profesionales no ha recibido formación sobre el uso ético de las contenciones físicas ni sobre los modelos de cuidado sin ellas. En este sentido, cabe destacar cómo numerosos profesionales de la normalización, al ser preguntados en la ficha sociodemográfica sobre su formación en contenciones, contestaron afirmativamente al haber asistido a cursos sobre la aplicación técnica de las contenciones físicas. Sin embargo, los participantes tampoco han hecho una búsqueda activa para acceder a la información ni a la formación relativa a la atención sin contenciones físicas. De esta forma, para muchos profesionales el conocimiento que tienen sobre las contenciones físicas deriva de su formación de grado, estando desactualizada en muchos casos. En este contexto, se instala un conocimiento generado informalmente, sin sustento en la evidencia científica, en relación a qué dispositivos deben ser considerados contenciones físicas y cómo debe ser su aplicación, sin tener en cuenta el protocolo del centro respecto al procedimiento (en caso de que lo haya).

Además, tal y como apuntan otros estudios, los resultados reflejan cierta relación entre los conocimientos y las actitudes, de tal forma que aquellos profesionales que han recibido formación en el uso ético de contenciones físicas tienden a presentar actitudes más críticas frente a ellas (Eskandari et al., 2018; Fariña-López et al., 2013; Kong, Song, et al., 2017; Lan et al., 2017; Suen et al., 2006; L. Wang et al., 2019). Sin embargo, los participantes del presente estudio que han recibido formación lo han hecho en talleres de escasa duración, por lo que no parece que ese nivel de formación haya sido suficiente para provocar un cambio importante en sus actitudes y, sobre todo, para tener herramientas para modificar su práctica y llevar a cabo acciones de resistencia, reconociendo necesitar más formación para poder desarrollar unos cuidados libres de contenciones.

8.2.2. El ideal de contención segura

A continuación, se pasa a discutir el concepto de contención segura desde el discurso de los participantes. La falta de conocimientos por parte de los profesionales da lugar a la creación de un conocimiento informal por parte del grupo que poco a poco se ha ido normalizando y normativizando siguiendo el enfoque foucaultiano (Foucault, 2002). Es el caso del ideal de contención segura que puede verse de forma más marcada en uno de los hospitales, donde los profesionales, ante la falta de un protocolo definido, han protocolizado la contención de 3 o 5 puntos como la forma correcta y segura de aplicar las contenciones físicas. Esta idea difiere de

los estudios de Kor (2018) y Wang (2019) en los que los profesionales demostraron unos conocimientos adecuados respecto a la aplicación de las contenciones físicas.

En los diferentes centros, los profesionales entienden que la seguridad de las contenciones físicas depende de la forma en la que se utiliza. Así, el riesgo de lesiones en pacientes contenidos deriva de su incorrecta aplicación -y más concretamente de su uso insuficiente con 1 punto, en lugar de 3 o 5 puntos-, no de su propio uso. Los profesionales reconocen que la contención física debería acompañarse de supervisión, muy especialmente cuando se aplica en pacientes agitados, para evitar así que intenten quitársela y sufran accidentes como el de la figura 3. Sin embargo, como para ellos dicho acompañamiento no es siempre posible, las soluciones que se plantean para evitar los accidentes dependen de las actitudes de los profesionales frente a esta práctica.

Por un lado, los profesionales con actitudes pro-contención entienden que la forma de evitar estos accidentes es aumentar el grado de contención física aplicado, así como incluir o aumentar las medidas farmacológicas. De esta forma, la aparición de accidentes refuerza su discurso de contención segura que está asociada a más contención, sin plantearse la no contención como una opción para evitar las lesiones asociadas a su uso. Por otro lado, para los profesionales con actitudes anti-contención, el cuidado y el acompañamiento al paciente, junto con la adaptación del entorno, son la manera para evitar estos accidentes. Incluso, aquellos profesionales más posicionados plantean la reducción o la retirada de las contenciones. Por lo tanto, la actitud de los profesionales frente a las contenciones físicas determina también las estrategias que proponen para evitar las lesiones asociadas a su uso.

Por todo ello, los profesionales, especialmente aquellos con actitudes pro-contención, consideran que las restricciones mecánicas son elementos protectores para los pacientes que evitan lesiones y accidentes y aportan seguridad física, coincidiendo con la bibliografía existente (Fariña-López et al., 2014, 2018; Kong & Evans, 2012; Möhler & Meyer, 2014; Penelo et al., 2018; Scheepmans et al., 2018). Incluso, para algunos profesionales, en algunas situaciones, las contenciones físicas son elementos terapéuticos en el cuidado de los pacientes geriátricos. Además, para los participantes, se trata de elementos necesarios en su práctica asistencial, especialmente en la prevención de caídas y en el manejo de la agitación, debido a las propias características de las personas atendidas (Fariña-López et al., 2014, 2018; Goethals et al., 2012; Haut et al., 2010; Huang et al., 2014; Leahy-Warren et al., 2018; Øye et al., 2017; Sharifi et al., 2020; J. Wang et al., 2020).

Al centrar su discurso en la seguridad física y al obviar la restricción derivada de su uso -así como todas las implicaciones éticas y legales-, las contenciones pasan a formar parte del catálogo de prácticas de cuidado que ofrecen los profesionales y las instituciones. Por lo tanto, en el contexto de un paradigma biomédico del cuidado, desde el convencimiento de que las contenciones físicas aportan seguridad al paciente y con la intención paternalista de protegerle, los profesionales normalizan el uso de las contenciones físicas.

8.2.3. La normalización y la normativización de la contención física: el elefante en la habitación

Las contenciones físicas son una práctica normalizada y normativizada en el cuidado de los pacientes geriátricos en los hospitales de atención intermedia, sin responder a guías de práctica clínica validadas, coincidiendo así con las prácticas descritas por Foucault (2018). Tal y como

recogen Fariña (2014) y Aristin (2017), la contención física es una práctica conocida por todos los participantes, que la utilizan habitualmente -en mayor o menor medida- en su práctica asistencial. Por lo tanto, igual que ocurre en el entorno residencial (Fariña-López et al., 2014; Penelo et al., 2018; Saarnio & Isola, 2010), se trata de una práctica común en los hospitales de atención intermedia.

Por un lado, las contenciones físicas son empleadas de forma preventiva en el cuidado de los pacientes geriátricos, de tal forma que su prescripción se produce antes de la aparición de la situación que justificaría su aplicación. Este tipo de prescripción conocida como 'si precisa' debería descartarse según la FGE (2022). En concreto, destaca cómo los antecedentes de haber sido contenido justifican la activación del 'protocolo contención física', normativizándose esta indicación para su prescripción, aunque este uso está totalmente alejado de lo que indican las guías de práctica clínica y la legislación vigente. En estos casos, los médicos delegan a las enfermeras la responsabilidad para decidir en qué momento y en qué grado aplicar las contenciones físicas.

El uso preventivo de las contenciones físicas se acompaña de un uso automatizado y rutinario ante las propias características de los pacientes. Esta práctica refleja la falta de planificación de los cuidados, en la que no se plantea saber con anterioridad cuál es la voluntad de los pacientes respecto a los cuidados que van a recibir. Además, no se desarrollan estrategias para prevenir las situaciones de urgencias derivadas de la escalada de la agitación, ni se establece previamente un plan de cuidados para abordarlas sin recurrir a las contenciones físicas. Del mismo modo, destaca la ausencia de una valoración sistemática de la causa subyacente a la agitación y del manejo de dicho origen. En su lugar, se planifica la contención pautándola en base a los antecedentes patológicos de los pacientes y a partir de una anterior contención en otro entorno asistencial. En esta línea, el hecho que el paciente haya sido contenido anteriormente es suficiente para predisponer a los profesionales a utilizarlas nuevamente. Por lo tanto, teniendo esto en consideración, es importante evitar iniciar las contenciones físicas en el cuidado de un paciente, pues abre una veda a futuras aplicaciones. Desde una perspectiva foucaultiana, este uso automatizado y rutinario se corresponde con la normalización que se produce en el sistema sanitario, donde no todas las intervenciones médicas responden a las demandas de los enfermos, sino que dan respuesta a procedimientos ante determinadas situaciones (Foucault, 2013a), como ante el riesgo de caídas o el manejo de la agitación, en este caso.

Además, los resultados reflejan lo alejada que está la práctica de un modelo de atención centrada en la persona y que evalúe las necesidades del paciente en cada situación, tal y como recomiendan las guías clínicas (Registered Nurses' Association of Ontario, 2012). Igualmente, en ocasiones, las contenciones se dejan preparadas en la cama o en la butaca de tal forma que, en caso de que sea necesario, únicamente haya que ajustarla al paciente. Incluso, hay pacientes que han sido contenidos y a los que, una vez ha mejorado su estado general, se les decide descontener, pero manteniendo la contención preparada por si fuese necesario aplicarla en cualquier momento. De esta forma, las contenciones físicas se convierten en un recurso omnipresente y listo para utilizarse en cualquier momento. Por lo tanto, en lugar de planificarse los cuidados para evitar recurrir a las contenciones en caso de una escalada de la agitación, en la práctica asistencial se planifica la contención, por lo que su prescripción no responde al manejo de una situación aguda determinada y menos a una individualización de los cuidados ni una evaluación sistemática e interdisciplinar de la situación del paciente.

En esta línea, cabe prestar especial atención a la aplicación de las contenciones físicas sin un planteamiento sistemático del establecimiento de medidas alternativas previas. En concreto, los

profesionales reconocen el uso rutinario de las contenciones físicas como una actividad de cuidado propia del manejo de la prevención de caídas, muy especialmente ante la dificultad para supervisar al paciente. Tal y como defiende Foucault, el individuo 'desviado' se convierte en objeto de vigilancia e intervención constante (Gastaldo & Holmes, 1999), ejerciéndose así el poder a través del cuidado. En estos casos, los profesionales culpan a las familias de su falta de acompañamiento y defienden que está justificado el uso de contenciones físicas como sustituto de su vigilancia a los pacientes (Abraham et al., 2021; Dierckx de Casterlé et al., 2015; Eskandari et al., 2017; Estévez-Guerra, 2017; Kor et al., 2018; Saarnio & Isola, 2009; Scheepmans et al., 2018; J. Wang et al., 2020; L. Wang et al., 2019). Sin embargo, la Fundación Cuidados Dignos (2012) y la SEGG (2014) señalan que el uso de las contenciones físicas en estas situaciones está contraindicado. Por el contrario, hay bibliografía que apunta que los profesionales consideran menos importante y apropiado el uso de las contenciones físicas como sustituto de la vigilancia (Fariña-López et al., 2014, 2018; Leahy-Warren et al., 2018). En nuestro caso, pese a que los profesionales entrevistados pueden presentar cierto rechazo a que este sea un motivo de uso, recurren a él de forma constante para justificar su práctica, validándolo así como una indicación para su uso. En cualquier caso, el uso de las contenciones físicas como una actividad rutinaria en la prevención de caídas está situado, según García y Beltrán (2012), en el ámbito de la conveniencia, siendo rechazable y desaconsejable aún si se hubiese obtenido el consentimiento expreso de la persona mayor, lo que no es frecuente en el entorno de cuidado estudiado.

Este discurso discrepa de la defensa del uso de las contenciones físicas como último recurso por parte de los profesionales con actitudes más favorables a estos dispositivos. Pese a que los profesionales identifican alternativas a las contenciones físicas, no las ponen en práctica antes de aplicarlas. Tal y como apuntan otros estudios respecto a la falta de conocimientos sobre las alternativas (Eskandari et al., 2017; Fariña-López et al., 2013, 2014; Li et al., 2022), los profesionales reclaman más formación respecto a las alternativas disponibles para evitar el uso de las contenciones físicas. Por lo tanto, cabría reflexionar sobre qué entienden los profesionales por último recurso, distinguiendo entre disponibilidad y posibilidad, pues tal vez serían alternativas posibles si se dispusiese de recursos humanos (formados) y materiales, junto con una presión institucional por aplicarlas.

Desde esta perspectiva, los profesionales con actitudes más críticas denuncian el uso excesivo que se hace de las contenciones físicas en el cuidado a las personas mayores hospitalizadas, muy alejadas del uso excepcional descrito desde la normalización. Muy especialmente, los profesionales denuncian el uso de contenciones de forma prolongada en el tiempo. Sin embargo, incluso los profesionales con actitudes pro-contención -que minimizan la frecuencia de uso de las contenciones físicas-, hacen referencia a una elevada incidencia de uso.

Llegados a este punto, es necesario analizar la cronificación que se produce en el uso de las contenciones físicas. Pese a que la aplicación de la restricción debería limitarse al tiempo estrictamente necesario (FGE, 2022; Ramos Cordero et al., 2015) y que su uso mantenido es calificado como maltrato (FGE, 2022), el discurso de los profesionales refleja que ésta se mantiene en el tiempo tras haber superado la situación aguda por lo que se prescribió, coincidiendo con los escasos estudios que han abordado este aspecto (Li et al., 2022; Saarnio & Isola, 2009). En este sentido, la prescripción puntual de la contención física se utiliza como un cheque en blanco para su mantenimiento posterior, legitimando su uso prolongado por haberla precisado en un momento dado. Este mantenimiento de las contenciones podría deberse al estado de alerta constante que presentan los profesionales ante la percepción de peligro inminente asociado a las características propias de los pacientes atendidos. Esto lleva incluso a

mantenerlas en pacientes que están tranquilos pues, independientemente de su estado, sigue siendo una persona con deterioro cognitivo y riesgo de caídas, lo que en un contexto de normalización resulta suficiente para justificar su uso. En este sentido, la contención física se vuelve un mecanismo de disciplina que permite el control constante de los cuerpos de los pacientes (Foucault, 2002, 2005, 2006). Además, son varios los profesionales que afirman que “no todos los pacientes están contenidos durante todo el ingreso”, lo que refleja hasta qué punto está normalizado y extendido el uso prolongado de las contenciones que no sorprende que un paciente se pase prácticamente todo el ingreso contenido. Esta cronificación de la contención, tan interiorizada por los profesionales y permitida por las instituciones, contradice los principios de excepcionalidad y puntualidad con la que los profesionales con actitudes pro-contención justifican su práctica. Por tanto, las contenciones físicas no se están siendo utilizadas con la racionalidad deseable, ni en intensidad ni en duración (Ramos Cordero et al., 2015)

En esta práctica destaca cómo los profesionales de todas las categorías laborales adquieren una postura pasiva frente al mantenimiento de las contenciones físicas. Los médicos, que asumen la responsabilidad de la prescripción, se desentienden abierta y explícitamente respecto al seguimiento de su uso, delegando esta función en las enfermeras quienes, a su vez, no consideran la descontención como una actividad prioritaria sino, al revés, entienden que mantener la contención significa cumplir con la indicación médica. Paralelamente, las TCAE, que alertan de su uso, no valoran de forma activa si los pacientes a los que están atendiendo podrían ser descontenidos, reduciendo su responsabilidad a una función puramente técnica y de obediencia. En este contexto, no aparece un trabajo en equipo interdisciplinar para valorar esta indicación de mantener la contención física. Cabe destacar el lenguaje que utilizan los profesionales para el proceso de aplicación y retirada de las contenciones, de tal forma que la contención es vista como una necesidad y la descontención es calificada como una posibilidad según la actividad asistencial global de la unidad. Por lo tanto, se produce una cronificación de la contención física por la omisión de los profesionales respecto a su responsabilidad con la retirada. De esta forma, el proceso de descontención queda en un limbo en el que nadie, ni siquiera los responsables de las unidades, toman un papel activo para garantizar que las contenciones físicas no se prolonguen sin justificación. Así, su mantenimiento o su retirada depende de criterios y sensibilidades individuales, lejos de protocolos y normativas.

Debido a que esta cronificación está muy determinada por la falta de recursos institucionales y por las características de los profesionales en contacto directo con los pacientes, es posible considerar que las contenciones se aplican por conveniencia, repercutiendo tanto en los propios profesionales como en la actividad asistencial de la unidad y en el cuidado los otros pacientes hospitalizados.

Por un lado, el uso por conveniencia de las contenciones es negado por los profesionales que las defienden y denunciado por los profesionales contrarios a la práctica. Estos últimos han profundizado en mayor medida en la carga moral de esta práctica y la denuncian como la salida fácil a los problemas asistenciales a los que se enfrentan los profesionales. Sin embargo, desde la normalización, justifican la restricción en beneficio del propio paciente, aunque reconocen la influencia de los factores institucionales o su propia dificultad para vigilar constantemente al paciente. Del mismo modo, la mayoría de los profesionales, especialmente aquellos con actitudes favorables a su uso, reconocen que las contenciones físicas les generan tranquilidad, al entender que el paciente está protegido frente a caídas y accidentes, tal y como apunta la bibliografía (Eskandari et al., 2017; Estévez-Guerra, 2017; Goethals et al., 2012; L. Wang et al., 2019). Esta percepción de tranquilidad es negada por los profesionales con actitudes anti-

contención quienes, conscientes de las complicaciones secundarias a su uso, identifican las contenciones físicas como un peligro para el paciente y una fuente de estrés para ellos.

Por otro lado, el uso normalizado de las contenciones físicas también repercute a nivel institucional al permitir el cumplimiento de las rutinas y los horarios establecidos (Ramos Cordero et al., 2015). En relación a las repercusiones sobre la carga de trabajo, también aparecen dos discursos dependiendo del posicionamiento de quien lo emita frente a las contenciones. Por un lado, los profesionales que ejercen prácticas de normalización asocian el uso de las contenciones físicas a una reducción en la carga de trabajo, pues les posibilita disminuir (u obviar) la vigilancia al paciente. De esta forma, los profesionales tienen la sensación de tener al paciente bajo control y seguro. No obstante, algunos profesionales favorables a la práctica identifican la sobrecarga de trabajo derivada del procedimiento técnico de su aplicación y retirada para poder desarrollar otras actividades de cuidado. Además, tener a una persona contenida significa, desde la normalización, tenerla controlada, de tal forma que los profesionales pueden permitirse reducir su supervisión y dedicarse a las actividades de cuidado de los otros pacientes, que son consideradas necesarias y permiten el correcto funcionamiento de la unidad. Este uso de las contenciones se corresponde con la aplicación del principio de justicia en la toma de decisiones que recoge Goethals (2013). Igualmente, según los profesionales, la contención disminuye de forma preventiva su carga de trabajo, al reducir la aparición de incidentes (asociados a su no utilización, según estos profesionales) que la aumentarían, compensando de esta forma la carga que supone el procedimiento técnico de colocación y retirada. Sin embargo, desde la resistencia, los profesionales perciben un aumento de la carga de trabajo al usar las contenciones, pues identifican la necesidad de vigilar al paciente para prevenir los accidentes y las complicaciones secundarias a su aplicación (Goethals et al., 2013).

Pese a que la bibliografía identifica la seguridad de los otros pacientes (Goethals et al., 2013; Kong, Choi, et al., 2017) y del entorno (Estévez-Guerra, 2017; Goethals et al., 2012; Kong & Evans, 2012; Øye et al., 2017; Saarnio & Isola, 2009) como unos de los motivos de uso de las contenciones físicas, en el presente estudio no parece ser una situación frecuente por la que sean aplicadas.

En definitiva, el discurso de los profesionales plantea dudas respecto a si las contenciones físicas están siendo utilizadas por necesidad del paciente o de los profesionales y la institución.

El empleo rutinario y mantenido de las contenciones físicas las convierte en una práctica invisible y banalizada. Por un lado, y tal y como se ha comentado anteriormente, el hecho de que un paciente esté contenido no llama la atención de los profesionales, que no lo entienden como una situación que deba ser atendida ni revisarse su indicación. Por lo tanto, las actividades que deberían llevarse a cabo tras la prescripción y la aplicación de la contención no son consideradas prioritarias en el ejercicio asistencial de los profesionales, sino que se realizan únicamente si se dan las condiciones favorables para ello. Igualmente, la práctica de la contención está ausente de las dinámicas de trabajo interdisciplinar que regulan la actividad asistencial de las unidades, no formando parte del catálogo de temas que son discutidos y abordados sistemáticamente en las reuniones de equipo.

Además, la invisibilización de la contención física se refleja en la ausencia de un registro riguroso de su uso y acorde a la legislación (Comunidad de Madrid, 2017; FGE, 2022; Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, 2022). En concreto, las contenciones no acostumbran a quedar registradas en la historia clínica o lo hacen de forma incompleta, coincidiendo con la

bibliografía existente (Estévez-Guerra et al., 2017; Fariña-López et al., 2013; Saarnio & Isola, 2010; J. Wang et al., 2020). Cuando se registran ser en el momento de su aplicación, no así su mantenimiento. Igualmente, destaca la ausencia de un espacio específico que recoja la prescripción y el seguimiento del uso de la contención física. Esta ausencia de registro sistemático impide la cuantificación de su prevalencia de uso, dificultando evidenciar la dimensión del problema lo que, a su vez, lo invisibiliza institucional y socialmente. Tan integrado está su uso en el cuidado de los pacientes geriátricos que, en algunos centros, su prescripción aparece en el conjunto de indicaciones médicas, entre las que se incluyen el tratamiento farmacológico y otras actividades de cuidado como el control glucémico. Por lo tanto, se produce una invisibilización informal (en la práctica) y formal (en el registro) del uso de las contenciones físicas.

Por otro lado, las contenciones físicas son banalizadas constantemente. Incluso desde su propia concepción, las sujeciones son comparadas con otras medidas cotidianas y terapéuticas necesarias para el paciente, como la antibioterapia o la sedestación. Del mismo modo, la frecuencia de uso de las contenciones es minimizada y banalizada, defendiendo que se utilizan con moderación y excepcionalidad pese a la elevada incidencia que reportan los profesionales. De forma paralela, las contenciones físicas están banalizadas en el lenguaje utilizado por los profesionales en su discurso, obviando el componente ético de la práctica y centrándose en la dimensión técnica dirigida a la seguridad del paciente (Kong & Evans, 2012).

En definitiva, esta forma de invisibilizar y banalizar las contenciones físicas refleja su elevada normalización y el carácter terapéutico que se les otorga en base al discurso de la seguridad.

Además, la familia también juega un papel activo en el uso normalizado de las contenciones físicas, ya sea alertando del estado del paciente, solicitando directamente la contención o aceptando su uso sin cuestionamiento (Saarnio & Isola, 2010; Scheepmans et al., 2018). Los familiares se muestran preocupados por la seguridad física de la persona mayor hospitalizada por lo que normalizan su uso desde el convencimiento de la protección que otorgan las contenciones físicas. Por el contrario, en los (escasos) casos en los que la familia rechaza su uso, ésta debe asumir la responsabilidad del paciente y de los accidentes (y las complicaciones) que pudiesen derivarse de su no aplicación, coincidiendo con Goethals (2012). Por lo tanto, los profesionales ni ofrecen ni asumen el cuidado sin contenciones.

En relación a las prácticas de normalización de las contenciones físicas, cabe destacar la relación entre estas y la contención química. En primer lugar, es frecuente que los profesionales recurran a la contención química antes de aplicar la física, resultando el uso de la segunda del fracaso de la primera. En segundo lugar, la contención química es empleada con la finalidad de mejorar la vivencia del paciente al que se aplica la física, disminuyendo su impacto psicológico y las alteraciones conductuales secundarias a la propia contención. En tercer lugar, la contención química es identificada como una de las medidas necesarias para evitar las lesiones asociadas a las contenciones físicas. En concreto, se busca que el paciente esté más tranquilo para evitar que intente escapar a la contención por los riesgos que ello supone. En cuarto lugar, la contención química es propuesta como una de las principales alternativas a la contención física. En este sentido, las contenciones físicas son empleadas temporalmente, hasta conseguir el efecto deseado con la química. En estos casos, los profesionales valoran la contención química como menos invasiva y agresiva para el paciente, aunque tampoco se reflexiona sobre la indignidad que supone tener a los pacientes dormidos para evitar que se levanten o para controlar sus conductas. Sin embargo, algunos profesionales valoran más negativamente sus

consecuencias para el paciente (que se quede dormido) que las de las físicas, lo que les hace reafirmarse en la necesidad de estas últimas.

Por lo tanto, la normalización del uso de las contenciones físicas ha derivado en una deshumanización de la práctica, aplicándose de forma rutinaria a partir de criterios individuales y por motivos externos al paciente, sin una (re)valorización constante de su situación ni una (re)evaluación de la indicación de contención. Esta práctica sólo puede ser comprendida en un modelo de atención biomédica y de cuidados basado en la *taskificación*, en el que se realizan una multitud de tareas desde la eficiencia pero quedando desarticuladas en contra de un cuidado de calidad centrado en la persona (Sharp et al., 2018). Esta orientación de los cuidados ya ha sido discutida, por ejemplo, en los cuidados enfermeros relativos a los catéteres venosos periféricos, concluyendo que este modelo perpetúa una falacia de productividad, según la cual se prioriza el trabajo de valor frente a otro de alto valor, ya que este último requiere un esfuerzo individual y colectivo para evaluar no sólo lo que se debe de hacer, sino también lo que se debe dejar de hacer (Blanco-Mavillard et al., 2022). De esta forma, se mantiene un modelo de productividad carente de indicadores que evalúen la calidad de los cuidados (Blanco-Mavillard, 2021). En cualquier caso y ámbito de aplicación, la rutina de cuidados es arbitraria y debe poder cambiarse para que los profesionales no sean esclavos de la cultura del cronograma de tareas. Para ello, es necesario replantear cuáles son las prioridades en los cuidados y reorganizar las dinámicas de trabajo para que se adapten a ellas.

Además, la cultura del intervencionismo en la que se encuadra el uso de las contenciones físicas lleva a considerarlas elementos necesarios para su propio desarrollo y el cumplimiento de las indicaciones terapéuticas como el mantenimiento de dispositivos invasivos o la sedestación, sin plantear la idoneidad de las medidas empleadas para ello. Por lo tanto, si entendemos los cuidados sin contenciones como un modelo de atención centrado en la persona, el uso normalizado de las contenciones se basaría en un modelo de atención centrado en el paciente. Consecuentemente, la práctica normalizada pivota alrededor del paciente que, patologizado y deshumanizado, es a la vez culpa y solución para la misma.

Una vez analizada la práctica, es posible relacionarla con la *Resolución de 28 de julio de 2022, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia*, teniendo en cuenta que ésta no regula los cuidados en los hospitales de atención intermedia y, por lo tanto, no es de aplicación en los centros del estudio. Pese a que esta Resolución recoge la necesidad de registrar el uso de las contenciones físicas, su prescripción y el consentimiento informado, los resultados de esta investigación reflejan que este registro no se lleva a cabo de forma sistemática. Además, cuando la familia consiente la aplicación de la contención, el documento es considerado inválido, al ser muchas veces genérico y diferido en el tiempo, en lugar de ser explícito para cada situación y para cada persona, y referido al momento en que se va a tomar la decisión. En definitiva, la práctica normalizada de la contención choca con los principios de excepcionalidad, temporalidad y proporcionalidad que establece esta legislación. Por lo tanto, pese a que los hospitales de atención intermedia no se vean obligados a cumplir con esta normativa, sí deberían orientar los cuidados que ofrecen para que estén alineados con resoluciones como esta, que marcan un camino normativo hacia una atención centrada en la persona y libre de contenciones.

En definitiva, pese a no ser seguras ni terapéuticas, las contenciones físicas son empleadas para garantizar la seguridad física de los pacientes, integrándolas como una práctica normalizada, normativizada y rutinaria en el cuidado a los pacientes geriátricos.

8.3. El rol profesional como garante de la seguridad del paciente a través de la contención

En este apartado se discute el papel de los profesionales y su trabajo en equipo (o no) en el uso de las contenciones físicas, prestando especial atención al concepto de seguridad.

8.3.1. *El profesional como desencadenante de la contención*

Pese a que los participantes centran su discurso en el paciente para justificar el uso de las contenciones físicas, el propio profesional determina a su vez cómo es esta práctica. En concreto, las características de los profesionales y su valoración de esta práctica juegan un papel fundamental en su aplicación. Las actitudes individuales de los profesionales se convierten en un posicionamiento ideológico que determina su tendencia a recurrir o evitar las contenciones físicas. Estas actitudes están influenciadas a su vez por los (des)conocimientos y las (falsas) creencias de los profesionales respecto tanto a estos dispositivos como al manejo del paciente geriátrico, tal y como se ha comentado en el apartado anterior.

Los resultados del estudio apuntan en la misma dirección que la bibliografía existente al señalar una relación entre los conocimientos, las actitudes y las prácticas. Concretamente, los profesionales con menos formación tienden a presentar actitudes más favorables a las contenciones físicas y a utilizarlas en mayor medida (Eskandari et al., 2018; Fariña-López et al., 2013; Kong, Song, et al., 2017; Lan et al., 2017; Suen et al., 2006; L. Wang et al., 2019). En este proceso, los profesionales entrevistados asumen que cada uno tiene un criterio propio en relación a la indicación de contención y que sus características personales, tales como la tendencia a evitar y asumir riesgos o su implicación y motivación, determinan su práctica. En este sentido, el marco teórico ya apunta la relación entre las características de los profesionales -especialmente sus actitudes edadistas, su nivel de formación, los niveles altos de burnout o su relación con los pacientes-, con su tendencia a deshumanizarlos (Ávila-Morales, 2017; Drury et al., 2017; Haslam, 2007; Stevens et al., 2013; Williams, 2009). Además, los participantes de este estudio identifican que aquellos profesionales más expertos en el cuidado a las personas mayores suelen tener una visión más holística de los pacientes, frente a una visión biomédica de los profesionales noveles o inexpertos.

En concreto, las experiencias negativas previas en las que los pacientes (no contenidos) han sufrido alguna lesión han generado en los profesionales un miedo a nuevos accidentes. Este miedo les lleva a evitar cualquier riesgo y recurrir en mayor medida a las contenciones para proteger a los pacientes a los que atienden (Registered Nurses' Association of Ontario, 2012), intentando crear de forma ilusoria un entorno de riesgo cero. Además, posteriormente a la aparición de estos eventos adversos, no se realiza de forma sistemática una reflexión profesional e institucional de las circunstancias en las que se produjeron estos accidentes y cómo se podrían haber evitado.

Por todo ello, el discurso de los profesionales refleja la falta de rigor alrededor del uso de las contenciones físicas, que depende de criterios individuales, sin una posterior reflexión desde la evidencia clínica y el marco deontológico.

8.3.2. La categoría laboral y las relaciones interprofesionales como determinantes de la práctica de la contención

En este apartado, cabe destacar el impacto de las relaciones interprofesionales y del trabajo en equipo en el uso de las contenciones físicas. En lugar de desarrollar una práctica colaborativa, en la toma de decisiones respecto a esta práctica se establece una comunicación piramidal siguiendo la jerarquía profesional tradicional: desde la auxiliar hasta el médico, pasando por la enfermera.

En primer lugar, la auxiliar de enfermería es reconocida como la profesional con más conocimientos de las necesidades del paciente al estar más próxima a él. Por ello, se sitúa en una elevada posición de autoridad y poder para identificar qué pacientes precisan ser contenidos y se convierte así en prescriptora informal de las contenciones físicas. Sin embargo, paradójicamente, las TCAE son las profesionales con menor formación y menor grado de responsabilidad y competencias reconocidas según la *Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias*. Además, el conocimiento del que disponen es muy técnico y está aferrado a las tareas y a los cuidados básicos del paciente y aun así es el máspreciado por el equipo, otorgando escaso valor al conocimiento holístico del paciente para el cual es necesario disponer de un mayor nivel de formación.

En segundo lugar, las enfermeras asumen la coordinación del proceso y garantizan el cumplimiento de la prescripción médica. De esta forma, la enfermera es quien, en la práctica, gestiona la contención y la descontención, decidiendo su colocación o su retirada. Sin embargo, hay enfermeras que se respaldan en su deber de respetar la indicación médica para mantener las contenciones prescritas, no asumiendo así la descontención como una función propia prioritaria. Cabe destacar cómo, desde la normalización, hay enfermeras que reivindican su autonomía para poder prescribir contenciones físicas sin necesidad de ser indicadas por un médico. Esto refleja la elevada normalización de esta práctica que lleva a querer el reconocimiento formal de un proceso que se está desarrollando informalmente, en lugar de reivindicar el papel para liderar el cuidado sin contenciones. En cualquier caso, esta reivindicación surge de los intereses disciplinares, en lugar de enfocarse en los derechos de los pacientes y los beneficios que este proceso pudiese tener sobre ellos, demostrando además un importante desconocimiento de la Ley de Autonomía del Paciente.

En tercer lugar, destaca el papel del médico en la prescripción de la contención. En numerosas ocasiones, esta indicación surge de la información recibida por parte del equipo de enfermería, sin acompañarse de una valoración directa y personal del paciente, por lo que puede entenderse como una autorización más que como una prescripción. Incluso, en otras ocasiones, las contenciones físicas son aplicadas sin la prescripción ni la autorización del médico, sino que las enfermeras les informan tras haber contenido al paciente. Por lo tanto, el médico adquiere una función consultiva e informativa, convirtiéndose en una figura legal, ante la falsa creencia compartida de que la prescripción del médico salvaguarda la legalidad del proceso. En este sentido, hay médicos que denuncian la presión por parte de las enfermeras para indicar esta práctica, pese a ser una situación cuyo uso es claramente inapropiado (SEGG, 2014).

En consecuencia, las prácticas interprofesionales que se establecen en el uso de las contenciones físicas invierten las relaciones de poder formal e informal, reconvirtiéndose las funciones de cada profesional hasta tal punto que quien tiene menos formación y menos expertía es quien toma las decisiones e inicia el proceso, ante la falta de cuestionamiento de aquellos que tienen más formación y deberían tomarlas legalmente. En este contexto, ni la auxiliar de enfermería parece ser consciente de su poder en la práctica, ni el médico de su pérdida de poder ni de su dejación de funciones, estableciéndose entonces diferencias entre la responsabilidad legal (del médico) y la responsabilidad práctica (de la enfermera). En otras palabras, las decisiones relativas al uso de las contenciones físicas se toman en los espacios de micropoder, en los que se invierte el poder legal y el poder real. Esta reconversión del poder difiere de los trabajos de Lammers y Stapel (2011), según el cual los profesionales sanitarios con mayor poder son quienes tienden a preferir los tratamientos más agresivos y dolorosos. Esto puede deberse a que las TCAE están más implicadas en los cuidados básicos de los pacientes que los médicos y, consecuentemente, las contenciones físicas repercuten en mayor medida y más directamente en su carga de trabajo, por lo que las solicitan más frecuentemente como complemento de su actividad profesional.

En relación a la responsabilidad asumida por parte de los profesionales, cabe destacar las diferencias que aparecen en el discurso de las enfermeras y el de los médicos. Por un lado, la enfermera limita su responsabilidad al tiempo que está de turno, siendo la responsable directa del cuidado del paciente y de la aplicación o no de la contención durante ese tiempo. Por otro lado, en el caso de los médicos, se trata de una responsabilidad más prolongada en el tiempo, asociada al uso o no de las contenciones en un determinado paciente, aunque en la práctica delegue el seguimiento. Específicamente, el médico de guardia asume la responsabilidad asociada a la gestión de las situaciones de urgencia, lo que implica asumir la prescripción de la contención. Sin embargo, este médico no considera como propio el seguimiento y la descontención del paciente, pues se entiende que para ello es necesario un mayor conocimiento del paciente, grado de conocimiento que no parece ser necesario para contenerle. Por lo tanto, esta decisión se toma desde el paternalismo, quedando de manifiesto que la norma es la contención, no la descontención.

En este contexto, las decisiones en los equipos se basan en numerosas ocasiones en la confianza entre compañeros y el reconocimiento mutuo, diluyéndose las funciones propias de cada categoría laboral. Habitualmente, los profesionales explican que se da un consenso en las decisiones relativas al uso de las contenciones físicas. Sin embargo, se trata de un consenso falso y paternalista, pues únicamente cuenta con la participación de los profesionales, pero no de los pacientes ni de sus familiares. Por el contrario, cuando aparecen discrepancias respecto al uso de las contenciones físicas, se tiende a la negociación entre compañeros y a la búsqueda de acuerdos, que habitualmente implican un grado intermedio de restricción. En este acuerdo se prioriza el conocimiento del paciente por parte de las enfermeras y las auxiliares frente al poder de prescripción formal del médico. Además, en estas discusiones, del mismo modo que en las reuniones interdisciplinares, priman los criterios propios, sin que haya un seguimiento expreso de protocolos ni de guías de práctica clínica. Por lo tanto, se ha normalizado, de forma informal y desde los microespacios de poder, el procedimiento de aplicación y retirada de las contenciones físicas a partir de las creencias compartidas por los profesionales y sus dinámicas de trabajo.

8.3.3. La seguridad física y legal: brújula de la práctica asistencial de los profesionales sanitarios

Más allá de las propias características de los profesionales y sus dinámicas de trabajo interprofesional, destaca su preocupación y su compromiso por la seguridad física de los pacientes, siendo ésta una de sus principales responsabilidades en su ejercicio clínico. Esta concepción biomédica de la seguridad sitúa el riesgo de caídas del paciente -y por encima de ello su integridad física o, recurriendo al uso de eufemismos, su bienestar físico - como una de las principales inquietudes de los profesionales y, consecuentemente, uno de los principales desafíos en el cuidado al paciente geriátrico. Por lo tanto, con la intención de proteger al paciente y desde el convencimiento de la seguridad que aportan, las contenciones físicas son integradas en el ejercicio asistencial de los profesionales sanitarios. Incluso, la contención física llega a ser asumida como una responsabilidad profesional. Todo ello, junto con las actitudes pro-contención comentadas anteriormente, conduce a la creencia compartida de que la contención es una práctica que hace mejor profesional, ya que el buen profesional es aquel que mantiene seguro y protegido a su paciente. Sin embargo, con esta práctica, ni se actúa sobre las causas que están provocando el comportamiento de la persona (como médico), ni se está cuidando (como enfermera) al paciente, ni se le está manteniendo seguro ni atendiendo de forma digna. Es decir, la contención no debería estar ni en el catálogo de prescripciones médicas ni de cuidados enfermeros, sino ser entendida como una práctica excepcional ante el fracaso de las medidas previas.

En este sentido, vale la pena señalar que la intervención 'sujeción física' (NIC 6580) sigue apareciendo en el listado de intervenciones enfermeras en la taxonomía NIC -aun habiendo sido revisada en el año 2018-, estando relacionada con los diagnósticos NANDA 'confusión aguda' (128), 'confusión crónica' (129) y 'deterioro de la movilidad física' (85), entre otros. Entre sus actividades, esta intervención recoge *Obtener una orden del médico o consultar con un médico una hora antes de que se inicie la inmovilización* que no tiene justificación con la evidencia de la que disponemos actualmente y que propicia el uso preventivo de las contenciones físicas. Sin embargo, la taxonomía NIC debería ser el marco de referencia para la práctica profesional enfermera, más allá del modelo biomédico. Desde esta perspectiva, Beltrán-Salazar (2016) defiende que los comportamientos deshumanizados no pueden considerarse unos cuidados de enfermería. Coincidiendo con este posicionamiento, es necesario revisar el planteamiento por el que la práctica de la contención física se reconoce como una intervención enfermera. Las enfermeras debemos reflexionar sobre los principios que regulan nuestra práctica (planteándolos más allá de la esfera física) y sobre qué entendemos por cuidado. Además, es prioritario plantear qué competencias queremos asumir y liderar, pues prácticas como la contención no deberían ser identificadas como cuidado y, por tanto, no deberían ser reivindicadas como propias. De lo contrario, estamos contribuyendo a validar y consolidar la contención física como una forma de cuidado, en lugar de abanderar el cuidado holístico y basado en la evidencia.

La responsabilidad de los profesionales con la seguridad de los pacientes va más allá del ámbito clínico, siendo también una responsabilidad legal, tal y como recoge la bibliografía (Dierckx de Casterlé et al., 2015; Estévez-Guerra, 2017; Kong & Evans, 2012). Los profesionales no sólo presentan miedo a los accidentes de los pacientes, sino también a las represalias legales que pudiesen derivarse de ellos, especialmente en el caso de pacientes no contenidos. Sin embargo, este miedo no aparece ante las posibles lesiones, complicaciones y accidentes secundarios a la propia contención, obviando así el delito de lesiones físicas derivadas de la contención. Además,

no se genera entre los profesionales un debate sobre la justicia y la legalidad, por lo que no se plantea la responsabilidad civil y penal de la propia contención, ni se cuestionan las consecuencias legales de la afectación de la dignidad. Del mismo modo, los profesionales, no se plantean la aparición de problemas legales asociados a la forma en la que la contención física está siendo empleada. Todo esto se produce en ausencia de un marco normativo específico que regule el uso de las contenciones físicas en el paciente geriátrico y en los servicios hospitalarios. Por lo tanto, los profesionales únicamente identifican la negligencia en la omisión de la contención, construyendo un ideario de contención segura que les desprotege a ellos también.

Por todo ello, las contenciones físicas también son aplicadas y mantenidas con la intención de garantizar la seguridad legal de los profesionales, habiéndose normalizado la responsabilidad legal en la contención. En este sentido, los resultados del presente estudio coinciden con los de Fariña (2012), en el que la mayoría de los participantes (72,6%) aplicaban la restricción para evitar que el paciente sufriese algún percance que le pudiese ocasionar un problema legal. Esta práctica podría ser explicada por las teorías de Tajfel (1984) sobre deshumanización como forma de favorecer al endogrupo (los profesionales), al entender el uso de las contenciones físicas como una protección de los profesionales ante el riesgo de caídas de los pacientes y las represalias legales que de ellas se pudiesen derivar. Desde esta perspectiva, se pone de manifiesto la visión de los pacientes como los otros, un grupo externo. Esto puede llevar a la priorización de las necesidades de los profesionales, cuando los cuidados deberían planificarse situando a los pacientes en el centro de un único grupo compuesto también por sus familiares y los profesionales. Sin embargo, la SEGG (2014) defiende que el uso de las contenciones físicas como una práctica defensiva frente a reclamaciones o demandas judiciales es claramente inapropiado. En este sentido, se ha producido un viraje en las creencias de los profesionales, que se sienten amparados legalmente cuando utilizan las contenciones físicas, mientras que su uso normalizado supone una mala praxis y es legalmente reprobable en base a la normativa vigente. En su lugar, para cumplir con la legislación, los profesionales deberían evitar su uso, limitándolo a situaciones excepcionales, así como promover el consentimiento informado de acuerdo a la ley, entre otras modificaciones en su práctica.

Por lo tanto, ante la convicción de la reducción de los accidentes con esta práctica y el desconocimiento del marco que la regula, la cultura de la contención se ha normalizado y normativizado, entendiéndose prácticamente como un deber profesional en el cuidado del paciente geriátrico con riesgo de caídas o agitación. Desde este planteamiento, la contención física es utilizada como forma de asegurar que el profesional ha hecho todo lo que está en sus manos, sin que se le pueda acusar de negligencia y habiéndose normalizado su mantenimiento para cubrir su responsabilidad legal, más allá de la situación y las necesidades del paciente.

Cabe destacar la preocupación de los profesionales por su responsabilidad legal en relación a la descontención física de los pacientes. En particular, se ha creado la creencia compartida de que quien retira la contención física debe responsabilizarse de los posibles accidentes y lesiones que deriven de dicha retirada. Esta convicción acaba suponiendo una barrera para que los profesionales de forma individual asuman la descontención como una actividad propia. Todo ello, ocurre en un contexto de falta de espacios de reflexión y de trabajo en equipo que hace que esta decisión sea individual, sin un apoyo explícito a nivel colectivo.

8.3.4. *Con o sin uniforme: a favor o en contra de las contenciones físicas*

A partir de la convicción de que la seguridad es una de las principales responsabilidades de los profesionales, se establecen diferencias en su posicionamiento según lo hagan desde el rol personal o el profesional.

Por un lado, dentro de su construcción de la profesión, los profesionales aprueban y justifican el uso de las contenciones físicas en su desempeño asistencial. En concreto, ante el conflicto ético que les genera esta práctica, una de las estrategias más empleadas es la racionalización desde el rol profesional, asumiendo que la prescripción y/o la aplicación de las contenciones físicas forma parte intrínsecamente del rol profesional, pese a no estar totalmente de acuerdo. De esta forma, los profesionales se resignan ante su rol profesional y utilizan las contenciones físicas como una forma de cumplir con su trabajo, evitando así la responsabilidad moral de la práctica. Por lo tanto, los profesionales se posicionan pasivamente en relación a esta práctica y no profundizan en la posibilidad de cuidar sin contener, amparándose en que el modelo actual de cuidado implica la contención. En concreto, esta forma de racionalización es especialmente utilizada por las TCAE quienes, al adjudicarse una función principalmente procedimental y ejecutiva bajo las órdenes de otros profesionales, se desentienden de su responsabilidad moral respecto a dicha práctica. En este sentido, la teoría de la deshumanización de Zimbardo (1986) apunta al poder de la situación sobre los individuos en un escenario de relaciones intergrupales, favoreciendo determinadas acciones y prácticas que no serían admitidas fuera de dicho escenario. Por lo tanto, coincidiendo con Goethals (2012), los profesionales priorizan la seguridad en su desempeño profesional, reduciendo la calidad de los cuidados a la esfera física y el bienestar físico, lo que fortalece la perspectiva profesional y deja de lado el posicionamiento personal que valora en mayor medida la dignidad de la persona.

Por otro lado, desde su rol personal, los profesionales minimizan el discurso de la seguridad y utilizan en mayor medida la empatía, de forma que rechazan la práctica de la contención física, especialmente en su propia persona o un familiar. Desde esta perspectiva, incluso sin formación sobre su eficacia y con el convencimiento de la protección que ofrecen, los profesionales rechazan las contenciones físicas *simplemente* a partir de un razonamiento ético. Los profesionales, cuando se enfrentan a la contención o se la imaginan en primera persona, identifican en mayor medida la necesidad de compromiso con un cuidado libre de contenciones, pese a que, ante la falta de formación y apoyo institucional, este compromiso no se traduce en un cambio en la práctica profesional. Sin embargo, incluso con este rechazo, los profesionales tienen tan normalizado el uso de las contenciones físicas en el cuidado de los pacientes geriátricos que asumen la contención en un hipotético rol de paciente, sin comprometerse ni movilizarse activamente para que esto no se siga produciendo.

8.4. La falta de reflexión ética sobre el uso de las contenciones físicas

Llegados a este punto, es necesario abordar la (falta de) reflexión ética que rodea la práctica de la contención, analizando los principios éticos que la guían. A partir de los resultados del estudio, se constata que el uso de las contenciones físicas conforma una práctica paternalista y con una intencionalidad no maleficente -aunque entendida desde la beneficencia-, primando estos principios sobre la autonomía y la dignidad de la persona cuidada.

8.4.1. La (falta de) ética en la práctica normalizada de la contención

A continuación, se procede a hacer un análisis ético del discurso de los profesionales, discutiendo los principios éticos que entran en juego en el uso de las contenciones físicas.

En primer lugar, destaca el paternalismo ejercido por profesionales y familiares como principio rector de la toma de decisiones relativas al cuidado del paciente geriátrico. En concreto, la visión deshumanizada de la persona mayor conduce a que se le niegue la capacidad de razonar y, por consiguiente, el derecho a tomar decisiones y ejercer su autonomía. Consecuentemente, el paciente queda excluido de la planificación de sus cuidados, sin participar ni directa ni indirectamente. De esta forma, los profesionales, bajo el pretexto de la presencia de deterioro cognitivo, no reconocen al paciente como un participante activo en la toma de decisiones, pero su voz queda aún más desapercibida al no tener en consideración la que hubiese sido su voluntad. En esta línea, Johnstone (2013) recurre al edadismo médico para referirse a los estereotipos sobre las capacidades de recuperación de los pacientes ancianos y las ideas erróneas sobre sus deseos respecto a ciertos tratamientos. Todo ello podría aplicarse a la cultura de la contención física, en la que los profesionales toman las decisiones desde el paternalismo, en base a sus creencias sobre la voluntad de los pacientes en lo que respecta al uso de las contenciones físicas.

En cambio, sí se respeta la decisión del paciente cuando éste solicita la contención física. En esta situación, aunque es excepcional, los profesionales entienden que la propia solicitud es motivo suficiente para su uso, sin valorar realmente su indicación, así como se hace con otros procedimientos. Pese a que en estos casos los profesionales entienden que se trata de un procedimiento voluntario (Saarnio & Isola, 2010), puede implicar un uso inapropiado del dispositivo, tal y como lo define la SEGG (2014). En esta línea, los profesionales deberían reflexionar respecto a la solicitud del paciente como criterio suficiente para la aplicación de cuidados. La práctica asistencial, más allá de tener que respetar los valores y las preferencias de los pacientes (para lo cual deben haber sido informados previamente), debe guiarse por la evidencia y el respeto a la ética, siendo inadmisibles los cuidados que vayan en contra de cualquiera de estos tres pilares.

En los casos en los que los familiares participan en la toma de decisiones, lo hacen en base a sus propios criterios, guiados principalmente por el miedo principalmente a las caídas y las lesiones que se pudiesen derivar de ellas (Urrutia Beaskoa, 2018). Desde estas inquietudes, los familiares toman las decisiones en sustitución de los pacientes, en lugar de hacerlo en representación, alejándose así de las recomendaciones (FGE, 2022; Urrutia Beaskoa, 2018). Por lo tanto, la familia también anula la autonomía del paciente -transgrediendo la *Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente* (artículos 1, 4, 8 y 15)-, y le deshumaniza ante la inacción y la complicidad de los profesionales y las instituciones sanitarias y políticas. Sin embargo, los profesionales muchas veces obvian la capacidad de los familiares para participar en la toma de decisiones relativa a la planificación de los cuidados. En concreto, es frecuente que a los familiares se les comunique el uso de las contenciones físicas tras su aplicación -muy especialmente cuando las contenciones se aplican en ausencia de la familia-, sin haberles informado previamente y, por tanto, sin que hayan podido otorgar su consentimiento. Así, con esta forma de proceder no se puede considerar que la familia consienta esta práctica, más bien acceden a ella o la toleran. De esta forma, los profesionales no reconocen el consentimiento como un derecho del paciente (ni, en su caso, de sus representantes) y, en su lugar, toman las decisiones de forma paternalista sin respetar la autonomía y los derechos de pacientes y familiares. Además, en los casos en los que

se informa previamente a los familiares, dicha información no cumple todos los requisitos legales (Jefatura del Estado Español, 2002): no es siempre el médico quien les informa, la información que se ofrece está sesgada (ni se ofrecen diferentes alternativas, ni se informa de los riesgos asociados a la práctica) y no se obtiene de forma sistemática el consentimiento informado por escrito. Por lo tanto, para conseguir una participación efectiva de la persona mayor y su entorno en la toma de decisiones, la información compartida debe ser completa y actualizada (Amer Forteza et al., 2017).

Pese a que la mayoría de los profesionales reconoce que, por lo general, los pacientes rechazarían las contenciones físicas si pudiesen decidir, les niegan el derecho al rechazo del tratamiento. En este sentido, los profesionales sustituyen al paciente y no se cuestionan explícitamente los motivos por los que el paciente rechazaría dicha práctica, lo que puede explicarse por la asunción del modelo paternalista en el que se han formado y están ejerciendo, que no profundiza en los aspectos éticos ni en la indignidad que supone la contención. Sea como sea, los profesionales explican lo poco habitual que es que los pacientes rechacen activamente la contención física, explicando que incluso algunos la solicitan y la agradecen. Del mismo modo, es poco frecuente el rechazo por parte de los familiares. Esto puede deberse a la normalización de ambos respecto al uso de las contenciones físicas y, sobre todo a que, acostumbrado al paternalismo, desconocen la existencia de otras alternativas (probablemente porque nunca se las hayan ofrecido). De esta forma, como el paciente no se quiere caer (ni sus familiares lo quieren), acepta con resignación la contención. Esto refleja el mundo de cuidado paternalista en el que viven los pacientes en el sistema sanitario, asumiendo un rol pasivo y confiando plenamente en el criterio de los profesionales.

Por el contrario, únicamente aquellos profesionales más posicionados en contra de la contención critican el paternalismo que rodea su uso y tratan de defender activamente el principio de autonomía en su práctica asistencial. En concreto, cuando estos profesionales descontentan a los pacientes, lo hacen desde el convencimiento de que es un acto de respeto a la autonomía de la persona cuidada. En esta línea, según la bibliografía, las enfermeras más preocupadas por respetar la autonomía del paciente tratan de explicar el proceso al paciente y buscan su consentimiento o el de sus familiares (Goethals et al., 2013).

Por todo ello, sería interesante fomentar la autonomía de las personas mayores en la planificación de sus cuidados futuros, incluyendo (o excluyendo) el posible uso de las contenciones físicas. Para ello, el registro de voluntades anticipadas, tal y como se plantea en el artículo 11 de la *Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*, permite al paciente manifestar anticipadamente su voluntad para que esta se cumpla en el momento en que él no pueda ya expresarla personalmente sobre, por ejemplo, los cuidados a recibir.

En definitiva, y tal y como apunta la bibliografía, los profesionales actúan de forma paternalista en el cuidado de la persona mayor, sin tener en cuenta sus valores (Urrutia Beaskoa, 2015). Bajo la justificación de la presencia de deterioro cognitivo, las decisiones relativas al cuidado del paciente se toman sin él, adquiriendo éste una posición pasiva que hace honor a su calidad de 'paciente' y asumiendo el paternalismo tanto por parte de sus familiares como de los profesionales. De esta forma, la capacidad para tomar decisiones se valora como un proceso absoluto, en el que la persona es capaz, o no, de hacerlo, sin establecer un gradiente de decisiones ni valorar si el paciente pudiese ejercer su autonomía para determinadas acciones concretas.

En segundo lugar, el uso de las contenciones físicas es justificado desde la no maleficencia, aunque los profesionales la interpreten como una práctica beneficente. De esta forma, la contención se dirige a evitar que el paciente se haga daño, entendiéndola así como un mal menor para él. En este sentido, cabe destacar que los profesionales adoptan una mirada muy restrictiva de la no maleficencia, al reducirla a la esfera física y, más concretamente, a la prevención de las caídas. Por lo tanto, desde esta perspectiva, ni siquiera podría plantearse la contención como una práctica no maleficente. Pese a ello, se va a analizar el discurso de los profesionales respecto a la beneficencia, la no maleficencia y la maleficencia de la contención.

Coincidiendo con la bibliografía, los profesionales defienden el principio de beneficencia como una de las principales causas para utilizar las contenciones físicas (Fariña-López, 2012; Gjerberg et al., 2015; Goethals et al., 2012, 2013; Urrutia Beaskoa, 2015; Wazen Hervás, 2012), priorizando la seguridad por encima de otras necesidades y valores y entendiendo las contenciones físicas como la mejor opción disponible (Fariña-López, 2012; Fariña-López et al., 2013; Goethals et al., 2013). Este principio de beneficencia también es asumido por los familiares, que aprueban esta práctica en pro de la seguridad del paciente, tal y como señala Gjerberg (2015). Los profesionales están convencidos de la seguridad y la protección que ofrecen las contenciones físicas a los pacientes geriátricos para asegurar su bienestar. Por lo tanto, ante la falta de formación e inmersos en un discurso de seguridad y riesgo cero, asimilan la maleficencia a la no-sujeción, pese a los resultados de los estudios que ponen de manifiesto que tanto el número de caídas como la gravedad de sus consecuencias no aumentan al retirar las contenciones físicas (Abraham et al., 2020; Tortosa et al., 2016; Urrutia Beaskoa, 2015; Urrutia Beaskoa & Ávila Blanco, 2017). Consecuentemente, los profesionales justifican su uso desde el convencimiento que es una práctica beneficente para el paciente. Sin embargo, se reformula erróneamente el principio de beneficencia al obviar el componente ético y el impacto en la dignidad de la persona contenida (The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, 1979). Desde esta perspectiva, cuando los profesionales que ejercen la normalización rechazan las contenciones físicas, lo hacen igualmente por cuestiones de seguridad, considerando que en algunos casos son inseguras, pero no por cuestiones éticas. Esto refleja hasta qué punto se prioriza la seguridad física en el cuidado de las personas mayores que lleva a considerar la contención física como una práctica beneficente.

Es necesario tener en cuenta que, como apunta Gjerberg (2015), en el cuidado a las personas que no tienen capacidad para decidir autónomamente, la autonomía puede ser sustituida por la obligación de actuar desde la beneficencia, lo que obliga a los profesionales a actualizar sus prácticas y a analizarlas desde una dimensión ética, para garantizar así que son efectivamente prácticas benéficas. Desde este planteamiento, los profesionales presentan actitudes ambiguas respecto a esta práctica, respetando, por un lado, la dignidad de las personas mayores y, por otro lado, responsabilizándose de la seguridad de los pacientes, lo que, en este entorno de cuidado donde las contenciones están normalizadas, implica contenerles para protegerles y evitar que se hagan daño, tal y como apunta la bibliografía (Dierckx de Casterlé et al., 2015; Goethals et al., 2012; Haut et al., 2010; Möhler & Meyer, 2014; Saarnio & Isola, 2009).

Sin embargo, frente al discurso de esta beneficencia, algunos profesionales cuestionan hasta qué punto el evitar un mal mayor puede justificar la práctica. Aunque esta actitud también aparece en algunos profesionales favorables a las contenciones, son principalmente los profesionales con un claro posicionamiento anti-contención que desarrollan prácticas de resistencia quienes denuncian de forma más marcada la maleficencia que implica el uso

normalizado de las contenciones físicas. Estos profesionales consideran que la beneficencia está en la minimización del uso de las contenciones físicas, limitándolo a situaciones excepcionales y garantizando los derechos y los cuidados de los pacientes, tal y como defienden los modelos de cuidado sin sujeciones (Confederación Española de Organizaciones de Mayores, 2013; Fundación Cuidados Dignos, 2012; Muñiz et al., 2016; Plataforma Nacional Sin Sujeciones, 2017; Registered Nurses' Association of Ontario, 2012; Urrutia Beaskoa, 2015) y de acuerdo a la legislación vigente (Comunidad Autónoma de las Illes Balears, 2009; FGE, 2022; Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, 2022). Desde una perspectiva foucaultiana, se puede identificar este posicionamiento como un contradiscurso contrario al discurso hegemónico por el cual la contención física es una práctica beneficente (Foucault, 2013i).

En tercer lugar, tal y como apunta Mengelers (2019), en numerosas ocasiones los cuidados a las personas con demencia implican un dilema entre la seguridad y el mantenimiento de la dignidad y la autonomía. En este sentido, la (in)dignidad de la contención física también debe ser analizada. Por un lado, los profesionales con actitudes favorables a la contención física no la identifican como una práctica denigrante ni indigna. Por lo tanto, pese a manifestar su preocupación por la dignidad de las personas mayores, están tan inmersos en la cultura de la contención que no se plantean otra forma de cuidar más acorde a los valores y las preferencias de la persona.

Por otro lado, los profesionales con actitudes críticas reconocen la contención física como un ataque a la dignidad de la persona, contraria a lo que ésta ha representado a lo largo de su vida, siendo esta una de las principales motivaciones para modificar su propia práctica. Esta visión de las contenciones físicas como una privación de la libertad y la dignidad, frente a una visión protectora para la seguridad física, coincide con Saarnio y Isola (2010). De esta forma, para tratar de respetar la dignidad de las personas cuidadas, los profesionales intentan evitar el uso de las contenciones físicas, limitándolo sólo a aquellas situaciones en las que se considera inevitable (Goethals et al., 2013). En cualquier caso, tal y como apunta Gjerberg (2015), la dignidad de las personas debe ser respetada y promovida, independientemente de su capacidad para ejercer su autonomía.

8.4.2. Los conflictos éticos generados por el uso de las contenciones físicas

Tras la discusión sobre los principios éticos en la práctica de la contención, es pertinente pasar a analizar los conflictos éticos que derivan de ella.

Los conflictos éticos surgen fundamentalmente del dilema entre la autonomía, la dignidad y la libertad de movimientos del paciente frente a la seguridad física (Goethals et al., 2013; Javet, 2018; Saarnio & Isola, 2010) y aparecen especialmente cuando el uso de las contenciones físicas se prolonga en el tiempo. Estos conflictos se resuelven desde el paternalismo pues, enmarcados en un contexto en el que el conocimiento biomédico es el prioritario, los profesionales asumen el rol de expertos que pueden decidir sin necesitar la opinión del paciente.

Los conflictos éticos derivados de la contención se relacionan tanto de las causas que provocan la contención como las características del paciente al que se contiene. Por un lado, estos conflictos se acrecientan cuando las contenciones físicas son aplicadas a pacientes con una adecuada movilidad o sin deterioro cognitivo. En este sentido, y volviendo a las teorías de la deshumanización, la deshumanización defensiva en la práctica clínica se convierte en una estrategia de afrontamiento de los profesionales frente a las exigencias derivadas del ejercicio

asistencial, reduciendo el impacto ético percibido por estos (Corneau, 2016; Drury et al., 2017; Haque & Waytz, 2012; Schulman-Green, 2003; Trifiletti et al., 2014; Vaes & Muratore, 2013). Concretamente, deshumanizar a la persona mayor con demencia reduce el impacto ético derivado de la práctica de la contención en los profesionales. En esta línea, Corneau (2016) recoge que la objetivación del paciente ofrece un distanciamiento emocional al profesional que le protege del malestar generado por la práctica de la contención. Por otro lado, el impacto ético en los profesionales es mayor cuando se utilizan en contra de la voluntad de los pacientes, tal y como señala Haut (2010). En estos casos, el conflicto no surge de un cuestionamiento ético de la contención desde la perspectiva de la persona contenida, sino del malestar que experimenta el profesional con la contención y el rechazo del paciente. Finalmente, la aparición de complicaciones derivadas del uso de las contenciones físicas acrecienta la aparición de los conflictos éticos, coincidiendo con el CBE (2016) que argumenta que la intencionalidad y las consecuencias del uso de las contenciones determinan los conflictos éticos derivados de éste. Esto demuestra que los dispositivos y su uso están tan normalizados que habitualmente no generan incomodidad ética en el profesional, sino que cuando esta práctica resulta evidentemente maleficente es cuando la cuestionan éticamente. Además, ante estas situaciones, los profesionales se plantean su grado de responsabilidad en la aparición de accidentes y complicaciones asociados al uso de las contenciones físicas, cuestionándose si su actuación debería haber sido diferente para evitarlos, sin embargo, esta reflexión no aparece con la propia aplicación de la contención.

Respecto a los conflictos éticos derivados del uso de las contenciones físicas, cabe destacar que la bibliografía revisada no los analiza en función de la actitud adoptada por los profesionales. En este sentido, los resultados del presente estudio apuntan a que las actitudes de los profesionales ante dichos conflictos éticos pueden analizarse desde los conceptos de ceguera moral (Palazzo et al., 2012), estrés moral (McCarthy & Gastmans, 2015) y coraje moral (Hawkins & Morse, 2014). Sin embargo, antes de entrar a discutirlo en mayor profundidad, es necesario mencionar que el perfil de los participantes ante los conflictos éticos no es único, sino que sus actitudes se moldean en base a la situación que genera dicho conflicto o al tipo de dispositivo en cuestión (Moreno-Mulet, 2016). De esta forma, hay profesionales que se manifiestan contrarios a las contenciones físicas pero que, ante determinadas circunstancias de su práctica diaria, las utilizan y justifican su uso por la falta de recursos y alternativas. Incluso, la evaluación de la dignidad y el valor ético asignado a las contenciones físicas depende, en parte, de las características y el grado de restricción que implica cada dispositivo, provocando en un mismo profesional diferentes actitudes según cuál sea el dispositivo en cuestión. De esta forma, los dispositivos mejor valorados y que menos carga ética supone su uso son aquellos menos invasivos y que restringen en menor medida al paciente. Esta diferenciación según el grado de restricción aparece también en los familiares (Haut et al., 2010; Mengelers et al., 2019).

Especialmente favorables son las actitudes que presentan los profesionales respecto a las barreras de las camas que, al ser menos restrictivas, no solo no son identificadas como mecanismos de contención, sino más bien protectores y fundamentales en el cuidado de cualquier paciente hospitalizado (Ferrão et al., 2021; Hamers et al., 2009), por lo que son mucho mejor aceptados por los profesionales. Además, al ser elementos menos restrictivos, los profesionales no presentan conflictos éticos con su uso (Ferrão et al., 2021). Igual que con cualquier otra restricción, asocian los riesgos a su diseño, más que a su propio mecanismo de acción. Tal y como recogen los estudios de incidencia (Delvalle et al., 2020; Hofmann et al., 2015; Lee et al., 2021; Urrutia Beaskoa, 2015), el discurso de los participantes también refleja la elevada frecuencia de uso de estos mecanismos de contención. Es por tanto necesario delimitar

claramente en la práctica clínica qué se entiende por contención y por cuidado sin sujeción, prestando especial atención a la inclusión de las barandillas de las camas, tal y como defiende Ferrão (2021). De no ser así, es posible que, de acuerdo con Vandervelde (2021) y Kong (2017), sólo se estén considerando mecanismos de contención a aquellos más restrictivos, minimizando así el problema respecto a su uso.

Por el contrario, los dispositivos que implican una mayor restricción son los peor valorados y los que generan un mayor rechazo entre los profesionales, independientemente de su actitud respecto a las contenciones, coincidiendo con los estudios previos (Boscart et al., 2015; Ferrão et al., 2021; Hamers et al., 2009). En concreto, destaca el rechazo a las contenciones de 5 puntos que, al contener todas las extremidades y el abdomen, implican la inmovilización total de la persona, considerándolas excesivas para el perfil de paciente atendido en los hospitales de atención intermedia.

Por lo tanto, la ceguera moral no es única, sino que es más evidente en aquellas restricciones más leves. Los profesionales identifican como una práctica no ética las contenciones muy restrictivas, pero a medida que se reduce la restricción, disminuye la dimensión ética -que está poco consolidada- y, consecuentemente, la conciencia de vulneración de la dignidad. Es decir, se percibe que la afectación a la dignidad es directamente proporcional al grado de restricción del cuerpo, obviando el carácter absoluto de la dignidad que no puede respetarse parcialmente. Desde este gradiente de (in)dignidad vinculada al grado de restricción, una de las estrategias empleadas por los profesionales en caso de desacuerdo sobre la indicación, o no, de contención es utilizar una cuyo grado de restricción sea intermedio al que defienden ambas posturas. Además, los profesionales con actitudes contrarias a su uso, cuando no pueden evitarlas, intentan aplicarlas de la forma menos restrictiva posible, tratando de aplicar el principio de proporcionalidad, tal y como recoge Goethals (2013).

A continuación se profundiza en la ceguera moral, definida como el estado durante el que una persona es incapaz de identificar un problema ético al atribuirle, únicamente, las características de un dilema de gestión o clínico (Johnstone, 2009; Moreno-Mulet, 2018). Esta actitud ante los conflictos éticos queda reflejada en los participantes que realizan un uso normalizado de las contenciones físicas, reduciéndolas a un procedimiento técnico. Los resultados de la investigación apuntan a que la ceguera moral en estado puro es una actitud minoritaria entre los profesionales sanitarios. Desde esta actitud ética, los participantes no identifican la vulneración de derechos fundamentales de los pacientes ya que han dejado de adjudicarles estos derechos (Choe et al., 2012). En este caso, los profesionales que presentan ceguera ética reducen el debate ético en relación al uso de las contenciones a la seguridad física del paciente, entendiendo que se trata de una actividad propia y rutinaria de su ejercicio asistencial en el cuidado de los pacientes geriátricos. De esta forma, los profesionales niegan el conflicto y la dimensión ética derivada de la práctica y le atribuyen únicamente las características de un problema clínico (Choe et al., 2012; Johnstone, 2009; Moreno-Mulet, 2018). Como consecuencia, los profesionales obvian el impacto sobre la dignidad, la autonomía y las libertades básicas de la persona cuidada.

Además, los participantes que presentan ceguera moral ante los conflictos éticos no son conscientes del desvanecimiento de sus propios valores y principios en sus decisiones y en su práctica, siendo esta una de las características de la ceguera moral (Palazzo et al., 2012). En este sentido, los profesionales están inmersos en un discurso de la normalización y la seguridad de la contención, por lo que actúan desde el convencimiento de la seguridad y la protección de su práctica. Por lo tanto, al reducir su mirada a la dimensión física, su ejercicio asistencial se alinea

con sus principios éticos. Desde esta perspectiva, los profesionales recalcan el principio de no maleficencia -beneficencia en sus palabras- frente a los riesgos y las complicaciones que pudiesen derivarse del uso de las contenciones físicas, reafirmando así en la necesidad de aplicarlas de forma normalizada.

Paralelamente, desde las teorías de la deshumanización, Bandura (1999, 2002) defiende que la deshumanización deriva de la desconexión moral del individuo, es decir, deshumanizar es apartar al otro del escenario que obliga a todos los seres humanos a comportarse con sentido moral. Como consecuencia, la deshumanización hace que el otro parezca moralmente menos valioso y que el que ejecuta la acción esté menos sujeto a la autocondena (Haslam & Loughnan, 2014). Aplicado al ámbito de la sanidad, la desvinculación moral puede resultar de la necesidad de los sanitarios de minimizar el disconfort que les produce tener que realizar procedimientos dolorosos para el paciente (Haque & Waytz, 2012). Desde esta perspectiva, la ceguera moral permite la práctica normalizada de las contenciones físicas sin que ello derive en un conflicto ético para los profesionales. En esta línea, Acevedo-Nuevo (2020; 2021) hace alusión a la “economía de los sentimientos” para referirse a la ausencia de sentimientos generados entre los profesionales de las unidades de cuidados intensivos al manejar pacientes con contención física. Muy especialmente, en las unidades donde las contenciones son utilizadas frecuentemente, la normalización de su uso y su integración en la práctica asistencial podría explicar este “aplanamiento emocional”. Esta situación también se produce en el ámbito de la geriatría, tal y como apuntan los resultados del presente estudio.

En concreto, el tipo de ceguera identificada en los participantes es la ceguera por subsunción, según la cual el profesional tiene la capacidad de identificar la vulneración de un valor ético de forma teórica pero no de atribuirlo a determinadas situaciones prácticas (Crespo, 2004), como la que se plantea en el presente estudio. Es decir, los profesionales no captan que el uso de las contenciones físicas viole los principios de autonomía, beneficencia y dignidad, pese a reconocerlos como valores intrínsecos de cualquier persona, siendo esta la característica definitoria de la ceguera por subsunción (Palliser, 2018).

En relación al lenguaje utilizado, tal y como apunta Palazzo (2012), una de las estrategias que desencadenan la ceguera moral es el uso de eufemismos. Igualmente, en base a las teorías de la deshumanización, el uso de eufemismos para nombrar una conducta o una práctica proporciona un significado más benigno a la acción y, mediante esta reinterpretación cognitiva, la justifica social y moralmente (Rodríguez Pérez et al., 2010). En este caso, los profesionales hacen alusión frecuentemente a ellos en su discurso para referirse a las contenciones físicas, calificándolas de obstáculos, ayudas o, incluso, protectores. En esta línea, la bibliografía ya recoge el uso del término protectores para designar las contenciones físicas (Kong & Evans, 2012). De esta forma, los profesionales minimizan su interpretación respecto a los dispositivos en sí y a la práctica, reduciéndola a la dimensión técnica y obviando la dimensión ética de afectación a la dignidad. Por lo tanto, también a través del lenguaje, los profesionales mantienen la ceguera moral y minimizan la contención como una técnica trivial en su práctica asistencial.

Por otro lado, son numerosos los profesionales que presentan actitudes ante los conflictos éticos que pueden catalogarse de estrés moral. De acuerdo a la definición de McCarthy y Gastmans (2015), numerosos participantes han presentado sufrimiento al participar -en este caso por acción- en actos contrarios a sus valores éticos, como el uso de las contenciones físicas, motivados tanto por factores externos como internos.

Los participantes del estudio presentan estrés moral por la combinación de diferentes causas, como identifican McCarthy y Gastmans (2015), destacando las situaciones clínicas, las condiciones de trabajo difíciles con recursos limitados y las condiciones estructurales. En este caso, los profesionales destacan, por un lado, las condiciones de trabajo complejas a las que deben enfrentarse en el día a día en un contexto institucional de limitación de los recursos y de dominación del discurso de la seguridad, chocando con la imposibilidad de crear un entorno sin riesgos (siendo este intrínseco a las propias situaciones clínicas de los pacientes hospitalizados). En este sentido, los profesionales denuncian que la elevada carga de trabajo, asociada a la alta dependencia de los pacientes hospitalizados, junto con la escasez de personal, conducen a un mayor uso de las contenciones físicas, generándoles estrés moral. Por otro lado, pese a que no son reconocidos por los profesionales como desencadenantes de su estrés moral, el análisis del discurso de los profesionales sí identifica que este se desarrolla en un contexto donde los factores estructurales limitan su capacidad de acción. En concreto, los profesionales no reciben prácticamente apoyo por parte de la institución para evitar el uso de las contenciones físicas ni disponen de espacios de reflexión ética conjunta en los que pensar sobre la práctica, tal y como se discutirá más adelante.

Por último, el estrés moral se aprecia, sobre todo, entre aquellos profesionales con actitudes más críticas frente a las contenciones físicas, pues ellos cuestionan la beneficencia o maleficencia de la práctica e integran en su análisis ético la autonomía y la dignidad de la persona. Sin embargo, en la mayoría de los profesionales que presentan estrés moral, esta evaluación ética no aparece y, por tanto, para ellos ésta no es una fuente de estrés moral. Más específicamente, los profesionales que han recibido algo de formación respecto al uso ético de las contenciones físicas presentan mayor malestar con la práctica, porque les ha hecho reflexionar sobre la dimensión ética de la misma y cuestionarse a ellos mismos en su rol profesional. No obstante, la formación de la que disponen es insuficiente para llevar a cabo un modelo de cuidados alternativo. Además, en relación al estrés moral, cabe destacar que los médicos hacen un mayor análisis de la bioética aplicada a la práctica de la contención, demostrando una mayor conciencia deontológica que los profesionales de las otras categorías. En este sentido, los médicos presentan mayor conflicto ético derivado especialmente de su responsabilidad en la prescripción, atribuyéndose la responsabilidad moral, clínica y legal de su uso.

Finalmente, en este trabajo, algunos profesionales emprenden acciones y asumen riesgos para defender los derechos de los pacientes a los que cuidan a partir de su código ético y moral, negándose a participar en diferentes grados en la normalización de las contenciones físicas, considerando que éstas provocan sufrimiento a los pacientes y siendo su actitud un ejemplo de coraje moral (Lachman, 2007; LaSala & Bjarnason, 2010). Esta actitud ética se manifiesta en situaciones que representan una amenaza para los cuidados y las personas cuidadas (Hawkins & Morse, 2014; LaSala & Bjarnason, 2010; Moreno-Mulet, 2018), tal y como ocurre con la identificación de la violación de la dignidad y la autonomía de los pacientes al ser contenidos. Por lo tanto, de acuerdo con LaSala (2010), los profesionales que actúan con coraje moral lo hacen porque su compromiso con la dignidad de los pacientes y la calidad de los cuidados supera al riesgo de asumir que el paciente pueda caer al no estar contenido.

Una de las características de la coraje moral es que implica una acción, normalmente en defensa de los pacientes y dirigida a asegurar la calidad y la seguridad de los cuidados (Hawkins & Morse, 2014). Desde esta perspectiva, el coraje moral empuja a los profesionales a actuar y, concretamente, a reducir y a evitar el uso de las contenciones físicas en su práctica asistencial,

pese a ser conscientes que el cuidado sin contenciones es imposible de alcanzar individualmente y está determinado por factores estructurales y la propia organización de los cuidados. Por lo tanto, los profesionales despliegan sus estrategias durante el tiempo que están de turno y se dirigen a los pacientes a los que atienden directamente, aunque dichas acciones no impliquen un cuidado libre de contenciones, ni siquiera durante su turno. Por ejemplo, el coraje moral aparece cuando los profesionales, conocedores de sus obligaciones profesionales y legales, exigen que la contención física se aplique tras haber informado a la familia y haber recibido su consentimiento por escrito, tal y como lo señala Lachman (2007). Por lo tanto, el coraje moral empuja a los profesionales a llevar a cabo acciones de resistencia (Moreno-Mulet, 2018), que serán discutidas más adelante.

Desde el coraje moral, el lenguaje utilizado para referirse a las contenciones físicas y su uso discrepa de los eufemismos utilizados por los profesionales con ceguera moral. En concreto, los profesionales integran en su léxico la dimensión ética de la práctica, calificando la contención de tortura. Por lo tanto, la actitud individual ante las contenciones físicas y ante los conflictos derivados de su uso determina el discurso de los profesionales y el lenguaje que emplean.

Se podría considerar que los profesionales posicionados éticamente contra las contenciones físicas se mantienen en un nivel micro-clínico, muy próximo a su propia práctica asistencial y a su ámbito de actuación directo. Sin embargo, es necesario que haya profesionales que reflexionen sobre la dimensión meso-organizacional y macro-política de las contenciones, denunciando desde, el coraje moral, su uso normalizado y reivindicando la necesidad de unos cuidados centrados en la persona. En este sentido, Rosamaría Alberdi (2019, 2022) reivindica la competencia política enfermera, definida como la capacidad para intervenir en la redacción, el desarrollo y la gestión de las políticas públicas con el objetivo de cambiar las condiciones que producen inequidad. Desde esta perspectiva, las enfermeras deben tomar la palabra en el espacio público para defender los derechos de los usuarios y dotar a la ciudadanía de un sistema sanitario que cubra eficazmente sus necesidades, contribuyendo también de este modo a la lucha por la justicia social. De lo contrario, la autora se plantea si, al no desarrollar esta competencia que hace a las enfermeras especialmente aptas para luchar contra las desigualdades, no estarían incurriendo en una negligencia moral, entendida como el hecho de no desarrollar la competencia que permitiría cubrir las necesidades evidenciadas, dentro del marco de la responsabilidad profesional y teniendo capacitación para hacerlo.

En algunos casos, el coraje moral se ha visto influenciado por la formación recibida sobre las contenciones físicas y aparece tras un proceso de desarrollo moral y profesional y de reflexión ética. Estos resultados reflejan la necesidad de llevar a cabo una formación que promueva un proceso de reflexividad en el profesional y que le permita cuestionarse su práctica. En este sentido, la formación, más allá de su carácter teórico, debería integrar la dimensión vivencial y permitir que los profesionales transiten, desde la ceguera y el estrés, al coraje moral. En concreto, tomando conciencia desde su propia experiencia de lo que supone ser contenido, es probable que los profesionales identifiquen en mayor medida la indignidad de la contención y la necesidad de cuidar sin recurrir a ella.

Una vez discutidas las actitudes de los profesionales ante los conflictos éticos, cabe destacar la relación que se establece entre estas y su práctica. Habitualmente, los profesionales que presentan ceguera moral desarrollan un uso normalizado de las contenciones físicas. Estas prácticas de normalización también son desarrolladas por profesionales con estrés moral frente a este uso, siendo habitual que estos profesionales presenten actitudes pro-contención y mantengan la contención física como un elemento habitual en el cuidado de las personas

mayores. Por lo tanto, a partir de la ceguera y el estrés moral derivan prácticas de normalización o acciones de inhibición, tal y como las recoge Cristina Moreno-Mulet (2018). Las prácticas de inhibición son descritas como respuestas al sufrimiento moral de los profesionales en las cuales se produce una evitación de los problemas, limitando, al mínimo posible, el contacto con los usuarios (Devos-Barlem et al., 2013).

Por el contrario, algunos profesionales con estrés y/o coraje moral llevan a cabo prácticas de resistencia en contra del uso de estos dispositivos. Como consecuencia, en algunas ocasiones las prácticas de resistencia se fundamentan en base al estrés moral y, en otras, en un posicionamiento ético ante las contenciones físicas, entendido como coraje moral. Sin embargo, cabe recordar que los profesionales presentan perfiles éticos ambiguos, de tal forma que hay profesionales que se posicionan éticamente contrarios a las contenciones físicas pero que, influidos por otros factores, como los institucionales, mantienen las prácticas de normalización en determinadas situaciones. Por lo tanto, la influencia de factores externos origina cierta disonancia entre las actitudes de los profesionales y la práctica que desarrollan.

8.4.3. Los profesionales frente a sus conflictos éticos

Una vez discutidos los conflictos éticos que derivan del uso de las contenciones físicas y las actitudes de los profesionales ante ellos, es posible analizar las estrategias que despliegan para afrontarlos, entre las que se incluyen estrategias tanto internas como externas.

Por un lado, destaca la racionalización como una de las estrategias internas empleadas para afrontar los conflictos éticos. La racionalización se lleva a cabo desde diferentes argumentaciones, ya sea desde la no maleficencia y la seguridad física del paciente o desde el rol profesional (discutido anteriormente), justificando así la necesidad de recurrir a las contenciones físicas en la práctica asistencial. De forma más evidente, los profesionales justifican su práctica mediante el principio de no maleficencia, reafirmando en la necesidad de mantener la seguridad física del paciente y valorando dicha práctica desde la intencionalidad de proteger al paciente, lo que les permite superar los sentimientos contradictorios y los conflictos provocados inicialmente. Esta estrategia de racionalización ha sido recogida igualmente por la bibliografía que ha analizado el afrontamiento de los conflictos éticos por parte de los profesionales (Chuang & Huang, 2007; Goethals et al., 2012; Möhler & Meyer, 2014). En concreto, los profesionales priorizan la seguridad física del paciente ante el riesgo de que este se caiga o se haga daño (Goethals et al., 2012), por lo que, pese a no ser de su agrado, las aprueban como un mal menor y un elemento necesario (Estévez-Guerra, 2017; Fariña-López et al., 2013). Como consecuencia de este proceso, se produce una reformulación sobre las contenciones que, pese a ser mal valoradas inicialmente, se convierten en elementos positivos para el cuidado del paciente geriátrico, tal y como apunta Möhler (2014). En este sentido, la deshumanización de la persona mayor desde su falta de capacidad para protegerse a sí misma facilita y justifica la toma de decisiones difíciles y paternalistas, ayudando a quienes las toman a superar las consecuencias emocionales y el sufrimiento que les provocan, tal y como señalan Lammers y Stapel (2011). Coincidiendo con Paz (2017), que defiende que vivimos en una sociedad en la que no hay una reflexión que discrimine entre lo bueno y lo malo -lo que lleva a actuar sin analizar el riesgo, tomando conciencia del daño una vez provocado-, las contenciones son utilizadas sin un proceso reflexivo previo más allá de la búsqueda de la prevención de caídas, obviando los componentes éticos y morales de la práctica.

Cabe destacar que este proceso de racionalización a partir de la seguridad y la no maleficencia se refuerza por las experiencias negativas previas de accidentes en pacientes no contenidos, reafirmando así la necesidad de aplicar las contenciones físicas. Sin embargo, los profesionales en su mayoría no recurren a los accidentes producidos en pacientes contenidos, posiblemente porque no los asocian a la contención al tenerla idealizada como una actividad segura de cuidado. Además, ante la falta de recursos humanos y materiales que pudiesen evitar las contenciones físicas, los profesionales se reafirman en justificarlas como la mejor medida de la que disponen para garantizar la seguridad del paciente en un contexto asistencial de elevada carga laboral. En definitiva, a través de la justificación en base a procedimientos técnicos y al concepto de seguridad, la racionalización se convierte en un mecanismo para mantener y justificar la ceguera moral y así negar el malestar generado por las contenciones físicas.

Por otro lado, los profesionales desarrollan una serie de estrategias externas para afrontar los conflictos éticos derivados del uso de las contenciones físicas. La mayoría de estas estrategias están encaminadas a reducir dicha práctica y a minimizar su impacto, por lo que serán analizadas en el último apartado de la discusión. Sin embargo, una de las profesionales explica que comparte su malestar y discute los casos de algunos pacientes contenidos con compañeros con un posicionamiento afín al suyo, siendo esta una de las estrategias recogidas en la bibliografía (Chuang & Huang, 2007; Möhler & Meyer, 2014).

Para acabar con este apartado sobre la falta de reflexión ética, vale la pena recordar que a todos los participantes se les invitó a participar en el estudio mediante la realización de un diario reflexivo. Pese a la buena aceptación inicial de la propuesta, finalmente ninguno de los participantes la ha llevado a cabo. Esto refleja que, aunque los profesionales consideran importante hablar abiertamente del uso de las contenciones físicas, en el día a día llevan a cabo una práctica clínica y procedimental, alejada de una práctica autorreflexiva.

A modo de conclusión, es posible decir que, habitualmente, las contenciones físicas son vistas desde el punto de vista técnico y desde la dimensión física y terapéutica, pero sin hacer autocrítica ni ahondar en la dimensión ética y deontológica de una práctica que puede llegar a considerarse una forma de maltrato. En este sentido, la práctica está tan normalizada que los profesionales no se plantean la necesidad ni la posibilidad de desarrollar otro modelo de cuidado, entendiendo el cuidado sin contenciones como un modelo utópico de atención a las personas mayores, como se abordará más adelante. En definitiva, tras todo lo discutido en los últimos apartados, los profesionales son también protagonistas del uso de las contenciones físicas, probablemente en mayor medida de lo que ellos son conscientes. Todo ello se produce en un contexto de permisividad institucional y en el que gobierna el discurso de la seguridad y la disciplina.

8.5. Las instituciones sanitarias como espacios (in)seguros y disciplinarios de contención

A continuación, se analiza el papel de la institución en la práctica de la contención, discutiendo cómo la propia institución influye en la práctica y prestando especial atención a los discursos de seguridad y disciplina que la determinan. A partir de este análisis, se discute la postura de la institución frente a la contención y el cuidado sin contenciones.

8.5.1. La institución (in)segura

Los profesionales reconocen con dificultad la influencia de la institución en el uso de las contenciones físicas. En su lugar, centran su discurso en justificar la práctica por y para el perfil de paciente ingresado en los centros de atención intermedia, siendo un paciente de edad avanzada -con deterioro físico y/o cognitivo-, en fase subaguda de la enfermedad y con escaso acompañamiento de sus familiares debido al tipo de estancia hospitalaria. Por lo tanto, son las características de los pacientes ingresados en una unidad las que determinan que sean más o menos susceptibles de ser contenidos físicamente en ella. Sin embargo, el uso de las contenciones está tan normalizado y bien valorado en estos centros que, lejos de identificarlos como entornos de riesgo para ser contenidos, algunos participantes entienden que los hospitales de atención intermedia son entornos protectores e, incluso, ejemplares de la práctica. En concreto, hay participantes que defienden que en estos centros las contenciones físicas se utilizan menos y menos restrictivamente. En este sentido, los profesionales identifican algunos factores que favorecen este uso ético de las contenciones físicas, tales como la visión holística e interdisciplinar del paciente y la búsqueda de unos cuidados integrales e individuales -pese a las muestras de deshumanización de las personas mayores y la visión biomédica de los cuidados descritas anteriormente-, su situación de mayor estabilidad, o las ventajas de las estancias más prolongadas en estos centros. Sea como sea, lo cierto es que estos últimos factores podrían favorecer el cuidado centrado en la persona, por lo que deberían ser potenciados para cambiar el modelo de cuidado y, consecuentemente, reducir el uso de las contenciones físicas.

En cualquier caso, un análisis en mayor profundidad del discurso de los participantes muestra una diferencia en el uso de las contenciones físicas según el hospital y la unidad, coincidiendo con el “efecto hospital” descrito por Thomann (2021), según el cual el uso de las contenciones físicas es más frecuente en unos hospitales que en otros. Por lo tanto, estos factores deben ser tenidos en consideración de cara a plantear un modelo de cuidado libre de restricción pues, pese al mismo perfil de paciente y ante recursos similares, las prácticas varían según los centros.

A continuación, se procede a discutir con más detalle los diferentes factores instituciones que, según los profesionales, convierten a los hospitales de atención intermedia en entornos inseguros y proclives a la práctica de la contención física.

En primer lugar, los participantes del presente estudio tienen la percepción de escasez de personal en las unidades. Este argumento aparece, principalmente, entre las profesionales responsables de los cuidados básicos al paciente, las TCAE. De esta forma, la falta de recursos humanos para hacer frente a la elevada carga asistencial es identificada como uno de los principales factores de uso de las contenciones físicas, tal y como recoge ampliamente la bibliografía (Abraham et al., 2021; Estévez-Guerra, 2017; Goethals et al., 2012; Kong & Evans, 2012; Kor et al., 2018; Möhler & Meyer, 2014; Øye et al., 2017; Scheepmans et al., 2018; J. Wang et al., 2020). Desde esta percepción, las contenciones físicas son empleadas como sustitutos del acompañamiento y ante la imposibilidad para vigilar por parte de los profesionales, permitiendo así el cumplimiento de las actividades asistenciales propias de las unidades hospitalarias en el horario establecido (Øye et al., 2017). Coincidiendo con Sharp (2018), los profesionales alegan la falta de recursos humanos para justificar la *taskificación* de los cuidados que ofrecen en lugar de desarrollar un modelo de atención centrada en la persona. Igualmente, Beltrán (2016) señala cómo la falta de tiempo se ha convertido en un argumento infalible para justificar la falta de calidad de la atención. De esta forma, los profesionales entienden que la institución es la responsable de la falta de abordaje holístico de la persona cuidada, llevando a priorizar las

actividades básicas de cuidado que garanticen la satisfacción de sus necesidades, incluyendo su seguridad física.

Del mismo modo que Øye (2017) identifica un mayor uso de las contenciones físicas cuando las ratios pacientes/profesional son menores, especialmente durante los fines de semana, algunos participantes del presente estudio apuntan que éste es mayor en los turnos de noche. Sin embargo, el discurso de los participantes refleja que las ratios de personal no son por sí solas un factor determinante de la práctica pues, ante el mismo perfil de paciente, el uso de las contenciones físicas puede ser incluso mayor en centros con una mayor dotación de personal. Ello revela que se trata de una práctica totalmente influenciada por la cultura colectiva y organizacional, no únicamente determinada por los recursos disponibles.

En segundo lugar, destaca la propia arquitectura y la distribución de las unidades como un factor de riesgo para el perfil de paciente hospitalizado, limitando su libre movimiento y desencadenando su contención física. En concreto, las contenciones son empleadas para salvar las barreras encontradas tanto en el interior de la habitación -debidas, por ejemplo, a la presencia de mobiliario que obstaculiza el movimiento del paciente- como en el exterior -acceso a escaleras o terrazas, entre otras-. En este sentido, los profesionales denuncian la ausencia de espacios abiertos que permitan a los pacientes compartir tiempo, espacio y actividades con otros usuarios, a la par que facilitar su supervisión por parte de los profesionales. De esta forma, los profesionales podrían actuar más fácilmente en caso de que un paciente se intentase levantar, lo que redundaría en la percepción de una menor necesidad de contener. Por todo ello, queda de manifiesto que los edificios sanitarios no están pensados ni orientados a sus usuarios, no habiéndose tomado las medidas necesarias para solucionar estas problemáticas sin recurrir a las contenciones físicas.

Además, destaca el peligro arquitectónico que supone para el cuidado de los pacientes geriátricos el hecho de que las unidades y los hospitales sean abiertos, permitiéndoles salir fácilmente del recinto hospitalario. En esta línea, Øye (2017) señala que cuando las residencias se encuentran en un entorno del que es fácil escapar, los profesionales recurren en mayor medida a las contenciones físicas para evitarlo. Como consecuencia, los profesionales entrevistados identifican el riesgo de fuga en los pacientes. El propio uso del término riesgo de fuga recuerda al sistema carcelario -orientado a rebajar el nivel a partir del cual se vuelve natural y aceptable el castigo- descrito por Foucault (2002, 2012a), convirtiéndose así el hospital en un lugar del cual no es posible salir, un centro de encierro a nivel funcional. En cualquier caso, este riesgo refleja la falta de adecuación de la institución al perfil de paciente ingresado. En estas situaciones, se vuelve a cargar sobre los pacientes la responsabilidad de solventar estos déficits institucionales, debiéndose adaptar ellos al entorno o siendo contenidos en caso de no poder hacerlo.

8.5.2. Los discursos institucionales de seguridad y disciplina

Pese a que todos estos elementos convierten a la institución hospitalaria en un entorno inseguro y peligroso para los pacientes geriátricos ingresados, en ellas gobierna el discurso de la seguridad y la disciplina. De esta forma, se produce una disonancia entre la inseguridad intrínseca a la institución y el discurso reinante, autorizando y propiciando la práctica de la contención física para enmendar los defectos arquitectónicos y los déficits institucionales.

Por un lado, en relación al discurso de la seguridad, se trata de un ideario que gira en torno a la seguridad física, sin abordar en profundidad su dimensión moral, determinando así el posicionamiento de la institución tanto frente a las caídas como respecto al uso de las contenciones físicas. Además, pese a ser una situación poco habitual, en ocasiones, las contenciones físicas son también utilizadas para mantener la seguridad del entorno, garantizando la propia integridad física de la institución.

En concreto, en las instituciones, la seguridad es un pilar fundamental y un indicador de calidad, encaminándose así a alcanzar un entorno de riesgo cero. Desde este paradigma, los hospitales de atención intermedia utilizan el número de caídas como uno de los principales indicadores de calidad asistencial, propagándose implícitamente la creencia de que está mal cuidado el paciente que se cae. Este indicador de calidad asistencial es recogido por la bibliografía como uno de los criterios para fijar los estándares de calidad de la práctica hospitalaria (Nebot-Marzal et al., 2014; Parra-Hidalgo et al., 2012). Además, la utilización de este indicador para medir la calidad asistencial lleva a los profesionales a interpretar la caída de un paciente como un fracaso del profesional que está al mando de su cuidado directo, sin reflexionar sobre las causas de la misma desde una dimensión multifactorial. En consecuencia, los profesionales asumen como propia la responsabilidad en la prevención de caídas de los pacientes, utilizando las contenciones físicas para su propia protección, no sólo de cara a las posibles reclamaciones legales de los familiares, sino también para mantener su propia credibilidad como profesional ante sus compañeros.

Sin embargo, las instituciones no llevan a cabo un recuento sistematizado del uso de las contenciones físicas ni su prevalencia de uso es empleado como un indicador de calidad asistencial. Por lo tanto, no es posible evaluar el impacto de las intervenciones que se están llevando a cabo para garantizar la seguridad, no siendo posible entonces analizar cuál es el precio que se está pagando (ni quién lo está pagando) para mantener en valores óptimos el indicador de caídas. En este sentido, Nebot-Marzal (2014) identifica *la correcta aplicación del protocolo de contención mecánica* como un indicador de calidad de la práctica hospitalaria. En caso de que este último fuese un criterio empleado para evaluar la calidad de la atención en los hospitales de atención intermedia, el elevado número de contenciones utilizadas podría ser interpretado como un indicador de baja calidad asistencial, lo que, probablemente, forzaría a que las instituciones se comprometiesen con su eliminación.

Además, al no tener en consideración la dimensión moral de la seguridad, desde las instituciones no se afrontan los problemas éticos derivados del uso de las contenciones. Por lo tanto, desde esta construcción colectiva que asigna seguridad a la contención, la institución permite y autoriza esta práctica en el cuidado de los pacientes hospitalizados, sin que haya evidencia que sustente dicho uso en las situaciones para las que se aplica.

Aunque el concepto de la seguridad ya ha sido analizado desde diferentes perspectivas, ahora va a ser discutido a partir del marco teórico de Foucault (2006), quien la define como el mecanismo regulador del poder del Estado en relación a la salud de la población, dirigido a regular y normalizar los aspectos vinculados a las poblaciones.

Entendiendo que los dispositivos de seguridad son aquellos que permiten el control de la población con el objetivo de garantizar su seguridad (Foucault, 2006), es posible catalogar a las contenciones físicas como dispositivos de seguridad orientados a mantener la integridad física de los pacientes geriátricos. Tal y como defiende el filósofo francés, estos dispositivos están orientados a anular los fenómenos, sin adoptar una forma de prohibición. En este caso, las

contenciones físicas están orientadas a anular el movimiento del paciente y, de esta forma, evitar su caída y las consecuencias de ésta.

En la asociación contención física-dispositivos de seguridad, se observan ciertas similitudes y algunas diferencias. Los dispositivos de seguridad tienen una finalidad preventiva, sin tener necesariamente una base en la evidencia, y tratan de evitar la enfermedad reinante, que es una enfermedad consustancial (Foucault, 2006). Del mismo modo, las contenciones físicas son empleadas para prevenir uno de los principales síndromes geriátricos como es el riesgo de caídas, sin sustento en la evidencia científica. Además, los dispositivos de seguridad deben ser generalizables gracias a sus bajos requerimientos materiales y económicos, igual que ocurre con las contenciones físicas, cuyo gasto económico es menor que el desarrollo de otras actividades de supervisión y cuidado que, en determinados contextos de escasez, implican más recursos humanos y materiales. Igualmente, las contenciones físicas, como los dispositivos de seguridad, son empleados en una gran variedad de personas con problemas de salud mental o discapacidad, así como niños y personas mayores. Sin embargo, a diferencia de los dispositivos de seguridad que, según Foucault (2006), requieren de la condición de libertad -de movimiento, desplazamiento y circulación de personas-, las contenciones físicas justamente restringen la libertad de movimiento, siendo esta restricción su principio de acción.

Por otro lado, respecto a la disciplina, Foucault (2006) defiende que en los hospitales se prescribe y codifica lo permitido y lo prohibido, recurriendo en este caso a las contenciones físicas para regularlo. La disciplina se convierte así en una forma de poder que tiene por objetivo los cuerpos en sus detalles, incluyendo la eficacia de sus movimientos (Castro, 2011).

Son numerosas las características propias del poder disciplinario que aparecen en los hospitales de atención intermedia. Por un lado, destaca el control constante que se ejerce sobre el cuerpo, el comportamiento y el tiempo de los individuos (Foucault, 2002, 2005), lo que lleva a emplear las contenciones físicas para proteger el cuerpo de los pacientes y su movimiento, así como para manejar su comportamiento desafiante. Además, en relación a la actividad horaria, mediante las rutinas establecidas, las instituciones gestionan el tiempo de los individuos (Foucault, 2002). En este sentido, las contenciones físicas son a veces utilizadas para poder controlar a un determinado paciente y así poder seguir desempeñando el resto de las actividades asistenciales ordinarias establecidas en el cronograma, es decir, para poder cuidar de los otros pacientes. En cualquier caso, la práctica de la contención desindividualiza a quien la ejerce, invisibilizando la responsabilidad del profesional, a la vez que individualiza fuertemente la base, es decir, al paciente. Por todo ello, la contención resulta ser una práctica para el control del cuerpo, tal y como define Foucault (2005) el poder disciplinario.

Por otro lado, entre las técnicas de poder de las disciplinas se encuentra la distribución espacial de los individuos, siendo la organización de espacios arquitectónicos y funcionales complejos una de sus estrategias para mantener el orden (Foucault, 2002, 2013f). En concreto, según el principio de localización elemental, cada individuo tiene determinado un lugar, individualizándose así el espacio. Además, otra de las técnicas del poder disciplinario es la clausura, convirtiendo la institución en un lugar cerrado sobre sí mismo. En el ámbito hospitalario, cada paciente tiene una unidad, una habitación y una cama asignada, no siendo tolerado el movimiento de los pacientes fuera de los espacios permitidos. De esta forma, las contenciones son ocasionalmente empleadas para evitar la circulación de los pacientes y así impedir su entrada en las habitaciones de otros pacientes o su salida a espacios exteriores. Igualmente, en estas instalaciones disciplinarias se desarrollan emplazamientos funcionales que crean un espacio útil, especialmente en los hospitales (Foucault, 2002). En este sentido,

participantes proponen la creación de espacios comunes en los que los pacientes puedan compartir y realizar actividades recreativas y terapéuticas, generando así un entorno de vigilancia constante sin necesidad de recurrir a las contenciones físicas.

Sin embargo, hay otras características del poder disciplinario que no son aplicables al entorno sanitario descrito ni a la práctica de la contención, como la organización de la génesis o la composición de las fuerzas.

En relación a los hospitales como institución disciplinaria, Foucault (2013f) resalta tres características principales: la localización estratégica, el carácter institucional del médico, y el riguroso registro de las actividades realizadas. Sin embargo, estas características, que probablemente se cumplan en numerosos aspectos de la vida hospitalaria, no se replican en relación a la práctica de la contención. Por un lado, el médico, no adquiere un papel protagonista en esta práctica, asumiendo una función principalmente formal para respaldar la legalidad del proceso, aunque con su actitud permisiva reproduce la tolerancia institucional al uso de las contenciones físicas. Por otro lado, el sistema de registro, que es habitual en el ámbito hospitalario, no recoge de forma sistemática la aplicación de contenciones físicas en los pacientes, quedando esta práctica invisibilizada en los registros formales.

Por lo tanto, y pese a que la disciplina como concepto propio no aparece en el discurso de los profesionales respecto a los principios que rigen las instituciones, sí que un análisis desde la perspectiva foucaultiana permite identificar numerosos rasgos disciplinarios en su funcionamiento (Foucault, 2002, 2013f, 2013g). Desde esta perspectiva, las contenciones pueden ser interpretadas como mecanismos disciplinarios.

Paralelamente, algunas características de las prisiones y los hospitales en tanto que instituciones disciplinarias aparecen en los centros sanitarios actuales. Primero, Foucault (2002, 2018) pone en relieve el contexto penalizador de la prisión, en la que se llevan a cabo prácticas abusivas que el filósofo francés califica de “violencias inútiles” al haberse vuelto natural y legítimo el poder de castigar, rebajando así la tolerancia a la penalidad. En este sentido y del mismo modo que describe Foucault (2002) en el sistema carcelario, el sistema hospitalario normaliza, legitima y legaliza el poder de contener, rebajando el umbral de tolerancia a la penalidad y tendiendo a suprimir aquello exorbitante de la práctica de la contención. Como consecuencia, se infligen castigos legales (se contiene) en un contexto de normalización que los libera de todo exceso y violencia, naturalizando el poder legal de castigar y legalizando el poder técnico de disciplinar, por lo que se llegan a considerar terapéuticos los mecanismos punitivos. En esta línea, según Haslam y Loughnan (2014), en el contexto de la deshumanización, el tratamiento punitivo de las personas animalizadas puede reflejar la creencia de que no son agentes morales y, consecuentemente, son incapaces de controlarse, por lo que el tratamiento punitivo se vuelve necesario. Además, en una sociedad disciplinaria, el castigo tiene una función correctiva con un receptor fundamental: el cuerpo del individuo (Foucault, 2002). Esta lógica sería igualmente aplicable a la práctica de la contención que, en un contexto de seguridad y sin respaldo de la evidencia científica, sitúa a las contenciones físicas como una actividad de cuidado para garantizar la seguridad física del paciente, obviando la dimensión moral de dicha práctica.

Segundo, Foucault (2002, 2013f, 2018) destaca la importancia del conocimiento del preso en las prisiones y del enfermo en los hospitales. Este principio también debería aplicarse en los hospitales de atención intermedia, siendo este un valor fundamental para poder implantar unos cuidados centrados en la persona y, consecuentemente, unos cuidados libres de contenciones. Del mismo modo que en la prisión la información debe ir más allá de la decisión judicial -

incluyendo la dimensión biográfica-, en los centros sanitarios la información sobre el paciente debe ir más allá de su situación clínica, incluyendo su situación basal y su historia de vida, para poder planificar los cuidados y orientarlos a sus necesidades y sus preferencias. Desde esta perspectiva, tanto el preso en la prisión como el paciente en los hospitales se convierten en objetos de saber para su transformación o recuperación.

Tercero, el poder disciplinario es un poder anónimo, sin rostro (Foucault, 2005), lo que también ocurre en la práctica de la contención, donde lo importante no es quien contiene, pues éste queda invisibilizado de hecho. Sin embargo, se produce una individualización hacia la base, en este caso, en el cuerpo del enfermo.

En este contexto de seguridad y disciplina, Foucault (2002, 2005, 2006) subraya el papel de la vigilancia como técnica necesaria para el funcionamiento tanto de los dispositivos de seguridad como de los mecanismos disciplinarios. El filósofo francés defiende que la visibilidad continua y perpetua permite al poder disciplinario ser omnipresente y actuar constantemente, integrándose así en la institución y evitando el uso de técnicas más físicas o violentas.

Sin embargo, en las instituciones sanitarias la supervisión constante de los pacientes no es siempre posible. En concreto, la distribución de las unidades, en las que las habitaciones son individuales o dobles, dificulta la observación constante de los pacientes -ante la percepción de falta de recursos humanos para conciliar dicha responsabilidad con el cuidado de los otros pacientes-. Además, los hospitales se organizan en torno a unas normas rígidas no asociadas al riesgo y sí a la distribución espacial, lo que significa que el vagabundeo, especialmente si implica que el paciente pueda entrar en otra habitación, es visto como un problema o un peligro para la convivencia en la unidad. De esta forma, cuando los profesionales no pueden garantizar ellos mismos la vigilancia y la seguridad de los pacientes, se ven obligados a recurrir a otros medios como las contenciones físicas. Por lo tanto, tal y como defiende Foucault (2002, 2005, 2006, 2012a), los hospitales se convierten en instituciones disciplinarias en las que se expresa la microfísica del poder a través del panoptismo, la estructura física que permite dicha vigilancia e intervención. En este caso, más allá de la arquitectura -pues el panoptismo adquiere un valor terapéutico al incluir la organización del espacio, la distribución espacial de los individuos, la circulación en el espacio, además de la propia disposición arquitectónica-, las unidades de hospitalización funcionan como una institución panóptica en las que las estructuras de vigilancia deben ser omnipresentes y estar encaminadas a la prevención de accidentes, recurriendo a las contenciones físicas para mantener el control y la seguridad del paciente cuando su supervisión no es posible. De esta forma, se produce la normalización y la normativización del uso disciplinario de las contenciones físicas por causas ajenas al paciente -especialmente la falta de recursos institucionales comentados al inicio de este apartado- y por conveniencia profesional e institucional, tras haber generado un entorno asistencial en las que las necesidades de los pacientes son secundarias a las de los profesionales, tal y como señala Paterson (2011).

Por lo tanto, a partir de la lógica foucaultiana, los hospitales de atención intermedia son espacios de poder -poder ejercido sobre el cuerpo de los pacientes-, siguiendo los principios del modelo biomédico que los rige y utilizando la disciplina como instrumento terapéutico. Las contenciones físicas se convierten entonces en dispositivos de seguridad y mecanismos disciplinarios para ejercer la microfísica del poder, individualizándose el poder disciplinario -tal y como defiende Foucault (2002, 2005, 2013f, 2013g)- en su base: el cuerpo del enfermo.

8.5.3. La institución frente al cuidado con contenciones y el cuidado sin contenciones

Una vez discutidos los discursos de seguridad y disciplina presentes en los centros sanitarios, es posible analizar el posicionamiento de las instituciones frente a la práctica de la contención y, posteriormente, su falta de implicación en el cuidado sin contenciones.

Por un lado, destaca la falta de implicación institucional en contra del uso de las contenciones físicas, manteniendo una postura tolerante y permisiva respecto a la práctica y sin llevar a cabo estrategias de control ni eliminación.

En relación a la práctica de la contención física, está recogida y normativizada por las instituciones (excepto en una de ellas que, en el momento en el que se realiza el estudio, la tolera como práctica habitual sin regularla) en forma de protocolos asistenciales. Sin embargo, ni las instituciones ni los profesionales que las gestionan llevan a cabo una estrategia de control que supervise el uso que se hace de esta actividad (incluyendo su frecuencia de uso) o que ésta se aplique en base a las indicaciones recogidas en el protocolo. Además, desde la institución no se regula que las contenciones aplicadas se ajusten a la normativa vigente, por lo que el uso del consentimiento informado es irregular en cuanto a aplicación, forma y registro, tal y como se ha comentado repetidamente. Por lo tanto, las contenciones físicas, a diferencia de las caídas, no quedan registradas y, consecuentemente, no pueden ser cuantificadas, es decir, quedan institucionalmente invisibilizadas. En definitiva, la institución tolera el uso de las contenciones en base a criterios individuales y colectivos, independientemente de lo recogido en sus protocolos o la evidencia científica, habiendo permitido la normalización de la práctica, en lugar de actuar como garante de su cumplimiento normativo.

Dicho de otro modo, y con una mirada foucaultiana del fenómeno, las contenciones físicas se han convertido en un ilegalismo, es decir, la no aplicación de la regla (Foucault, 2002). En concreto, las contenciones se han consolidado en la práctica clínica como un ilegalismo tolerado, un elemento rutinario y necesario en la actividad asistencial. En este sentido, Foucault defiende que los ilegalismos, además de estar aceptados por la población -en este caso, profesionales y familiares-, están profundamente anclados y son positivos y necesarios para la vida social -en este caso, la actividad asistencial hospitalaria-.

Además, a partir del discurso de los profesionales, parece que el control de la práctica de la contención no sea una función propia de los responsables directos de las unidades. En este sentido, los participantes identifican a determinadas coordinadoras de enfermería como líderes para la supervisión de la práctica y el cambio de paradigma, pero asociándolo a su particular compromiso con la reducción del uso de contenciones en el cuidado de los pacientes de la unidad y no a la institución.

Todo esto ocurre en un contexto de falta de espacios y dinámicas de reflexión conjunta. Por una parte, hay una falta de discusión y abordaje interdisciplinar de los casos concretos de pacientes contenidos. En concreto, es una práctica tan normalizada y permitida que en las reuniones de equipo interdisciplinar no es un tema que se aborde de forma sistemática. Esta discusión se produce principalmente cuando ha habido algún incidente, pero no para valorar la indicación de mantener la contención o su retirada. En esta línea, la bibliografía ya apunta a la falta de tiempo para valorar conjuntamente el uso de las contenciones físicas con otros profesionales como un determinante de la práctica (Goethals et al., 2012). En este caso, los participantes no hacen alusión directa a la falta de tiempo, pero en su discurso sí ponen de manifiesto la ausencia de

dinámicas de trabajo que promuevan dicha reflexión. Esta ausencia de abordaje conjunto refleja el modelo biomédico en el que se encuadran también dichos encuentros, siendo los entornos de cuidado centrados en el modelo biomédico más proclives a recurrir a las contenciones físicas según Paterson (2011). Sin embargo, al ser un espacio de discusión conjunta en el que se valora la situación de los pacientes desde las perspectivas de los diferentes profesionales, como si de un puzzle se tratase, las reuniones de equipo interdisciplinar serían el espacio idóneo para integrar el uso de las contenciones físicas en los pacientes como una pieza, y abordar su manejo desde las aportaciones de todos los profesionales implicados.

Por otra parte, y de forma más marcada, hay una ausencia de reflexión conjunta respecto a la contención física como práctica de cuidado. En este sentido, la mayoría de los profesionales niega que exista algún debate en el interior de los equipos ni de las instituciones sobre el modelo de cuidado que se quiere ofrecer. Únicamente los profesionales con actitudes anti-contención física comentan que comparten sus opiniones respecto a este modelo de cuidado con compañeros ideológicamente afines a ellos, buscando su complicidad, planificando estrategias para reducir su uso y afrontando así sus conflictos éticos derivados de la práctica. En cualquier caso, estos puntos de encuentro surgen de forma espontánea y *desde abajo*, sin la participación de la institución. Esta complicidad entre algunos compañeros debería ser promovida y potenciada al implementar un modelo de cuidado alternativo, creando una red de resistencia que sustente el cambio de paradigma.

En este sentido, Palazzo (2012) defiende que, para superar la ceguera moral, debe promoverse una atmósfera de deliberación abierta, democrática y crítica. Por lo tanto, sería necesario que desde la institución se creen espacios y dinámicas para la reflexión ética conjunta, revisando los casos de los pacientes contenidos y, más allá, reflexionando sobre si el uso de contenciones es acorde, o no, con la visión del modelo de cuidados que tanto los profesionales como la institución quieren promover.

Por otro lado, además de consentir el uso de las contenciones físicas, las instituciones no se comprometen activamente con el cuidado sin contenciones. Como muestra de ello, destaca la formación ofrecida a los profesionales en relación a las contenciones físicas por parte de la institución. La mayoría de los centros forman a sus profesionales en la aplicación técnica de la contención, pero no en la sensibilización para evitar su uso. En este sentido, la evidencia identifica la formación como un pilar fundamental para poder implementar unos cuidados libres de contenciones (Abraham et al., 2020; Eskandari et al., 2018; Gulpers et al., 2011; Kong, Song, et al., 2017; Lan et al., 2017; Möhler et al., 2011; Testad et al., 2016; Tortosa et al., 2016). Además, en uno de los centros que sí inició un proceso de transición hace un modelo de cuidado libre de contenciones, el proyecto no se consolidó suficientemente y la irrupción de la pandemia por COVID-19 provocó un retroceso en los avances alcanzados. Esto demuestra la necesidad de que la institución se comprometa firmemente con el cuidado sin contenciones, para generar el cambio y que este se mantenga aun cuando las circunstancias sean adversas.

Igualmente, a la falta de compromiso institucional, hay que añadir la falta de compromiso gubernamental. A nivel *macro*, aunque se producen avances como el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, 2022), es necesario que se cree una legislación que sea de obligado cumplimiento y que regule el uso de las contenciones físicas en todos los ámbitos asistenciales. La (escasa) legislación que regula la práctica actualmente es desconocida por los profesionales y, aunque no afecta directamente a los hospitales de atención intermedia, las instituciones no trabajan para que el uso de las contenciones físicas sea acorde a ella.

Por todo lo visto hasta ahora, los factores estructurales impactan de forma clara en la deshumanización sanitaria, tal y como recoge la bibliografía (Ávila-Morales, 2017; Drury et al., 2017; Haque & Waytz, 2012). En concreto, es posible afirmar que la institución permite la normalización de la contención, a la vez que con su falta de compromiso impide la implantación de un modelo de cuidado sin contención. Es decir, las contenciones físicas son empleadas ante la omisión de la institución. Según los profesionales, las contenciones son permitidas por la institución, que no participa ni directa ni indirectamente en su aplicación, llegando a reconocer que, si el centro quisiese limitar su uso, ellos las dejarían de emplear. Por lo tanto, es necesario que los gestores de los centros de atención intermedia dejen de tener una actitud pasiva frente a la práctica y promuevan activamente unos cuidados libres de contenciones. En concreto, es necesario que los gestores pasen a participar en la toma de decisiones relativas al uso de las contenciones físicas que, actualmente, se acuerdan en el nivel *micro*, sin elevarse al *meso*. En cualquier caso, la institución debe dejar de ser un entorno que favorezca y permita la contención física para implementar unos cuidados centrados en la persona y libres de contenciones.

8.6. Hacia una cultura sin contenciones físicas

En este apartado, tras haber discutido los discursos y la práctica de la contención física, se analiza el conjunto de acciones encaminadas a implementar un cuidado libre de contenciones, siendo algunas de ellas una realidad en la práctica asistencial y otras un requisito para que pueda producirse dicho cambio. Para ello, se describen las actividades que tanto los profesionales que llevan a cabo prácticas de normalización, como los que desarrollan acciones de resistencia e, incluso, la institución, ya están desplegando. Finalmente, se discuten aquellos aspectos que, según los profesionales, deben modificarse para que el cuidado sin contenciones sea una realidad.

8.6.1. *El cuidado sin contención: un modelo ideal, pero ¿utópico e inseguro?*

Empezando por la visión que tienen los profesionales del cuidado sin contenciones, cabe destacar que es escasa la bibliografía que ha analizado esta perspectiva del modelo. El cuidado sin contenciones es valorado positivamente por los profesionales -independientemente de sus actitudes frente a las contenciones físicas-, que lo definen como un modelo ideal de cuidado, más humano, holístico y respetuoso e, incluso, como un logro el día que se consiga (pese a no percibir el uso de las contenciones en el modelo actual como un fracaso). Sin embargo, también es valorado por algunos profesionales más favorables a las contenciones físicas como un modelo utópico e inseguro para el paciente, cuestionando las posibilidades de su aplicación real en el ámbito asistencial del estudio. En este sentido, algunos profesionales muestran falsas creencias en relación con el cuidado sin contenciones y sus implicaciones. Para ellos, se trata de un modelo de cuidado que requiere de una dedicación exclusiva, lo que es incompatible con el cumplimiento de toda la actividad asistencial de la unidad. Sin embargo, la evidencia científica demuestra que los programas de retirada de contenciones no implican un aumento de los recursos humanos (Möhler et al., 2011; Urrutia Beaskoa, 2015). Además, este miedo refleja las falsas creencias construidas en torno al cuidado sin contenciones por parte de algunos profesionales, que asocian la no contención con la vigilancia continua (y, paralelamente, la contención a la posibilidad de no vigilar), sin plantearse la reorganización funcional y espacial de la supervisión. Por el contrario, algunos profesionales más críticos con las contenciones físicas

defienden la posibilidad de aplicar un cuidado libre de ellas, dado que las han evitado en determinadas ocasiones.

En cualquier caso, vale la pena recordar que la mayoría de los profesionales que han participado en el estudio no han recibido formación sobre el uso ético de las contenciones físicas, por lo que su opinión respecto al modelo se basa en creencias y suposiciones propias y colectivas. Como consecuencia, el cuidado sin contenciones les genera incomodidad, que argumentan a partir de la inseguridad del modelo (no basado en la evidencia) y la presencia de barreras institucionales. Por lo tanto, es necesario formar a los profesionales, tal y como recogen tanto las intervenciones de retirada como los programas que promulgan un cambio en el modelo de cuidado. Esto permitiría aproximarles a las experiencias que ya se han desarrollado en entornos asistenciales similares al suyo, para que así tomen conciencia de la factibilidad y los beneficios alcanzados al aplicar unos cuidados libres de contenciones físicas, así como de la necesidad de dicho cambio.

Pese a esta visión del cuidado sin contenciones, en la actualidad, los profesionales -tanto desde la normalización como desde la resistencia- ya están desarrollando acciones en esta dirección, como la valoración y el tratamiento de la causa subyacente, mientras que hay otras que los participantes consideran necesario implementar, como la adquisición de dispositivos electrónicos o la mejora de la comunicación y el trabajo en equipo.

8.6.2. Los brotes verdes que aparecen entre las prácticas de normalización

En primer lugar, tal y como se ha mostrado en los resultados, incluso los profesionales que desarrollan prácticas de normalización están llevando a cabo acciones encaminadas a reducir el uso de las contenciones físicas, a la vez que algunos están cuestionando hasta qué punto la prevención del daño debe regir los cuidados a las personas mayores.

En numerosas ocasiones, los profesionales realizan estas acciones a partir de los conflictos éticos y el estrés moral derivados del uso de las contenciones físicas, reduciendo así el impacto que la práctica tiene en ellos y en los pacientes. La propia presencia de estrés moral ante este uso ya denota que los profesionales están siendo conscientes de los problemas éticos derivados de la contención y que, en mayor o menor medida, les genera incomodidad. De esta forma, el sufrimiento provocado por el estrés moral empuja a los profesionales a actuar, pese a la presencia de barreras internas y externas que les impiden llevar a cabo una práctica libre de contenciones (McCarthy & Gastmans, 2015).

En concreto, entre las acciones para afrontar el estrés moral, destaca lo que se ha denominado la humanización de la contención, así como la restricción de su uso al estricto manejo de la situación aguda. En cierta forma, los profesionales identifican una serie de barreras internas – especialmente la falta de formación- y externas -como la falta de recursos para hacer frente a la elevada carga asistencial- que los llevan a tener que recurrir a las contenciones físicas. Por lo tanto, ante la necesidad de utilizarlas, ellos hacen lo que está en sus manos: aplicarlas de la forma menos restrictiva y más humana posible. Esta aplicación empática y humanizada de las contenciones reduce el impacto que éstas generan en el paciente, mejorando así su vivencia, a la vez que alivian el propio sufrimiento del profesional.

En esta línea, los profesionales explican y buscan la aprobación del paciente para aplicar la contención, aflojan las contenciones o proponen actividades a los pacientes tras su aplicación para tratar de mejorar su experiencia al ser contenidos. Al intentar pactar con el paciente y

obtener su aprobación, éste no está otorgando su consentimiento informado tal y como se establece legalmente, pero permite a los profesionales afrontar su propio conflicto ético y dejar de sentir que están llevando a cabo una práctica impuesta para el paciente y en contra de su voluntad. De lo contrario, los profesionales perciben que, si el paciente rechazase la contención, como igualmente sería contenido, se podría sentir enjaulado o castigado y es esta justamente la sensación que los profesionales quieren evitar con estas acciones. En relación a dejar las contenciones “lo más flojas posible”, debería ser una práctica más controlada para evitar que pueda aumentar el riesgo de lesión en los pacientes y, además, refleja que la situación en la que se están aplicando no reviste gran gravedad y, por lo tanto, tal vez podrían ser evitadas. Este uso minimizado de la contención discrepa del discurso de algunos profesionales que asocian la contención segura a aquella que implica la sujeción en 3 o 5 puntos. Todo ello pone de manifiesto que los profesionales tienen una mirada crítica con las contenciones, siendo conscientes de que es una práctica desagradable y no deseable para el paciente, por lo que, en la medida de lo posible, tratan de evitar que suponga una experiencia negativa para él. En definitiva, independientemente del objetivo con el que inicialmente se plantean estas acciones, lo cierto es que están encaminadas a reducir el uso de las contenciones físicas.

Además, las actividades planteadas como alternativas a la contención por parte de estos profesionales incluyen la valoración y el tratamiento de la causa subyacente a la agitación, el acompañamiento emocional y la contención química. Dicha valoración es vista como una alternativa a la contención física, en lugar de ser identificada como un paso previo a su aplicación, especialmente cuando los profesionales reconocen que algunas de las causas más habituales de desorientación en las personas mayores, como el dolor o la infección urinaria, son de fácil identificación y manejo. Esto además pone de manifiesto el uso rutinario que se hace de las contenciones físicas para el manejo sintomático de los cuadros confusionales y a partir de los antecedentes de los pacientes. En esta línea, los profesionales también despliegan sus habilidades para el acompañamiento emocional y la reorientación de los pacientes, especialmente como una actividad previa a la aplicación de las contenciones y con la intención de evitarlas. Sin embargo, en lugar de plantearse como una alternativa a la contención, el acompañamiento emocional de los pacientes debería formar parte de cualquier intervención de cuidado. Además, la reorientación de los pacientes es una actividad fundamental que debe llevarse a cabo de forma temprana en aquellos que presentan desorientación. En cualquier caso, debe tenerse presente que el uso de las contenciones físicas debe evitarse en el manejo del delirium (American Geriatrics Society, 2014; González-Glaría et al., 2018; Registered Nurses' Association of Ontario, 2012, 2016; SEGG, 2014; Urrutia Beaskoa, 2015). Finalmente, en cuanto a la contención química, también es identificada como una de las (principales) alternativas a la contención física. Sin embargo, esta creencia discrepa de los modelos de cuidado libre de contenciones, que defienden la racionalización y la eliminación de la medicación psicotrópica como un requisito para retirar las contenciones físicas (Urrutia Beaskoa, 2015). Además, los estudios realizados demuestran que la retirada de las contenciones físicas no se acompaña de un aumento de la química (Abraham et al., 2020; Gulpers et al., 2011, 2012; Köpke et al., 2012; Möhler et al., 2011; Muñoz et al., 2016; Tortosa et al., 2016; Urrutia Beaskoa, 2015).

En cualquier caso, es necesario destacar que el abordaje preventivo y terapéutico es fundamental en el cuidado a las personas mayores, debiendo prestar especial atención al tratamiento etiológico del desencadenante del delirium y evitando el abordaje únicamente sintomatológico dirigido al trastorno de comportamiento a través del uso de la contención física y/o química (González-Glaría et al., 2018; Registered Nurses' Association of Ontario, 2012, 2016; SEGG, 2014; Urrutia Beaskoa, 2015). En este sentido, es fundamental identificar las causas

subyacentes y los factores contribuyentes al delirium mediante valoraciones clínicas y desde un abordaje interdisciplinar. Posteriormente, es necesario implantar intervenciones no farmacológicas, incluyendo el fomento del sueño y la movilización, que pueden reducir la gravedad y la duración del delirio (Registered Nurses' Association of Ontario, 2016), siendo el efecto contrario el que se consigue a través de las contenciones físicas. Además, la evidencia no avala el uso de psicofármacos para prevenir ni para tratar el delirium, al no disminuir su incidencia, su gravedad, su duración ni su mortalidad, mientras que pueden provocar efectos adversos y empeorar el curso y el pronóstico del delirium (González-Glaría et al., 2018; Registered Nurses' Association of Ontario, 2016; Siddiqi et al., 2016). En cambio, es necesario priorizar el abordaje no farmacológico como la herramienta terapéutica fundamental (González-Glaría et al., 2018), es decir, el cuidado enfermero. Sin embargo, los profesionales no identifican claramente cuáles son las medidas no farmacológicas o actividades de cuidado que deben implementar para cuidar sin recurrir a las contenciones físicas, obviando así, por ejemplo, la necesidad de promover la movilización del paciente y su ejercicio físico o el establecimiento de rutinas, tal y como defienden los modelos y las intervenciones para su retirada (Registered Nurses' Association of Ontario, 2012; Urrutia Beaskoa, 2015). Desde esta perspectiva, el cuidado sin contenciones ofrece una oportunidad para el trabajo interdisciplinar, integrando a fisioterapeutas o terapeutas ocupacionales.

Por otro lado, los profesionales identifican como alternativa la descontentión del paciente en presencia de los familiares. La implicación de la familia es una intervención fundamental en el manejo del paciente con delirio, precisando informar a los familiares para que comprendan la situación y puedan participar en la reorientación del (Registered Nurses' Association of Ontario, 2016). Sin embargo, para ello, son necesarios cambios en los modelos de cuidados para que se centren más en la persona y su familia, debiendo considerarlos en conjunto el núcleo de los cuidados para que puedan ser a la vez receptores de cuidados y miembros activos del cuidado de la persona hospitalizada. En cualquier caso, es fundamental conocer la disponibilidad y las habilidades de los familiares para participar en dicho cuidado, sin juzgarles en caso de ausencia o falta de implicación. Paralelamente, el discurso de los profesionales abre la puerta a ampliar el concepto de acompañamiento más allá de los familiares, debiendo valorarse otros modelos como el realizado por parte de voluntarios que podrían suplir la ausencia de los familiares. En esta línea, las instituciones tienen la posibilidad de reforzar este servicio y plantearlo como un recurso para evitar las contenciones físicas. Incluso, nuevas propuestas educativas, como el aprendizaje-servicio, que combina el proceso de aprendizaje y servicio a la comunidad, ofrecen la posibilidad de realizar un voluntariado intergeneracional, lo que podría materializarse en un servicio de acompañamiento a las personas mayores hospitalizadas. Además, en caso de realizarse entre estudiantes de ciencias de la salud posibilitaría que estos fuesen más sensibles respecto de las necesidades de acompañamiento de los pacientes.

En definitiva, pese a ser acciones planteadas por los profesionales como actividades alternativas a las contenciones físicas, según las guías de práctica clínica, estas deberían ser intervenciones realizadas de forma temprana en el manejo del paciente con delirium o con riesgo de caídas. Incluso, en el caso de la contención química, debería ser un elemento a evitar en el modelo de atención libre de contenciones físicas, no pudiendo entender la contención química como una alternativa a la física (pues, al contrario, debido a los efectos de la contención química, ésta se asocia a un abuso de la física). En cualquier caso, mediante todas estas acciones, los profesionales tratan de contener menos, lo que demuestra que, incluso en un contexto de normalización, ya hay profesionales que se cuestionan su propia práctica y actúan en consecuencia, reduciendo el uso de las contenciones físicas y minimizando su impacto.

Entonces, es necesario aprovechar esta sensibilidad y dotar a los profesionales de formación y recursos para que puedan desarrollar su práctica éticamente y cuidar sin recurrir a las contenciones físicas. Muy especialmente, es fundamental profundizar en las actividades de cuidado no farmacológicas para poner en marcha un cambio en el modelo de atención que integre a profesionales de diferentes disciplinas y a voluntarios. Además, es imprescindible romper con la creencia compartida que asocia el cuidado sin contenciones físicas con la contención química.

8.6.3. Los profesionales de la resistencia: líderes informales del cuidado sin contenciones y catalizadores del cambio

En segundo lugar, los profesionales que llevan a cabo acciones de resistencia están liderando el camino hacia la racionalización del uso de las contenciones físicas en el cuidado a las personas mayores ingresadas en los hospitales de atención intermedia. Actualmente, el objetivo de estos profesionales no es tanto el cuidado sin contenciones, sino reducir su uso y minimizar su impacto en su ámbito de actuación. Los profesionales son conscientes de que, individualmente, su capacidad para cambiar el modelo de cuidado es limitada, por lo que debe ir acompañado del compromiso colectivo y organizacional.

Pese a que algunas acciones de resistencia se pueden desarrollar a partir del estrés moral (tal y como se acaba de comentar), la mayoría se fundamentan en el posicionamiento ético de los profesionales ante las contenciones físicas, entendido como el coraje moral. De esta forma, el coraje moral abre el campo a la reflexión ética y empuja a los profesionales a realizar acciones de resistencia (Devos-Barlem et al., 2013; Moreno-Mulet, 2018). Las acciones de resistencia se caracterizan por oponerse a la realización de ciertas acciones cuyo ejercicio resulta insoportable para el individuo que las realizaría. En este sentido, estas resistencias no tienen por qué mejorar la situación del individuo, basta que este se oponga a la realización de determinadas prácticas (Foucault, 2006). Por lo tanto, desde una perspectiva foucaultiana, se podría decir que estos profesionales “dejan de jugar” con las normas impuestas, aunque su capacidad de acción aún no está evitando “que el juego continúe” (Foucault, 2013e). Además, estos profesionales se convierten en (potenciales) líderes informales, poniendo de manifiesto la importancia de los profesionales con perfiles expertos y comprometidos para ejercer *desde abajo* dicho liderazgo y catalizar el proceso de cambio, ante la falta de liderazgo institucional.

En concreto, entre las acciones de resistencia que desarrollan estos profesionales destacan algunas actividades que realizan los profesionales desde la normalización, aunque con importantes diferencias que van a ser analizadas a continuación. Es el caso de la valoración y el tratamiento de la causa subyacente a la agitación o el uso de la contención química. Por un lado, la valoración y el tratamiento de la causa subyacente, lejos de ser vistos como alternativas a la contención física, son identificados como el primer paso del proceso asistencial en el manejo del paciente con delirium y, por lo tanto, la contención se aplica tras su fracaso. De esta forma, los profesionales rechazan el uso de contenciones físicas y/o químicas como la primera opción para el manejo del delirium, tal y como recomienda la bibliografía (González-Glaría et al., 2018; Registered Nurses' Association of Ontario, 2012, 2016; SEGG, 2014; Urrutia Beaskoa, 2015). Por otro lado, la contención química genera el mismo rechazo entre estos profesionales, que tratan de racionalizar y reducir su uso paralelamente a la retirada de las físicas. Desde esta perspectiva, los profesionales consideran la contención física como una medida potencialmente justificada hasta conseguir el efecto deseado mediante la medicación neuroléptica. De esta forma, la

sujeción mecánica se convierte en una medida temporal y transitoria, no considerando así la medicación psicotrópica como una alternativa, sino como un fin en sí mismo.

En la misma línea, los profesionales llevan a cabo otras acciones de resistencia como la movilización supervisada. Esto demuestra el cambio en la mirada de estos profesionales que, en lugar de verla como un problema, la identifican como un aspecto a trabajar, tal y como defiende la evidencia (Registered Nurses' Association of Ontario, 2012, 2016; Urrutia Beaskoa, 2015). Además, esto pone de manifiesto la necesidad de fomentar y potenciar el trabajo en equipo interdisciplinar para que la rehabilitación del paciente esté totalmente integrada en su día a día en la unidad de hospitalización. Asimismo, la adaptación del entorno es reconocida y practicada como un elemento fundamental en la evitación de las contenciones físicas, como apuntan las guías de práctica clínica (Registered Nurses' Association of Ontario, 2012, 2016). De esta forma, esta medida, que los profesionales desde la normalización identifican como una necesidad para implementar unos cuidados sin contenciones, ya se está llevando a cabo individualmente por parte algunos profesionales, lo que demuestra la factibilidad de su realización. Finalmente, más allá de descontener al paciente en presencia de su familia, los familiares son reconocidos e involucrados en los cuidados, cambiando también la mirada utilitarista hacia ellos. Paralelamente, hay profesionales que llevan a cabo acciones de resistencia más concretas, como la obstaculización de la aplicación de las contenciones físicas (incluyendo la presión a otros compañeros para que cumplan estrictamente con el protocolo de aplicación de contenciones físicas y obtengan el consentimiento informado de la familia) o la descontención (incluso la no aplicación de la contención) de pacientes que, según su criterio, no la precisan.

Igualmente, estos profesionales restringen el uso de las contenciones físicas al estricto manejo de la situación aguda, justificándolas únicamente como una medida excepcional y desde la proporcionalidad, rechazando explícitamente su uso normalizado y cronificado. En esta línea, Tolson (2012) reclama equilibrio entre la protección de las personas de sus propias acciones, la protección de los demás y el tipo de intervención utilizada para el control de la situación. Estos principios son los que deberían regir la práctica habitual de la contención y demuestran que su retirada temprana es posible. Además de estas acciones de resistencia, estos profesionales tratan de fomentar el cuidado sin contenciones entre sus compañeros, buscando influir en sus actitudes y sus prácticas y así, mediante un efecto contagio, encontrar aliados en esta transición.

Del mismo modo que las acciones realizadas desde la normalización, estas acciones también están encaminadas a la reducción del uso de las contenciones, aunque en este caso están mucho más orientadas a ello y son realizadas de forma más consciente por los profesionales. Sin embargo, la falta de liderazgo y apoyo organizacional impiden que estos profesionales profundicen en el camino iniciado individualmente. Esto demuestra una vez más que ser contenido, o no, varía según la visión, la voluntad y las capacidades del profesional que esté al mando de los cuidados, más allá de los protocolos asistenciales.

La realización de estas acciones de resistencia pasa por asumir riesgos y por una mayor dedicación de los profesionales. Todo ello pone de manifiesto la posibilidad de trabajar hacia una atención más libre de contenciones físicas desde el compromiso colectivo e institucional, pues ya hay profesionales que individualmente están llevando a cabo acciones en esta dirección. Es importante que, desde las instituciones, se reconozca la labor de estos profesionales y las acciones que están realizando, a la vez que se potencie su compromiso para liderar el cambio en el modelo de cuidados.

8.6.4. *Las incipientes y discretas acciones institucionales hacia el cuidado sin contenciones*

En tercer lugar, desde las instituciones también se observan algunas acciones orientadas al cuidado sin contenciones físicas.

Muy especialmente, algunos profesionales reconocen la influencia de algunas coordinadoras de enfermería en la reducción del uso de las contenciones físicas en el cuidado de los pacientes ingresados. Al cuestionar la aplicación de determinadas contenciones físicas y al animar a los profesionales a emprender acciones que impliquen su retirada, estas coordinadoras de enfermería acaban impactando directamente en la práctica de los profesionales asistenciales, por lo que son reconocidas como garantes de un uso racional de las contenciones. Ello refleja la importancia del liderazgo de los gestores, liderazgo que puede conducir a un cambio en el modelo de cuidado si cuenta con la adecuada provisión de recursos para acompañar a los pacientes. Además, es necesario que el control institucional del uso de las contenciones físicas a través las coordinadoras de enfermería se formalice y se reconozca como una competencia propia de estas enfermeras. Por último, desde el ámbito competencial enfermero, el cuidado sin contenciones es una oportunidad para demostrar la capacidad de liderazgo disciplinar, tanto por parte de las enfermeras asistenciales -especialmente de aquellas especialistas en enfermería geriátrica- como de aquellas que ocupan cargos de gestión.

Paralelamente, y aunque esto no se da de forma tan generalizada, también se están creando grupos de trabajo compuestos por profesionales de diferentes disciplinas y con un perfil tanto asistencial como gestor. El hecho de que estos grupos de trabajo estén conformados por un equipo interdisciplinar permite integrar las miradas de otros profesionales (especialmente del ámbito de la rehabilitación) que habitualmente no son reconocidos como miembros activos de la toma de decisiones relativas al uso de las contenciones físicas, pero que, a través su trabajo, pueden facilitar alternativas a las contenciones físicas. De esta forma, estos grupos de trabajo se convierten en espacios éticos en los que reflexionar sobre el modelo de cuidado y establecer líneas de actuación para implementar una atención centrada en la persona y sin contenciones. En este sentido, los marcos teóricos de implementación de la evidencia clínica señalan la importancia de integrar a los destinatarios en el diseño de las prácticas, teniendo en cuenta sus puntos de vista, sus creencias y sus actitudes (Harvey & Kitson, 2016; Rycroft-Malone et al., 2013). Desde esta perspectiva, los destinatarios son valorados como elementos clave para apoyar el cambio, por lo que la transformación en las instituciones sanitarias será más efectiva y perdurará en el tiempo cuando surja *desde abajo* y cuente con el compromiso de quienes tienen que llevarla a cabo, sin ser impuesta *desde arriba*. Por lo tanto, la creación de estos espacios supone una gran potencialidad para implantar un modelo de cuidados sin contenciones físicas que cuente con el compromiso de todos los integrantes (profesionales asistenciales y gestores), sintiéndolo así como un proyecto propio y autoconstruido, a la vez que moldeado a las necesidades particulares de cada organización.

A estas acciones se pueden sumar otras como la revisión de los protocolos asistenciales o la adquisición de dispositivos electrónicos que alertan a los profesionales ante la movilización de los pacientes.

En cualquier caso, es necesario que la institución se comprometa en mayor medida con el cambio de paradigma y que el cuidado sin contenciones sea una línea estratégica prioritaria para que se emprendan acciones encaminadas a ello. En este sentido, Tronto (2010) defiende que la cultura de las organizaciones que cuidan bien se sustenta en tres pilares: el propósito de la

atención, el reconocimiento de las relaciones de poder y la necesidad de una atención plural pero individualizada de las necesidades de las personas. Para ello, analiza los principios que conforman las instituciones de cuidado, destacando la necesidad de reconocer a los usuarios, sus capacidades y sus necesidades particulares, así como la de incluirlos en la toma de decisiones. Además, es fundamental que las instituciones reconozcan el cuidado como un proceso, no como una mercancía, y que sus directrices estén alineadas con la adecuada y completa provisión de cuidados.

8.6.5. La hoja de ruta para alcanzar unos cuidados sin contenciones

En cuarto lugar, los profesionales identifican una serie de necesidades para poder ofrecer unos cuidados libres de contenciones físicas, centradas tanto en la familia, como en los profesionales y las instituciones.

Respecto a los requerimientos relativos a las familias, los profesionales reclaman una mayor presencia de los familiares que permita el acompañamiento físico y emocional de los pacientes. En esta línea, Urrutia-Beaskoa (2018) enfatiza en la importancia de la participación y el apoyo de la familia en el modelo de cuidado sin contenciones. Por lo tanto, va a ser necesario considerar a los familiares miembros activos en la toma de decisiones -fomentando que estas sean tomadas por representación y no por sustitución-, así como en la planificación de los cuidados, empoderándoles para que defiendan y reclamen unos cuidados centrados en la persona y libres de contenciones.

Paralelamente, esta percepción pone de manifiesto la importancia del acompañamiento en este modelo de cuidados, en el que no tiene cabida la soledad. Como se ha comentado anteriormente, es necesario buscar un modelo de acompañamiento que cubra las necesidades de los pacientes y que tanto las instituciones como las familias puedan asumir, sin reducirlo a una participación forzosa de los familiares por encima de sus posibilidades. Para ello, la inclusión de los nuevos perfiles de acompañantes en la red de cuidado, incluyendo los voluntarios o acompañantes no profesionales, permitiría asumir el acompañamiento de los pacientes hospitalizados durante las estancias prolongadas. En este contexto, los pacientes necesitan estar acompañados de personas, no tanto de profesionales (pues las necesidades de cuidado profesional ya están cubiertas con las ratios actuales).

En cuanto a las necesidades relacionadas con los profesionales, éstas se centran, principalmente, en el aumento de los recursos humanos para hacer frente a la carga asistencial y a una mayor formación. Los profesionales defienden fervientemente que es necesario un incremento (considerable) de los recursos humanos para mejorar las ratios profesionales/pacientes y, así, poder plantearse la retirada de las contenciones físicas con seguridad. Esta petición surge sobre todo de las enfermeras y las auxiliares, lo que puede explicarse a que son ellas quienes están más tiempo con el paciente y, por lo tanto, reclaman mayores recursos para su cuidado directo. Además, los profesionales también reconocen la importancia de su implicación y su dedicación como un elemento fundamental para implementar este paradigma de cuidados. Por ello, se deben desarrollar estrategias institucionales que consigan captar la atención de los profesionales asistenciales y su compromiso en este cambio de modelo.

En esta dirección, pese a no ser expresado explícitamente por los profesionales, el cuidado sin contenciones requiere del trabajo en equipo desde un abordaje interdisciplinar. Es necesario

huir de las dinámicas actuales caracterizadas por una comunicación piramidal y generar otras que aseguren el trabajo en equipo con la participación real de todos los profesionales en la toma de decisiones, teniendo en cuenta su grado de responsabilidad formal en el proceso. Además, es necesario integrar de forma activa a nuevos profesionales (como fisioterapeutas o terapeutas ocupacionales e, incluso, trabajadores sociales y farmacéuticos) en la planificación de los cuidados desarrollados en la unidad de hospitalización. Actualmente estos profesionales trabajan en los centros de atención intermedia, pero no participan en la toma de decisiones relativas al uso de las contenciones físicas ni se identifica su potencial para facilitar el cambio en el modelo de cuidados. Especialmente, estos profesionales pueden colaborar en la movilización segura de los pacientes, siendo este un pilar del modelo de cuidado sin contenciones propuesto por Urrutia-Beaskoa (2015).

Además, es necesario desarrollar políticas orientadas a la consolidación de las plantillas, facilitando que los profesionales adquieran una mayor experiencia en el cuidado del perfil de paciente ingresado en la unidad y se comprometan en mayor medida con los valores y las estrategias institucionales (entre las que debe estar el cuidado sin contenciones).

En concreto, son los profesionales que llevan a cabo acciones de normalización quienes reclaman un incremento cuantitativo de recursos humanos. Por el contrario, los profesionales con actitudes anti-contención que desarrollan acciones de resistencia defienden que son necesarias la estabilización de las plantillas, la mayor implicación de los profesionales y mejorar su formación, es decir, demandan a una mejora cualitativa de los recursos humanos.

En cualquier caso, plantear ratio utópicas e inalcanzables es obviar la retirada de contenciones físicas que otras organizaciones han conseguido con ratio similares. En este sentido, pese a señalar al aumento de plantillas y el aumento de gastos como determinantes únicos para la retirada de las contenciones físicas, es fundamental cambiar la cultura de cuidado y modificar los métodos de trabajo (Tortosa et al., 2016). Por lo tanto, es necesario que los profesionales reciban formación para que sean conocedores de las experiencias de otros centros en los que se ha alcanzado el cuidado sin contenciones en la atención del mismo perfil de pacientes con recursos similares, lo que, sin duda, ayudará a que confíen en el modelo y las posibilidades reales de su implementación.

En esta línea, los profesionales se muestran predispuestos a formarse para poder cuidar sin contenciones físicas, siendo la formación uno de los pilares fundamentales de las intervenciones dirigidas a su retirada (Abraham et al., 2020; Eskandari et al., 2018; Gulpers et al., 2011; Kong, Song, et al., 2017; Lan et al., 2017; Möhler et al., 2011; Testad et al., 2016; Tortosa et al., 2016). Es necesario prestar atención a la bibliografía que recoge los beneficios de la formación sobre los conocimientos, las actitudes y las prácticas de los profesionales (Eskandari et al., 2018; Kong, Song, et al., 2017; Lan et al., 2017; Suen et al., 2006; L. Wang et al., 2019). En concreto, los resultados del presente estudio ponen de manifiesto la importancia de la formación, siendo necesario que esta sea completa y tenga el objetivo de dotar de herramientas a los profesionales para poder cuidar sin sujeciones. En este sentido, es insuficiente que la formación se limite a perseguir la sensibilización de los profesionales, pues no permite que adquieran las competencias requeridas para modificar su práctica. Es necesario entonces el compromiso de la institución en formar masivamente a sus profesionales y que estos adquieran un compromiso colectivo por modificar su práctica.

Finalmente, respecto a los cambios relativos a la institución, los resultados ponen de manifiesto la necesidad de adaptar los entornos a las personas cuidadas y contar con los recursos que garanticen su seguridad de una forma no invasiva, incluyendo los dispositivos electrónicos.

En cuanto a los cambios del entorno, estos abarcan, por un lado, el entorno inmediato como la habitación y el mobiliario. En este sentido, las enfermeras tienen un papel fundamental que pueden y deben desarrollar para liderar la adaptación ambiental del entorno inmediato al paciente hospitalizado. Paralelamente, es posible desarrollar un trabajo interdisciplinar con los terapeutas ocupacionales para fomentar la autonomía de los pacientes.

Por otro lado, algunas adaptaciones afectan a la estructura arquitectónica de la unidad. Para llevar a cabo las modificaciones estructurales necesarias, es imprescindible el compromiso de la institución, asumiendo el coste como una inversión para poder mejorar la calidad de los cuidados ofrecidos. Estas adaptaciones arquitectónicas, junto con la necesidad de incorporar nuevos dispositivos electrónicos que alerten cuando el paciente se intenta levantar, ponen de manifiesto la necesidad de ampliar el concepto de interdisciplinariedad, más allá de los sanitarios y las disciplinas afines. En concreto, es necesario integrar en estos equipos a arquitectos para diseñar de estos nuevos espacios y a ingenieros para el desarrollo de una tecnología que contribuya a generar un espacio seguro. En cualquier caso, los espacios que se creen próximamente deben ser totalmente inclusivos. Para ello, es necesario pensar en las personas mayores con deterioro cognitivo como potenciales usuarios y, de esta forma, tanto ellas como las personas sin deterioro cognitivo se podrán beneficiar de su uso sin limitaciones ni peligros.

En definitiva, se están realizando acciones desde diferentes puntos orientadas al cuidado sin contenciones físicas, por lo que es posible creer que hay esperanza. Pero además de esperanza, hay cada vez más obligación, no sólo la obligación moral derivada del compromiso con los pacientes y los cuidados de calidad, sino obligación legal. En este sentido, la nueva Ley de Residencias establece un marco legal que contempla la retirada de las contenciones físicas como un requisito para que las residencias puedan acreditarse como centro integrado en el SAAD (Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, 2022). Sin embargo, es necesario seguir avanzando y que se establezca un margo legislativo que regule el uso de las contenciones físicas en todos los ámbitos asistenciales y que sea de obligado cumplimiento.

Desde una perspectiva foucaultiana, no basta la reforma de los cuidados -en este caso el cuidado alternativo a las contenciones-, sino que es necesario que las instituciones sean valientes y revolucionarias para promover un cuidado centrado en la persona y libre de contenciones -lo que va mucho más allá de plantear unos modelos alternativos a la práctica de la contención, pues esta, directamente, no tiene cabida ni razón de ser-. Desde esta perspectiva, es necesario cambiar el paradigma de cuidado, rehumanizando a las personas mayores y dejando atrás la cultura centrada únicamente en la seguridad para asumir los riesgos intrínsecos a la vida, lo que significa que los profesionales desplieguen todo su potencial y utilicen los recursos necesarios en beneficio de la seguridad y la dignidad de los pacientes.

8.7. Limitaciones y fortalezas del estudio

A continuación, se describen las limitaciones y las fortalezas del estudio.

La principal limitación del estudio deriva de la afectación de la pandemia por COVID-19 en el proyecto. La investigación se diseñó originalmente para llevar a cabo grupos de discusión como técnica primaria de recogida de datos, con la intención de explorar las construcciones discursivas colectivas a partir de la interacción grupal (Barbour, 2013). Además, como técnica secundaria, se habían programado entrevistas individuales para poder profundizar en aquellos aspectos que no emergieran en los grupos de discusión. Sin embargo, dada la situación de pandemia, las restricciones legales de reunión, la sobrecarga laboral de los profesionales sanitarios y el riesgo de contagio, se decidió llevar a cabo sólo entrevistas individuales. Además, dada la coincidencia temporal de la recogida de datos con el periodo de pandemia y para minimizar el impacto que esta nueva realidad asistencial hubiese podido tener en el uso de las contenciones físicas, se excluyeron aquellas unidades específicas de atención a pacientes con COVID-19.

Siguiendo con las limitaciones relativas a la recogida de datos, cabe señalar que ningún participante ha optado por realizar un diario de campo. A pesar de que en un primer momento varios participantes se ofrecieron a realizarlo, finalmente ninguno de ellos utilizó esta técnica escrita que era de carácter voluntario. Esto puede deberse a que los profesionales no hayan podido realizar el diario de campo por la elevada carga de trabajo durante la pandemia. Es posible entonces que se haya perdido la oportunidad de conocer de primera mano y en mayor medida la práctica de los profesionales.

Respecto al diseño, pese a ser un estudio etnometodológico, la recogida de datos se ha basado únicamente en técnicas conversacionales que, por otro lado, son las adecuadas para explorar los conocimientos, las actitudes y los discursos. Sin embargo, no se ha incluido la observación etnográfica, por lo que las prácticas son conocidas a partir de lo que los profesionales dicen que hacen, no directamente a partir de lo que hacen.

Además, el proyecto inicial pretendía incorporar la perspectiva de los profesionales con cargos de gestión. En concreto, tras la realización de las entrevistas a los profesionales asistenciales, se había previsto realizar entrevistas individuales a los gestores de las unidades y los centros incluidos en el estudio, tal y como puede observarse en el protocolo del estudio publicado (Carrero-Planells, Urrutia-Beaskoa, et al., 2021). Sin embargo, la mayor duración del proyecto respecto a los cronogramas iniciales junto a las limitaciones temporales derivadas de la situación personal y laboral de la investigadora principal han obligado a incluir únicamente la perspectiva de los profesionales asistenciales en esta tesis doctoral.

Finalmente, con relación a la muestra, podría parecer una limitación del estudio el hecho de que el perfil discursivo de los participantes no se organice mediante una distribución homogénea. Sin embargo, esta sobrerrepresentación discursiva de los profesionales favorables a la contención física refleja la práctica real, donde este discurso es más homogéneo que el discurso anti-contención, siendo este último minoritario y emergente.

Por el contrario, se identifican una serie de fortalezas del estudio. Gracias al análisis cualitativo de los discursos de los profesionales, ha sido posible conocer su perspectiva respecto a la cultura de la contención física en el cuidado del paciente geriátrico en los hospitales de atención intermedia. Anteriormente, se habían realizado numerosos estudios cuantitativos describiendo el uso de las contenciones físicas y explorando los conocimientos, las actitudes y las prácticas de los profesionales, así como se habían desarrollado intervenciones para su retirada. Sin embargo,

el análisis del fenómeno desde un abordaje cualitativo era necesario para profundizar en la práctica de la contención y así poder contextualizar la normalización de ésta y comprender los motivos por los que sigue tan extendido su uso pese a la evidencia disponible. A su vez, este estudio ha permitido identificar los elementos que actúan como barreras para la retirada de las contenciones físicas en un contexto asistencial determinado, los cuidados de atención intermedia.

Además, cabe destacar que la mayoría de los estudios orientados a explorar los conocimientos, las actitudes y las prácticas con relación al uso de las contenciones físicas incluyen como participantes a enfermeras y TCAE. Sin embargo, el presente estudio integra también a los médicos que, por un lado, han resultado tener un papel fundamental en la normalización de la práctica, autorizándola sin cuestionamiento y desentendiéndose de su mantenimiento, y, por otro lado, tienen la responsabilidad formal en la prescripción de las contenciones y algunos son críticos con su uso. Por lo tanto, conocer también su perspectiva del fenómeno es fundamental si se pretende reducir el uso de las contenciones físicas y que tanto su prescripción como su aplicación se ajusten a la normativa legal y a la evidencia científica.

Igualmente, una de las fortalezas del estudio es el ámbito asistencial en el que se ha realizado: las unidades hospitalarias de atención intermedia. La mayoría de los estudios hasta el momento se habían realizado en el entorno residencial, mientras que la atención intermedia era un entorno poco estudiado. Sin embargo, los resultados del presente estudio han revelado que tanto las propias características institucionales como los condicionantes derivados del estado de los pacientes en estas unidades influyen en la práctica de la contención. Se trata de un entorno asistencial al que se debe prestar cada vez más atención, pues su relevancia será mayor a medida que se acreciente el envejecimiento poblacional y la necesidad de atender a la cronicidad.

8.8. Implicaciones del estudio

A continuación, se recogen las principales implicaciones que derivan de este estudio y que se orientan al ámbito asistencial, gestor, docente e investigador.

8.8.1. Implicaciones para la práctica clínica y la gestión sanitaria

Para comenzar, se recogen las implicaciones del estudio para la práctica clínica y la gestión sanitaria. Ente ellas, destaca la necesidad de revisar los protocolos asistenciales y cuantificar la incidencia de uso de las contenciones físicas, así como el compromiso institucional por implementar unos cuidados centrados en la persona y sin contenciones físicas. Para ello, las instituciones deberían formar y dotar de recursos a los profesionales.

En primer lugar, los resultados del estudio reflejan la necesidad de revisar los protocolos asistenciales relativos al procedimiento de contención física. En concreto, la práctica clínica de los profesionales ha demostrado desarrollarse al margen de estos protocolos y de las guías clínicas validadas. Además, cuando los profesionales han hecho alusión a los protocolos asistenciales, estos parecen estar desactualizados respecto a la evidencia científica y a la normativa vigente. Por lo tanto, es necesario que los protocolos asistenciales recojan claramente el marco y las condiciones de aplicación de las contenciones físicas y que la institución establezca un sistema de registro y supervisión que garantice su cumplimiento.

Además, estos resultados también deberían motivar a los responsables de las unidades a desarrollar nuevos protocolos de cuidados que restrinjan el uso de las contenciones físicas sólo al manejo de situaciones extremas.

En segundo lugar, los resultados han puesto de manifiesto la ausencia de un registro formal de las contenciones físicas, lo que las invisibiliza e imposibilita conocer la incidencia de su uso, ayudando a perpetuar la práctica. Es necesario entonces que las direcciones de los centros y los supervisores de las unidades tomen conciencia del uso real que se está haciendo de las contenciones físicas en el cuidado a las unidades de hospitalización de los hospitales de atención intermedia, a partir del discurso de los profesionales recogido en este estudio y de la medición cuantitativa de la frecuencia de uso. Para ello, se deben desarrollar sistemas de registro y evaluación que permitan cuantificar la magnitud del problema, lo que permitirá conocer su dimensión cuantitativa y cualitativa y así poder establecer planes de intervención orientados a minimizar su uso o, incluso, retirarlas de la práctica clínica.

Paralelamente, una vez conocida la incidencia de uso de las contenciones físicas, este valor debería ser incorporado como un indicador de calidad asistencial, tal y como recoge Nebot-Marzal (2014). La interpretación de los indicadores de caídas junto con el de incidencia de uso de contenciones físicas permitirá entonces analizar la seguridad de los cuidados desde una perspectiva más holística. Además, la incorporación de este nuevo indicador de calidad, posiblemente, sirva de estímulo a las instituciones para trabajar en un modelo de cuidado sin contenciones y, consecuentemente, mejorar dicha incidencia de uso.

En tercer lugar, los profesionales que han participado en el estudio perciben una falta de compromiso por parte de la institución con el cuidado sin contenciones físicas, pese a ser este fundamental para modificar el paradigma de atención en la práctica asistencial. En esta línea, es necesario que las direcciones de los centros adquieran un rol activo en la prevención de las caídas y se comprometan en implementar un modelo de cuidado centrado en la persona y sin contenciones. Para ello, el cambio de modelo debe ser una línea estratégica fundamental de la dirección, alineado con la visión y los valores de la institución. En este sentido, cabe destacar que los centros de atención intermedia, debido al perfil de paciente (más estable y con una estancia más prolongada que en los hospitales de agudos) y a sus recursos (mejor dotados tanto a nivel humano como material que las residencias), son entornos privilegiados para implementar unos cuidados libres de contenciones físicas en el cuidado a las personas. Por lo tanto, se trata de una oportunidad para que los servicios de salud implementen dicho paradigma de cuidado.

Para cambiar el modelo de cuidado, es necesario partir de la base de que la atención centrada en la persona pasa por el reconocimiento de las capacidades y el respeto a la dignidad, la autonomía, la cultura, los valores y las preferencias de la persona mayor, evitando las intervenciones solo basadas en la enfermedad (Iglesias-Guerra et al., 2023). Además, este cambio de paradigma de cuidado implica asumir el riesgo en el ejercicio clínico, lo que significa (a diferencia de lo que puedan creer algunos profesionales) desarrollar todas las estrategias disponibles para garantizar en la medida de lo posible la seguridad de los pacientes, pero desde una perspectiva holística y el respeto a su dignidad. Para ello, es necesario comprender que las decisiones en el cuidado que buscan sólo la seguridad física suelen tener efectos negativos, por lo que el daño debe ser contemplado desde una valoración más amplia, pues si el cuidado genera un el daño emocional, social o moral puede suponer un trato maleficente. Por lo tanto, es necesario desarrollar una práctica que busque el equilibrio entre la autonomía, la dignidad y la seguridad.

Este cambio hacia una atención centrada en la persona también implica otorgar un papel más relevante a los familiares, entendiendo el binomio paciente-familia como el núcleo de cuidado. Para ello, la familia debe tomar un papel más activo en la toma de decisiones y en la planificación de los cuidados. En este sentido, los profesionales deben promover que las decisiones sean tomadas en representación de la persona cuidada y no en sustitución. Con esta finalidad, es necesario informar a las familias sobre los riesgos y beneficios de aplicar las contenciones físicas y proponerles un plan de cuidados alternativos a su uso, empoderándolas para que defiendan el cuidado sin contenciones físicas en la atención a su familiar, si así lo consideran. Además, los profesionales deben planificar conjuntamente los cuidados con los familiares, prestando especial atención a su disponibilidad para involucrarse y participar en los mismos. Para ello, también es necesario planificar los espacios para que permitan el cuidado por parte de los familiares, pues actualmente están diseñados para el cuidado individual del paciente.

Respecto a los recursos humanos, las instituciones deben apostar por fidelizar las plantillas, formar a los profesionales y promover el trabajo en equipo interdisciplinar. En este sentido, el aumento, la optimización, la fidelización y la renovación generacional de los recursos humanos es un pilar para alcanzar el cuidado centrado en la persona (Iglesias-Guerra et al., 2023). Además, es necesario reorientar y optimizar los recursos humanos disponibles para cambiar la orientación de los cuidados actuales de los pacientes hospitalizados. En este sentido, el nuevo paradigma de cuidado centrado en la persona debe hacernos reflexionar sobre qué recursos profesionales son necesarios, redefiniendo los roles actuales e identificando las necesidades concretas de cuidado básico y profesional. Además, este nuevo modelo requiere de la participación de las familias y debe contemplar otras formas de acompañamiento no profesional, así como integrar actividades de ocio y recreativas más habituales de los entornos residenciales. Asimismo, es necesario establecer dinámicas que fomenten el trabajo en equipo interdisciplinar, entendiendo que la interdisciplinariedad es fundamental para la implementación de este modelo de cuidados (Iglesias-Guerra et al., 2023).

En cuarto lugar, los resultados del estudio han puesto de manifiesto repetidamente la relevancia de la formación en el ejercicio asistencial y, concretamente, en la práctica de la contención física. De forma general, es necesario que los profesionales que trabajan en los centros de atención intermedia sean expertos en el manejo del paciente geriátrico y que desarrollen una práctica autorreflexiva sobre el impacto que tiene el cuidado ofrecido sobre el paciente. Para ello, se debe potenciar la formación continuada especializada en el ámbito de la geriatría entre estos profesionales, muy especialmente en la prevención de caídas y el manejo del delirium, en base a la evidencia científica disponible. En esta línea, el perfil geriatras y enfermera especialistas en enfermería geriátrica suponen un potencial para liderar y asegurar la calidad de los cuidados a las personas mayores. Específicamente, son necesarias intervenciones de carácter multicomponente que ofrezcan formación a los profesionales respecto al cuidado sin contenciones (Möhler et al., 2011). Así, los profesionales podrán ser conocedores de la evidencia científica disponible y reflexionar sobre la propia práctica clínica. Además, la formación debe incluir el abanico de intervenciones a desarrollar para evitar contener y para descontener a los pacientes, para que los profesionales sean conocedores de las alternativas a la contención y adquieran competencias para su aplicación. Igualmente, es imprescindible que los profesionales reciban formación sobre el marco legal de uso de las contenciones físicas para que dejen de asociar la contención a su propia seguridad legal y tomen conciencia de los márgenes legales en los que las están empleando. Estos conocimientos podrían servir de estímulo para modificar su práctica, al comprender que el uso normalizado de las contenciones físicas puede ser una práctica ilegal. En cualquier caso, parece importante que los profesionales puedan ser

concedores de ejemplos prácticos de entornos asistenciales que han retirado las contenciones físicas, para poder confiar en la factibilidad y la seguridad del modelo a partir de estas experiencias reales. De esta forma, los profesionales tendrán la oportunidad para adoptar una postura crítica frente a esta práctica, a la vez que podrán adquirir las competencias necesarias para poder modificarla. En concreto, de acuerdo con los resultados obtenidos, es necesario que esta formación sea lo más completa posible. La formación breve o en forma de talleres parece haber contribuido a sensibilizar a los profesionales, pero no consigue que estos tengan los conocimientos ni las herramientas para llevar a cabo un cuidado sin contenciones. Por lo tanto, es necesario que la formación permita a los profesionales adquirir las competencias necesarias para sensibilizarles y modificar su práctica, tal y como señala la literatura (Eskandari et al., 2018; Kong, Song, et al., 2017; Lan et al., 2017; Suen et al., 2006; L. Wang et al., 2019).

En quinto lugar, de acuerdo con los resultados del estudio, los grupos de trabajo generan un valioso entorno de reflexión ética y crítica respecto al uso de las contenciones físicas en la práctica clínica, a la vez que reúnen a profesionales de diferentes disciplinas comprometidos con su retirada. Por lo tanto, debe ser una estrategia a implementar por parte de las instituciones, que también deben identificar a aquellos profesionales líderes que puedan facilitar la transición. Mediante la creación de estos grupos, se podrá establecer la hoja de ruta para el cambio de modelo, recogiendo las adaptaciones que precise cada entorno. Igualmente, la integración de profesionales asistenciales y gestores permitirá que el cambio cuente tanto con el apoyo de quienes deben aplicarlo como con la implicación y el compromiso de la institución. Además, la inclusión de líderes informales facilitará el proceso de osmosis mediante el cual se pretende contagiar los valores y los conocimientos que permitan este cambio de modelo, pudiendo ser identificados como personas a las que consultar durante el proceso. En definitiva, se trata de crear la estructura que motive e implique a todos los profesionales para que lo sientan un proyecto propio y autoconstruido, no impuesto desde la institución.

8.8.2. Implicaciones para la política

Los resultados del presente estudio reflejan la necesidad de poner luz a la práctica de la contención física, elevándola desde el nivel micro al macro. Para ello, será necesario darlos a conocer a los responsables políticos de los Servicios de Salud, para que tomen conciencia del uso real que se está haciendo de las contenciones físicas y se puedan tomar las medidas oportunas para controlarlas y regularlas en el cuidado a las personas mayores hospitalizadas. El cuidado sin contenciones requiere del compromiso de todos los implicados, también a nivel político, por lo que debe ser incorporado como una prioridad en el marco de sus líneas estratégicas. En esta línea, el Plan de Humanización en el Ámbito de la Salud 2022-2027 del Servicio de Salud de las Islas Baleares (Servei de Salut de les Illes Balears, 2022) recoge la contención mecánica cero como una de las acciones para la humanización de la asistencia sanitaria, aunque muy enfocado al ámbito de la salud mental. Sería muy necesario que este objetivo se plantease también en otros entornos asistenciales, especialmente en el cuidado a las personas mayores.

En cualquier caso, es necesario determinar un marco normativo específico que regule el uso de las contenciones físicas en diferentes entornos asistenciales y que sea de obligado cumplimiento. Pese a que la nueva Ley de residencias (Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, 2022) es un avance muy importante hacia el cuidado sin contenciones físicas en la atención a las personas mayores institucionalizadas, es necesario que la legislación abarque

otros ámbitos asistenciales como los centros hospitalarios. Además, el cuidado centrado en la persona y sin contenciones no puede ser únicamente un criterio para acreditarse y pertenecer a la red pública, sino que debe ser reconocido como un derecho de los pacientes. Por lo tanto, la legislación debe ser de obligado cumplimiento para todos los centros sanitarios, regulando muy específicamente los términos y las condiciones en las que pueden ser empleadas. En definitiva, esta nueva ley establece un horizonte normativo hacia el que tanto instituciones como políticas públicas deberían orientar los esfuerzos.

Desde una mirada disciplinar, el cuidado centrado en la persona y sin contenciones, así como la prevención de caídas suponen una oportunidad para desarrollar el liderazgo enfermero, interviniendo en la toma de decisiones, tanto en el ámbito clínico como político. En concreto, las enfermeras, como responsables legales del cuidado, pueden liderar la implementación de guías de práctica clínica como la *Guía de Buenas Prácticas para la prevención de caídas* de la Asociación de Enfermeras de Ontario (Registered Nurses' Association of Ontario, 2017), que ha demostrado ser eficaz en la mejora de los indicadores de calidad relacionados con la prevención de caídas (Alcañiz-Mesas et al., 2020). Además, Domínguez-Fernández (Domínguez Fernández, 2021) ha demostrado que la utilización de la metodología enfermera en la prevención de caídas, reduce significativamente su aparición. De este modo, aparte de ejercer sus competencias en la práctica asistencial, las enfermeras no pueden olvidarse de que tienen la oportunidad (y el deber ético) de desarrollar su competencia política. Mediante esta competencia, las enfermeras se convertirán en defensoras de los derechos de los usuarios en el espacio público y así intervendrán en la formulación y la gestión de las políticas públicas, tal y como reivindica Rosamaría Alberdi (2019, 2022).

8.8.3. Implicaciones para la docencia

A nivel docente, los resultados del presente estudio han puesto de manifiesto la relevancia de la formación en la práctica clínica de los profesionales y, aunque se ha prestado especial atención a la formación continuada y especializada, es necesario incidir en la formación durante los estudios de grado y postgrado. En este sentido, la formación de pregrado es fundamental para preparar a los futuros profesionales en el cuidado de las personas mayores. Para ello, es necesario poner el foco en las asignaturas de ética y cuidado a las personas mayores.

Por un lado, en relación a la formación en ética, estudios como el de Goethals (2013) ya recomiendan la formación en valores y principios éticos para que los futuros profesionales tomen conciencia de los valores que están en juego en la práctica asistencial. Por lo tanto, es necesario reforzar la dimensión práctica de la formación en ética, ejemplificando con situaciones reales y casos prácticos. De esta forma, los alumnos podrán hacer un análisis ético de situaciones concretas, así como plantear alternativas y estrategias de afrontamiento frente a los conflictos que puedan aparecer. En definitiva, se trata de que los alumnos desarrollen una mirada crítica de la práctica clínica y fundamentada en los principios de la bioética.

Además, es necesario ahondar en la formación sobre la legislación sanitaria, especialmente con relación a los derechos de los usuarios y las normativas que los recogen y regulan. En relación a las contenciones físicas, los resultados reflejan la necesidad de ahondar en el derecho del paciente al consentimiento informado, para lo que es necesario prestar atención a la aplicación práctica de la *Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*. Sin embargo, de una forma

más específica, los alumnos deben ser conocedores del marco normativo que regula la práctica de las contenciones físicas, para que, más allá del planteamiento ético, entiendan que es una práctica a evitar desde la legalidad y tomen conciencia de la excepcionalidad y proporcionalidad que exige su uso.

Por otro lado, en cuanto a la formación en geriatría o cuidado a las personas mayores, los resultados del estudio han puesto de manifiesto la importancia de la formación de pregrado relacionada con el manejo del paciente geriátrico y con la prevención de uso de contenciones físicas. Para ello, la formación debe ofrecerse desde una mirada holística de la persona mayor, libre de edadismos y de deshumanización, así como un abordaje integral de los cuidados, alejados del manejo terapéutico de la patología. Muy especialmente, la formación de pregrado debe dotar de competencias a los alumnos en la prevención (y manejo) del delirium y en la prevención de caídas, todo ello con un conocimiento actualizado y basado en la evidencia científica disponible. Para ello, las guías de práctica clínica pueden ser unos recursos valiosos para que los alumnos entiendan la aplicación de los cuidados desde la práctica avanzada. En este sentido, las nuevas metodologías docentes como la simulación clínica, ofrecen la oportunidad de entrenar las competencias de los alumnos en el manejo de estas situaciones (Arrogante et al., 2022; Carrero-Planells, Pol-Castañeda, et al., 2021). Paralelamente, es necesario abordar de forma explícita el uso de las contenciones físicas en el aula, denunciando su uso normalizado y ofreciendo las herramientas necesarias para que los alumnos sepan manejar las situaciones que pueden derivar en su aplicación.

Para acabar, es necesario tener en cuenta que la formación de grado en ciencias de la salud está altamente determinada por las prácticas clínicas. De esta forma, los alumnos van a conformar su conocimiento a partir de lo aprendido en el aula y de lo visto en los centros de prácticas. Por lo tanto, y teniendo en cuenta la normalización del uso de las contenciones físicas en las personas mayores en los diferentes ámbitos asistenciales, es necesario preparar y anticipar a los alumnos para la disonancia entre la teoría enseñada en el aula y la práctica clínica ejercida en los centros sanitarios. De esta forma, cuando se encuentren con la realidad asistencial podrán tener una mirada crítica frente al cuidado con contenciones físicas que les empuje a no normalizarla e interiorizarla.

8.8.4. Implicaciones para la investigación

En este apartado se describen las implicaciones para la investigación y las futuras líneas de investigación que se derivan del estudio. En concreto, los resultados del presente estudio abren la puerta a futuras investigaciones con otros perfiles de participantes, otras metodologías y, sobre todo, la realización de estudios de intervención orientados a la retirada de las contenciones físicas.

En primer lugar, los resultados del estudio plantean la posibilidad de incorporar nuevos perfiles de participantes para conocer su discurso respecto a la cultura de la contención física. Además de las voces centrales -en este caso los profesionales asistenciales-, la inclusión de las voces periféricas -es decir, el conjunto de individuos sobre los que espontáneamente se apoyan las voces centrales como recurso discursivo y dialógico a través del cual se comprenden a sí mismos, al mundo que les rodea y a la posición o estatus que ocupan en él-, podría resultar fundamental para comprender la complejidad y las diferentes perspectivas del fenómeno estudiado (López-Deflory et al., 2022). En este caso, las voces periféricas estarían conformadas por los

profesionales con cargos de gestión y los familiares de los pacientes contenidos, siendo dos perfiles de participantes a los que la literatura ha prestado menos atención. Respecto a los profesionales con cargos de gestión, permitirían conocer la perspectiva institucional respecto al cuidado con y sin contenciones, pudiendo analizar desde otro ángulo la influencia de los factores institucionales en la práctica asistencial. En cuanto a los familiares, los resultados del estudio revelan la necesidad de explorar sus conocimientos (y sus falsas creencias) y sus actitudes pues determinan su posicionamiento a la hora de consentir la contención física en el cuidado de la persona hospitalizada. Incluso, sería muy interesante conocer la cultura de la contención física desde la perspectiva de los pacientes, no habiéndose encontrado estudios que hayan abordado el fenómeno a través de su narrativa. En este sentido, es necesario tener en cuenta el perfil de persona contenida, que habitualmente sufre deterioro cognitivo, pero podría ser interesante entrevistar a personas hospitalizadas o institucionalizadas que sean testigos de la contención física y que, debido a su propia situación de salud, sean candidatas para ser contenidas en el futuro. Conocer la perspectiva y la vivencia de los pacientes contribuiría a la planificación de los cuidados y de las voluntades anticipadas, de tal forma que las personas mayores sin deterioro cognitivo pudiesen anteponerse a situaciones futuras.

En segundo lugar, los resultados del estudio ofrecen la oportunidad de ser complementados mediante investigaciones con metodología cuantitativa. Por un lado, sería necesario cuantificar el uso de las contenciones físicas en los hospitales de atención intermedia, por lo que se deberían diseñar estudios de prevalencia. De esta forma, se podría conocer la dimensión del fenómeno de estudio y establecer objetivos cuantitativos alcanzables. Además, permitiría comparar la incidencia de uso en los centros de atención intermedia respecto a otros entornos asistenciales. Por otro lado, se podría llevar a cabo un abordaje cuantitativo de los conocimientos, las actitudes y la práctica de los profesionales de los hospitales de atención intermedia respecto a la restricción física. Para ello, disponemos de un cuestionario adaptado y validado al castellano, el *Perception of Restraint Use Questionnaire* sobre el uso de restricciones físicas (Fariña-López et al., 2016). Así, podríamos comparar las diferencias respecto a la importancia que dan los profesionales de los hospitales de atención intermedia al uso de las contenciones físicas en el cuidado a las personas mayores respecto a los estudios realizados en el ámbito hospitalario (Fariña-López et al., 2018; Penelo et al., 2018) y residencial (Fariña-López et al., 2014; Penelo et al., 2018) mediante el mismo cuestionario. Paralelamente, sería interesante realizar estos estudios con alumnos de ciencias de la salud para conocer sus conocimientos y actitudes respecto a las contenciones físicas y así poder adecuar su formación.

En tercer lugar, los resultados del estudio han mostrado la elevada normalización de la contención física en el cuidado de las personas mayores. Tras ello, se debería ampliar la mirada al conjunto del tratamiento involuntario, definido como tratamiento que el profesional o los cuidadores familiares proveen sin el consentimiento de la persona que lo recibe, incluyendo el uso de contención física, medicación psicotrópica y actividades de cuidado no consensuado (tales como la administración forzosa u oculta de medicación, la alimentación y la higiene forzada o la restricción de la comunicación) (Hamers et al., 2016). A partir de este concepto, se podría explorar un fenómeno novedoso que no ha sido estudiado en nuestro país y que debería ser fuente de reflexión ética.

En cuarto lugar, los resultados del estudio han evidenciado, fundamentalmente, la necesidad de desarrollar acciones orientadas a la retirada de las contenciones físicas. Esto supone una oportunidad en el campo de la investigación acción participativa, definida como el proceso de análisis de situación, identificación de problemas y elaboración de estrategias de acción

planteadas, llevadas a cabo y sistemáticamente sometidas a observación, reflexión y cambio (Abad Corpa et al., 2010). Se plantearía entonces la investigación acción participativa en aquellas instituciones que hayan reflexionado previamente sobre la necesidad del cambio, dado que en esta metodología la transformación estructural arranca de una motivación colectiva hacia el cambio (Pérez Serrano, 2008). Desde esta perspectiva metodológica, la investigación de las organizaciones debe ser colaborativa, el papel de los participantes es de investigadores de su práctica y la investigación -desde y para las organizaciones- se convierte en una herramienta clave de la mejora de la calidad asistencial (Abad Corpa et al., 2010). En este caso, el conocimiento contextual del discurso de los profesionales resultante de este estudio podría servir de punto de partida para establecer las estrategias a implementar en las unidades asistenciales y así virar el paradigma institucional de cuidado.

Capítulo 9. CONCLUSIONES

- Los profesionales sanitarios presentan falta de formación y falsas creencias sobre las contenciones físicas (incluyendo su definición y los dispositivos incluidos, sus indicaciones de uso y la evidencia que lo sustenta, o las consecuencias de su aplicación), el marco legal, ético y deontológico que regula la práctica, así como respecto al cuidado sin contenciones.
- En este sentido, la mayoría de los profesionales muestra actitudes favorables a las contenciones físicas, valorándolas como elementos necesarios, protectores e, incluso, terapéuticos en el cuidado de las personas mayores; sin embargo, otros profesionales muestran actitudes contrarias a la práctica, calificándola de innecesaria, ineficaz e indigna y destacando su carácter restrictivo y vejatorio.
- Pese a que el discurso de la contención física se justifica por y para el paciente (muy especialmente ante la presencia de deterioro cognitivo y riesgo de caídas), los resultados del estudio reflejan que es una práctica también determinada por los familiares (y, más concretamente, su ausencia), los profesionales (incluyendo su formación, sus actitudes, sus experiencias previas o su tendencia a asumir riesgos) y la institución (destacando la falta de personal).
- Las contenciones físicas conforman una práctica normalizada en el cuidado del paciente geriátrico en los hospitales de atención intermedia al ser aplicadas de forma automatizada, rutinaria, preventiva y prolongada en el tiempo.
- Frente al uso normalizado de las contenciones físicas, algunos profesionales llevan a cabo acciones de resistencia desde el convencimiento del deber de respetar la dignidad y la autonomía de la persona mayor, posicionándose en contra de la práctica, evitando su aplicación y minimizando su impacto.
- Aquellos profesionales que han recibido formación en uso ético de contenciones físicas tienden a presentar mejores conocimientos y actitudes más críticas frente a la práctica, así como a evitar y reducir su uso; sin embargo, su nivel de formación es insuficiente para desarrollar una práctica libre de contenciones. Por el contrario, aquellos profesionales con menores conocimientos presentan actitudes más favorables a su uso y desarrollan una práctica más normalizada.
- Las contenciones físicas son utilizadas desde la visión deshumanizada de la persona mayor con la finalidad de garantizar su seguridad física, tras una toma de decisiones paternalista en la que prima la no maleficencia (referida únicamente a la prevención de las caídas) frente a la autonomía y la dignidad, dando como resultado en una práctica deshumanizante y deshumanizada, al margen de la evidencia, la legalidad y la ética.
- Los profesionales presentan ceguera, estrés o coraje moral ante a los conflictos éticos derivados del uso de las contenciones físicas y desarrollan estrategias internas (especialmente la racionalización desde la seguridad del paciente) y externas (de praxis orientadas a reducir su uso y minimizar su impacto) para su afrontamiento.
- Los déficits institucionales (como el desequilibrio entre la carga asistencial y la dotación de recursos humanos) junto con la presencia de déficits arquitectónicos (tales que las barreras arquitectónicas o la falta de alternativas) convierten a los hospitales de atención intermedia en contextos asistenciales orientados a la seguridad física y a la atención biomédica, propiciando así el uso de las contenciones físicas.

- Las instituciones de atención intermedia presentan una actitud tolerante y permisiva ante la práctica normalizada de la contención física, sin controlar su uso y sin implicarse activamente para implementar unos cuidados libres de contenciones.
- Desde una perspectiva foucaultiana, los hospitales de atención intermedia son espacios de poder. En ellos, las contenciones físicas son empleadas como dispositivos de seguridad ante la imposibilidad de garantizar la vigilancia de los profesionales a los pacientes, convirtiéndose así en un mecanismo disciplinario que permite el control constante del cuerpo del enfermo. La práctica de la contención se ha normalizado y normativizado como un ilegalismo tolerado, frente a la cual algunos profesionales están empezando a desarrollar acciones de resistencia.
- La práctica de la contención física difiere según la disciplina y la categoría laboral, de tal forma que las auxiliares de enfermería asumen una función ejecutora (libre de responsabilidad moral); las enfermeras prescriben y coordinan (en la sombra) el proceso; y los médicos toman un papel legal respecto a su prescripción.
- El cuidado sin contenciones es valorado como un modelo de cuidado ideal en la atención a las personas mayores, aunque utópico, inseguro e imposible de aplicar actualmente en las unidades de hospitalización de media estancia. Para su implementación, los profesionales reclaman una mayor implicación de los familiares, así como unas mejoras (cuantitativas y cualitativas) de los recursos humanos y materiales.
- Es necesario que tanto los profesionales como las instituciones, incluso a nivel político, se comprometan con el cambio del paradigma de cuidado hacia una atención centrada en la persona y libre de contenciones. Para ello, las instituciones deben dotar de formación y recursos a los profesionales y así estos sepan y puedan cuidar sin recurrir a la contención física.

Capítulo 10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abad Corpa, E., Delgado Hito, P., & Cabrero García, J. (2010). Una forma de investigar en la práctica enfermera. *Investigación y educación en enfermería*, 28(3), 464-474. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105215721017>
- Abades Porcel, M., & Rayón Valpuesta, E. (2012). El envejecimiento en España: ¿un reto o problema social? *Gerokomos*, 23(4), 151-155. <https://doi.org/10.4321/s1134-928x2012000400002>
- Abellán García, A., Aceituno Nieto, M. del P., Ramiro Fariñas, D., & Castillo Belmonte, A. B. (2021). Estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de septiembre de 2020. En *Informes envejecimiento en red nº27*. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-estadisticasresidencias2020.pdf>
- Abraham, J., Bake, M., Berger-Höger, B., Köpke, S., Kupfer, R., Meyer, G., & Möhler, R. (2021). Process evaluation of a multicomponent intervention to prevent physical restraints in nursing homes (IMPRINT): A mixed methods study. *Journal of Advanced Nursing*, 77(3), 1465-1477. <https://doi.org/10.1111/jan.14694>
- Abraham, J., Hirt, J., Kamm, F., & Möhler, R. (2020). Interventions to reduce physical restraints in general hospital settings: A scoping review of components and characteristics. *Journal of Clinical Nursing*, 29(17-18), 3183-3200. <https://doi.org/10.1111/jocn.15381>
- Abraham, J., Kupfer, R., Behncke, A., Berger-Höger, B., Icks, A., Haastert, B., Meyer, G., Köpke, S., & Möhler, R. (2019). Implementation of a multicomponent intervention to prevent physical restraints in nursing homes (IMPRINT): A pragmatic cluster randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 96, 27-34. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.03.017>
- Acevedo-Nuevo, M. (2020). *Uso seguro de la Contención Mecánica en Unidades de Cuidados Críticos: mapeo situacional, conceptualización profesional y recomendaciones para la práctica clínica* [Tesis Doctoral, Universidad Autónoma de Madrid, Repositorio de la Universidad Autónoma de Madrid]. <https://repositorio.uam.es/handle/10486/694422>
- Acevedo-Nuevo, M., González-Gil, M. T., & Martín-Arribas, M. C. (2021). Physical restraint use in intensive care units: Exploring the decision-making process and new proposals. A multimethod study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(22), 11826-11836. <https://doi.org/10.3390/ijerph182211826>
- Acevedo-Nuevo, M., González-Gil, M. T., Solís-Muñoz, M., Láiz-Díez, N., Toraño-Olivera, M. J., Carrasco-Rodríguez-Rey, L. F., García-González, S., Velasco-Sanz, T. R., Martínez-Álvarez, A., & Martín-Rivera, B. E. (2016). Manejo de la inmovilización terapéutica en Unidades de Cuidados Críticos: Aproximación fenomenológica a la realidad enfermera. *Enfermería Intensiva*, 27(2), 62-74. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2015.11.003>
- Agius, S. J. (2013). Qualitative research: its value and applicability. *The Psychiatrist*, 37(6), 204-206. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.113.042770>
- Alberdi Castell, R. (2019). La competencia política enfermera. *Revista ROL de Enfermería*, 42(1), 22-30.
- Alberdi Castell, R. (2022). La aplicación del valor cuidado en las políticas públicas: las razones de su necesidad. *Metas de Enfermería*, 25(3), 3-6. <https://doi.org/10.35667/metasenf.2022.25.1003081904>
- Alcañiz-Mesas, A. I., García-González, M., Zúñiga-Blanco, L., del Barrio-Pintado, M. B., Íñigo-Cruces, L., Folguera-Arnau, M., Albornos-Muñoz, L., Melián-Correa, E., Moreno-Casbas, T., González-María, E., Albornos-Muñoz, L., Córcoles-Jiménez, M. P., Ruiz-García, M. V., Alonso-Poncelas, E., Acosta-Arrocha, A., Ferreiro-Iglesias, N., Lariz-Murua, A., Arza-Alonso, N., Moreno-Rodrigo, A., ... Jaria-Lansac, M. (2020). Implementation experience of a guideline on fall prevention in Centres Committed to Excellence in Care®. *Enfermería Clínica*, 30(3), 185-197. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.03.015>
- Álvarez Uría, F., & Varela, J. (2013). Introducción a un modo de vista no fascista. En *Estrategias de Poder*.

Obras esenciales (pp. 351-366). Paidós.

- Amer Forteza, M. L., Ancizu García, I., Vaca Bermejo, R., Espina Rosales, D., & Monteagudo Palma, N. (2017). Atención centrada en la persona en centros residenciales i sociosanitaris. En *Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2017* (pp. 417-432). Universitat de les Illes Balears.
- American Geriatrics Society. (2014). American geriatrics society identifies another five things that healthcare providers and patients should question. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(5), 950-960. <https://doi.org/10.1111/jgs.12770>
- Amezcuca, M. (2003). La entrevista en grupo. Características, tipos y utilidades en investigación cualitativa. *Enfermería Clínica*, 13(2), 112-117. [https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(03\)73791-7](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(03)73791-7)
- Anderson, K., & Blair, A. (2020). Why we need to care about the care: A longitudinal study linking the quality of residential dementia care to residents' quality of life. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 91(March), 104226. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104226>
- Anderson, K., & Blair, A. (2021). What have staff got to do with it? Untangling complex relationships between residential aged care staff, the quality of care they provide, and the quality of life of people with dementia. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 94, 104378. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2021.104378>
- Arias Valencia, M. M. (2000). La triangulación metodológica: sus principios, alcances y limitaciones. *Investigación y educación en enfermería*, 18(1), 13-26. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/16851>
- Aristin Ortega, M. C., Fernández Corral, S., Lavín Meruelo, L., Lebrero Martínez, I., & Martín Gutiérrez, V. (2017). «La sujeción no es un cuidado»: impacto de la formación sobre los profesionales de enfermería. *Nuberos Científica*, 3(20), 12-16.
- Arrogante, O., Velarde-García, J. F., Blázquez-González, P., & Moro-Tejedor, M. N. (2022). The effects of high-fidelity simulation training on empathy and attitudes toward older people among undergraduate nursing students: A quasi-experimental study. *Nurse Education in Practice*, 64(July), 103441. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103441>
- Astigrarraga Suárez, A., Aristín Ortega, M. C., Fernández Rivera, E., & García Aja, B. (2012). Estudio sobre la utilización de la contención mecánica en una población geriátrica. *Nuberos Científica*, 1(7), 31-41.
- Ávila-Morales, J. C. (2017). La deshumanización en medicina. Desde la formación al ejercicio profesional. *Iatreia*, 30(2), 216-229. <https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.v30n2a11.216>
- Bandura, A. (1999). Moral disengagement in the perpetration of inhumanities. *Personality and Social Psychology Review*, 9, 193-209. https://doi.org/10.1207/s15327957pspr0303_3
- Bandura, A. (2002). Selective moral disengagement in the exercise of moral agency. *Journal of Moral Education*, 31(2), 101-119. <https://doi.org/10.1080/0305724022014322>
- Bar-Tal, D. (1989). Delegitimization: The Extreme Case of Stereotyping and Prejudice. En D. Bar-Tal, C. . Graumann, A. . Kruglanski, & W. Stroebe (Eds.), *Stereotyping and Prejudice: Changing conceptions* (pp. 169-182). Springer. <https://www.springer.com/gp/book/9781461281658>
- Bar-Tal, D. (2000). *Shared beliefs in a society: Sociel psychological analysis*. Sage. <https://doi.org/10.4135/9781452204697>
- Barbour, R. (2013). *Los grupos de discusión en Investigación Cualitativa* (U. Flick (ed.)). Ediciones Morata, S.L.
- Barrio-Cantalejo, I. M., & Simón-Lorda, P. (2006). Ethical problems of qualitative research. *Medicina Clinica*, 126(11), 418-423. <https://doi.org/10.1157/13086126>
- Bassi Follari, J. E. (2015). Gail Jefferson's transcription code: adaptation for its use in social sciences research. *Quaderns de Psicologia*, 17(1), 39-62. <https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1252>
- Bastian, B., Laham, S. M., Wilson, S., Haslam, N., & Koval, P. (2011). Blaming, praising, and protecting our humanity: The implications of everyday dehumanization for judgments of moral status. *British Journal of Social Psychology*, 50(3), 469-483. <https://doi.org/10.1348/014466610X521383>
- Bauman, Z., & Donskis, L. (2015). *Ceguera moral*. Paidós.

- Beck, C. T. (2013). Introduction to qualitative nursing research. En C. T. Beck (Ed.), *Routledge International Handbook of Qualitative Nursing Research* (pp. 1-10). Taylor & Francis Group.
- Beerens, H. C., Sutcliffe, C., Renom-Guiteras, A., Soto, M. E., Suhonen, R., Zabalegui, A., Bökberg, C., Saks, K., & Hamers, J. P. H. (2014). Quality of life and quality of care for people with dementia receiving long term institutional care or professional home care: The European righttimeplacecare study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(1), 54-61. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.09.010>
- Bekkema, N., Niemeijer, A., Frederiks, B., & de Schipper, C. (2021). Exploring restrictive measures using action research: A participative observational study by nursing staff in nursing homes. *Journal of Advanced Nursing*, 77(6), 2785-2795. <https://doi.org/10.1111/jan.14825>
- Bellenger, E., Ibrahim, J. E., Kennedy, B., & Bugeja, L. (2019). Prevention of physical restraint use among nursing home residents in Australia: The top three recommendations from experts and stakeholders. *International Journal of Older People Nursing*, 14(1), 1-9. <https://doi.org/10.1111/opn.12218>
- Beltrán Salazar, O. A. (2016). Impersonal care or humanized care: A decision made by nurses? Hourglass model. *Investigacion y Educacion en Enfermeria*, 34(3), 444-455. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v34n3a03>
- Berenguera Ossó, A., Fernandez de Sanmamaed Santos, M. J., & Pons Vigués, M. (2014). *Escuchar, Observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud*. Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol. <https://doi.org/B.21918-2014>
- Blanco-Mavillard, I. (2021). *Implementación de un modelo de movilización del conocimiento para prevenir eventos adversos asociados al catéter venoso periférico* [Tesis Doctoral, Universitat de les Illes Balears, Repositori Institucional de la Universitat de les Illes Balears]. <http://hdl.handle.net/11201/159248>
- Blanco-Mavillard, I., Castro-Sánchez, E., Parra-García, G., Rodríguez-Calero, M. Á., Bannasar-Veny, M., Fernández-Fernández, I., Lorente-Neches, H., & de Pedro-Gómez, J. (2022). What fuels suboptimal care of peripheral intravenous catheter-related infections in hospitals? A qualitative study of decision-making among Spanish nurses. *Antimicrobial Resistance and Infection Control*, 11(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s13756-022-01144-5>
- Blasco, J. M., Igual-Camacho, C., Pérez-Moltó, F. J., Garcíá-Molina, P., Gómez-Salgado, J., & Wazen-Hervás, M. J. (2020). Use of physical restraint in nursing homes in Spain and relation with resident characteristics: A retrospective multi-centre cohort study with a self-organised maps approach. *Ageing and Society*, 40, 2410-2428. <https://doi.org/10.1017/S0144686X19000680>
- Bleijlevens, M. H., Wagner, L. M., Capezuti, E., & Hamers, J. P. H. (2016). Physical Restraints: Consensus of a Research Definition Using a Modified Delphi Technique. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(11), 2307-2310. <https://doi.org/10.1111/jgs.14435>
- Boscart, V. M., Hamers, J. P., & Bleijlevens, M. H. (2015). Maastricht Attitude Questionnaire: opinions on physical restraint use in Canada. *The Gerontologist*, 55(2), 855-856. <https://doi.org/10.1093/geront/gnv487.03>
- Boudjemadi, V., Demoulin, S., & Bastart, J. (2017). Animalistic dehumanization of older people by younger ones: Variations of humanness perceptions as a function of a target's age. *Psychology and Aging*, 32(3), 293-306. <https://doi.org/10.1037/pag0000161>
- Bover, A. (2013). Herramientas de reflexividad y posicionalidad para promover la coherencia teórico-metodológica al inicio de una investigación cualitativa. *Enfermeria Clinica*, 23(1), 33-37. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2012.11.007>
- Bover, A., Gastaldo, D., Miró-Bonet, M., & Zaforteza Lallemand, C. (2013). Qualitative nursing research in Spain: an evolving strategy of resistance. En C. Tatano Beck (Ed.), *Routledge International Handbook of Qualitative Nursing Research* (pp. 500-513). Routledge.
- Briones-Peralta, M. Á., & Rodríguez-Martín, B. (2017). Efectividad de las intervenciones dirigidas a reducir las sujeciones físicas en personas mayores de 65 años institucionalizadas: una revisión sistemática. *Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia*, 52(2), 93-101.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2016.02.005>

- Brugnolli, A., Canzan, F., Mortari, L., Saiani, L., Ambrosi, E., & Debiasi, M. (2020). The effectiveness of educational training or multicomponent programs to prevent the use of physical restraints in nursing home settings: A systematic review and meta-analysis of experimental studies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18), 6738-27. <https://doi.org/10.3390/ijerph17186738>
- Caballero García, J., & Remolar, M. (2000). Consideraciones sobre el maltrato al anciano. *Revista multidisciplinar de gerontología*, 10(3), 177-188.
- Calderón, C. (2002). Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud (ICS): apuntes para un debate necesario. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5), 473-482.
- Calderón, C. (2009). Evaluación de la calidad de la investigación cualitativa en salud: Criterios, proceso y escritura. *Forum: Qualitative Social Research*, 10(2), Art. 17. <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1294/2766>
- Callejo Gallego, J. (2002). Observación, entrevista y grupo de discusión: el silencio de tres prácticas de investigación. *Rev Esp Salud Pública*, 76(5), 409-422.
- Capozza, D., Falvo, R., Di Bernardo, G. A., Vezzali, L., & Visintin, E. P. (2014). Intergroup contact as a strategy to improve humanness attributions: A review of studies. *TPM: Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*, 21(3), 349-362. <https://doi.org/10.4473/TPM21.3.9>
- Carballo-Rodríguez, A., Gómez-Salgado, J., Casado-Verdejo, I., Ordás, B., & Fernández, D. (2018). Estudio de prevalencia y perfil de caídas en ancianos institucionalizados. *Gerokomos*, 29(3), 110-116.
- Carrasco-Peña, K. B., Farías-Moreno, K., & Trujillo-Hernández, B. (2018). Frecuencia de envejecimiento exitoso y fragilidad. Factores de riesgo asociados. *Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia*, 53(1), 23-25. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2017.05.011>
- Carrero-Planells, A., Pol-Castañeda, S., Alamillos-Guardiola, M. C., Prieto-Alomar, A., Tomás-Sánchez, M., & Moreno-Mulet, C. (2021). Students and teachers' satisfaction and perspectives on high-fidelity simulation for learning fundamental nursing procedures: A mixed-method study. *Nurse Education Today*, 104(April), 104981. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104981>
- Carrero-Planells, A., Urrutia-Beaskoa, A., & Moreno-Mulet, C. (2021). The use of physical restraints on geriatric patients: Culture and attitudes among healthcare professionals at intermediate care hospitals in majorca. A qualitative study protocol. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(14), 7509. <https://doi.org/10.3390/ijerph18147509>
- Castro, E. (2011). *Diccionario Foucault. Temas, conceptos y autores*. (1ª ed). Siglo Veintiuno Editores.
- CBE. (2016). *Consideraciones éticas y jurídicas sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario* (p. 46). [http://assets.comitedeioetica.es/files/documentacion/Informe Contenciones-CBE.pdf](http://assets.comitedeioetica.es/files/documentacion/Informe%20Contenciones-CBE.pdf)
- CGCOM. (2011). *Código de deontología médica*. https://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo_deontologia_medica.pdf
- CGE. (1989). Código Deontológico De La Enfermería Española. En *Código deontológico estatal* (p. 17). <https://www.infermeriabalea.com/imagenes/uploads/files/21082017110814-101715codigodeontologicodelaenfermeriaespaniolapdf.pdf>
- Choe, K., Song, E. J., & Jung, C. H. (2012). Ethical Problems Experienced by Psychiatric Nurses in Korea. *Archives of Psychiatric Nursing*, 26(6), 495-502. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2012.04.002>
- Chou, M. Y., Hsu, Y. H., Wang, Y. C., Chu, C. S., Liao, M. C., Liang, C. K., Chen, L. K., & Lin, Y. T. (2020). The Adverse Effects of Physical Restraint Use among Older Adult Patients Admitted to the Internal Medicine Wards: A Hospital-Based Retrospective Cohort Study. *Journal of Nutrition, Health and Aging*, 24(2), 160-165. <https://doi.org/10.1007/s12603-019-1306-7>
- Chouliaraki, L., & Fairclough, N. (2010). Critical discourse analysis in organizational studies: Towards an integrationist methodology. *Journal of Management Studies*, 47(6), 1213-1218. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6486.2009.00883.x>

- Chuang, Y. H., & Huang, H. T. (2007). Nurses' feelings and thoughts about using physical restraints on hospitalized older patients. *Journal of Clinical Nursing*, 16(3), 486-494. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01563.x>
- CIE. (2021). *Código de Ética del CIE para las enfermeras*.
- COIB. (2006). *Consideraciones ante las contenciones físicas y/o mecánicas: aspectos éticos y legales*. <https://pbcoib.blob.core.windows.net/coib-publish/invar/99c9a9b5-c0f3-4bfa-b15d-cbf5c188075a>
- Colpas Gutiérrez, J. (2015). El Concepto de Espacios de Poder desde la Mirada de Michel Foucault. *Amauta*, 25, 51-66.
- Comas-d'Argemir, D., & Soronellas-Masdeu, M. (2021). Envejecimiento, dependencia y cuidados. Retos sociales y retos asistenciales. *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, 22, 5-18. <https://doi.org/10.17345/aec22.5-18>
- Comas-Herrera, A., Zalakaín, J., Lemmon, E., Henderson, D., Litwin, C., Hsu, A. T., Schmidt, A. E., Arling, G., Kruse, F., & Fernández, J.-L. (2020). Mortality associated with COVID-19 in care homes: international evidence. En *International Long-term Care Policy Network, CPEC-LSE*. <https://ltccovid.org/2020/04/12/mortality-associated-with-covid-19-outbreaks-in-care-homes-early-international-evidence/>
- Comité de Ministros del Consejo de Europa. (2004). *Recommendation Rec (2004)10 of the Committee of Ministers to member States concerning the protection of the human rights and dignity of persons with mental disorder and its Explanatory Memorandum* (p. 45). [https://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/Activities/08_Psychiatry_and_human_rights_en/Rec\(2004\)10 EM E.pdf](https://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/Activities/08_Psychiatry_and_human_rights_en/Rec(2004)10 EM E.pdf)
- Comité de Ministros del Consejo de Europa. (2014). *Recomendación CM/Rec(2014)2 del Comité de Ministro a los Estados miembros sobre la promoción de los derechos humanos de las personas mayores*. https://fiapam.org/wp-content/uploads/2014/05/cmrec_2014_2_es.pdf
- Comunidad Autónoma de Cantabria. (2007). Ley 2/2007, de 27 de marzo, de derechos y servicios sociales. *Boletín Oficial del Estado*, 17216-17242.
- Comunidad Autónoma de Cataluña. (2007). Ley 12/2007, de 11 de octubre, de Servicios Sociales. *Boletín Oficial del Estado*, 266, 30. <https://www.boe.es/boe/dias/2007/11/06/pdfs/A45490-45519.pdf>
- Comunidad Autónoma de La Rioja. (2009). Ley 7/2009, de 22 de diciembre, de Servicios Sociales de La Rioja. *Boletín Oficial de La Rioja*, 160, 35426-35427. https://ias1.larioja.org/boletin/boletin/bor_mostrar_anuncio.jsp?referencia=726125-1-HTML-408740-X
- Comunidad Autónoma de las Illes Balears. (2009). Ley 4/2009, de 11 de junio, de servicios sociales de las Illes Balears. *Boletín Oficial del Estado*, 163, 56578-56640. <https://www.boe.es/boe/dias/2009/07/07/pdfs/BOE-A-2009-11186.pdf>
- Comunidad de Madrid. (2017). *Resolución 106/17 del Viceconsejero Viceconsejero de Sanidad y Director General del Servicio Madrileño de Salud por la que se aprueban las instrucciones relativas al uso de sujeciones físicas y químicas en centros hospitalarios del servicio madrileño de s*.
- Comunidad Foral de Navarra. (2006). Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de servicios sociales. *Boletín Oficial de Navarra*, 40. <http://www.lexnavarra.navarra.es/detalle.asp?r=10855>
- Comunidad Foral de Navarra. (2011). Decreto Foral 221/2011, de 28 de septiembre, que regula el uso de sujeciones físicas y farmacológicas en el ámbito de los servicios sociales residenciales de la Comunidad Foral de Navarra. *Boletín Oficial de Navarra*, 204. <http://www.lexnavarra.navarra.es/detalle.asp?r=13898>
- Comunitat Valenciana. (2019). Ley 3/2019, de 18 de febrero, de la Generalitat, de Servicios Sociales Inclusivos de la Comunitat Valenciana. *Diari Oficial de la Generalitat Valenciana*, 21/02/2019(8491), 10094-10177. http://www.dogv.gva.es/datos/2019/02/21/pdf/2019_1653.pdf
- Confederación Española de Organizaciones de Mayores. (2013). *Desatar al anciano y al enfermo de alzheimer*. <http://ceoma.org/wp-content/uploads/2014/06/06-PDF1->

resumen_del_programa_desatar.pdf

- Congreso de los Diputados. (2017). Proposición no de Ley 161/000707. *Boletín Oficial de las Cortes Generales*, 168, 26-28. http://www.comunidad-tdah.com/contenido/images/tdah_proposicion_pp.pdf
- Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya. (2013). *Codi d'Ètica de les infermeres i infermers de Catalunya*. <http://www.clc.cat/informacio-corporativa/codi-etic>
- Corley, M. C. (2002). Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. *Nursing Ethics*, 9(6), 636-650. <https://doi.org/10.1191/0969733002ne557oa>
- Corneau, P. (2016). *Contentions mécaniques en psychiatrie: étude phénoménologique de l'expérience vécue du personnel infirmier* [Tesis Doctoral, Université d'Ottawa, Open Access Theses and Dissertations]. <http://dx.doi.org/10.20381/ruor-6161>
- Cotter, V. T., & Evans, L. K. (2018). Avoiding Restraints in Hospitalized Older Adults with Dementia. En *Try this: best practices in nursing care to older adults with dementia* (Vol. D1). <https://doi.org/10.3928/00989134-20170623-01>
- Coyne, I. (1997). Sampling in qualitative research. Purposeful and theoretical sampling; merging or clear boundaries? *Journal of Advanced Nursing*, 26(3), 623-630. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.t01-25-00999.x>
- Crespo, M. (2004). La ceguera al valor moral. Consideraciones en torno a la «antropología integral» de Dietrich von Hildebrand. En J. F. Sellés (Ed.), *Modelos antropológicos del siglo XX: M. Scheler, D. von Hildebrand, E. Stein, M. Merleau-Ponty, J.-P. Sartre, H. Arendt* (pp. 45-60).
- Curtis, S., Gesler, W., Smith, G., & Washburn, S. (2000). Approaches to sampling and case selection in qualitative research: Examples in the geography of health. *Social Science and Medicine*, 50(7-8), 1001-1014. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00350-0](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00350-0)
- de Almeida Tavares, J. P., da Silva, A. L., Sá-Couto, P., Boltz, M., & Capezuti, E. (2015). Portuguese nurses' knowledge of and attitudes toward hospitalized older adults. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(1), 51-61. <https://doi.org/10.1111/scs.12124>
- de la Cuesta-Benjumea, C. (2008). ¿Por dónde empezar?: la pregunta en investigación cualitativa. *Enfermería Clínica*, 18(4), 205-210. [https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(08\)72197-1](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(08)72197-1)
- de la Cuesta-Benjumea, C. (2011). La reflexividad: Un asunto crítico en la investigación cualitativa. *Enfermería Clínica*, 21(3), 163-167. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2011.02.005>
- de la Cuesta-Benjumea, C. (2022). The Low Voices: Quality, Ethics, and Reach of Qualitative Data. *Investigacion y Educacion en Enfermeria*, 40(1), e02. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v40n1e02>
- Delvalle, R., Santana, R. F., Menezes, A. K., Cassiano, K. M., Carvalho, A. C. S. de, & Barros, P. de F. A. (2020). Mechanical Restraint in Nursing Homes in Brazil: a cross-sectional study. *Revista brasileira de enfermagem*, 73(Suppl 3), e20190509-8. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0509>
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2018). Introduction: The Discipline and Practice of Qualitative Research. En N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The SAGE Handbook of Qualitative Research* (5.ª ed., pp. 29-71). Sage.
- Devos-Barlem, E. L., Lerch-Lunardi, V., Lerch-Lunardi, G., Tomaschewski-Barlem, J. G., & Da Silveira, R. (2013). Moral distress in everyday nursing: hidden traces of power and resistance. *Rev Lat Am Enfermagem*, 21(1), 293-299. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692013000100002>
- Dierckx de Casterlé, B., Goethals, S., & Gastmans, C. (2015). Contextual influences on nurses' decision-making in cases of physical restraint. *Nursing Ethics*, 22(6), 642-651. <https://doi.org/10.1177/0969733014543215>
- Dignitas Vitae. (2019). *Programa no sujetos: centros libres de sujeciones*. <https://dignitasvitae.es/no-sujetes-centros-libres-de-sujeciones/>
- Domínguez Fernández, S. (2021). *Efectividad de la utilización de la metodología enfermera en la incidencia de caídas en población anciana de la Comunidad de Madrid* [Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid, Repositorio Institucional de la UCM].

- <https://eprints.ucm.es/id/eprint/69896/>
- Dong, X., & Simon, M. A. (2014). Vulnerability Risk Index Profile for Elder Abuse in Community-Dwelling Population. *J Am Geriatr Soc.*, 62(1), 10-15. <https://doi.org/10.1111/jgs.12621>
- Drury, L., Abrams, D., Swift, H. J., Lamont, R. A., & Gerocova, K. (2017). Can caring create prejudice? An investigation of positive and negative intergenerational contact in care settings and the generalisation of blatant and subtle age prejudice to other older people. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 27(1), 65-82. <https://doi.org/10.1002/casp.2294>
- Elsden De Digon, C., Fernández Guarda, C., Nicolás Dueñas, M., Rodríguez Díaz, M. T., Soldevilla Agreda, J. J., Toronjo Gómez, A., & Zanza Castro, M. J. (2003). *Hacia una cultura sin restricciones: las restricciones físicas en ancianos institucionalizados*. Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica. https://seegg.es/wp-content/uploads/2019/05/doc_tec_03.pdf
- Epstein, E. G., & Hamric, A. B. (2009). Moral distress, moral residue, and the crescendo effect. *J clin ethics*, 20(4), 330-342.
- Eskandari, F., Abdullah, K. L., Zainal, N., & Wong, L. (2017). Use of physical restraint: Nurses' knowledge, attitude, intention and practice and influencing factors. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23-24), 4479-4488. <https://doi.org/10.1111/jocn.13778>
- Eskandari, F., Abdullah, K. L., Zainal, N. Z., & Wong, L. P. (2018). The effect of educational intervention on nurses' knowledge, attitude, intention, practice and incidence rate of physical restraint use. *Nurse Education in Practice*, 32(April), 52-57. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2018.07.007>
- Estévez-Guerra, G. J. (2017). *Restricción física: cultura de seguridad en centros de mayores* [Tesis Doctoral, Universidad de Santiago de Compostela, Repositorio Institucional da USC]. <http://hdl.handle.net/10347/15452>
- Estévez-Guerra, G. J., Fariña-López, E., Núñez-González, E., Gandoy-Crego, M., Calvo-Francés, F., & Capezuti, E. (2017). The use of physical restraints in long-term care in Spain: A multi-center cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 17(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0421-8>
- Euskadi. (2008). Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales. *Boletín Oficial del Estado (BOE)*, 23183-23191. <https://doi.org/BOE-A-2012-5403>
- Facey, M., Gladstone, B., & Gastaldo, D. (2018). Qualitative health research: an introduction. En M. Facey, D. Gastaldo, B. Gladstone, & M. Gagnon (Eds.), *Learning and Teaching Qualitative Research in Ontario: A Resource Guide*. eCampusOntario. <http://qualitativeresearchontario.openetext.utoronto.ca/>
- Fariña-López, E. (2011). Problemas de seguridad relacionados con la aplicación de dispositivos de restricción física en personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol.*, 46(1), 36-42. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2010.09.005>
- Fariña-López, E. (2012). *La restricción física en personas mayores. Actitudes, conocimientos y práctica profesional relacionados con su aplicación* [Tesis Doctoral, Universidad de Santiago de Compostela].
- Fariña-López, E., & Estévez-Guerra, G. J. (2011a). La restricción física de los pacientes: Abordaje hasta la era moral. *Rev ROL Enferm*, 34(3), 174-181.
- Fariña-López, E., & Estévez-Guerra, G. J. (2011b). La restricción física de los pacientes: siglos XIX y XX. *Rev ROL Enferm*, 34(3), 182-189.
- Fariña-López, E., Estévez-Guerra, G. J., Gandoy-Crego, M., Polo-Luque, L. M., Gómez-Cantorna, C., & Capezuti, E. (2014). Perception of Spanish nursing staff on the use of physical restraints. *Journal of Nursing Scholarship*, 46(5), 322-330. <https://doi.org/10.1111/jnu.12087>
- Fariña-López, E., Estévez-Guerra, G. J., González, E. N., Fernández, M. M., & Santana, E. S. (2008). Estudio descriptivo sobre la actitud de la familia ante el uso de restricciones físicas en mayores: Resultados preliminares. *Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia*, 43(4), 201-207. [https://doi.org/10.1016/S0211-139X\(08\)71183-1](https://doi.org/10.1016/S0211-139X(08)71183-1)
- Fariña-López, E., Estévez-Guerra, G. J., Núñez González, E., Calvo-Francés, F., & Penelo, E. (2016). Adaptación y validación española del Perception of Restraint Use Questionnaire (PRUQ) sobre el uso de restricciones físicas en personas mayores. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 39(1),

- 13-22. <https://doi.org/10.4321/S1137-6627/2016000100003>
- Fariña-López, E., Estévez-Guerra, G. J., Núñez González, E., De Guzmán Pérez Hernández, D., & Gandoy Crego, M. (2013). Actitudes, conocimientos y práctica de los profesionales de enfermería en el uso de restricciones físicas con personas mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 48(5), 209-215. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2013.01.005>
- Fariña-López, E., Estévez-Guerra, G. J., Polo-Luque, M. L., Hanzelíková Pogrányivá, A., & Penelo, E. (2018). Physical Restraint Use with Elderly Patients: Perceptions of Nurses and Nursing Assistants in Spanish Acute Care Hospitals. *Nursing Research*, 67(1), 55-59. <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000252>
- Favez, L., Simon, M., Bleijlevens, M. H., Serdaly, C., & Zúñiga, F. (2022). Association of surveillance technology and staff opinions with physical restraint use in nursing homes: Cross-sectional study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 70(8), 2298-2309. <https://doi.org/10.1111/jgs.17798>
- Feng, Z., Hirdes, J. P., Smith, T. F., Finne-Soveri, H., Chi, I., Du Pasquier, J. N., Gilgen, R., Ikegami, N., & Mor, V. (2009). Use of physical restraints and antipsychotic medications in nursing homes: A cross-national study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(10), 1110-1118. <https://doi.org/10.1002/gps.2232>
- Fernández-Lasquetty Blanc, B. (2013). *Introducción a la investigación en Enfermería*. DAE (Grupo Paradigma).
- Fernández Ibáñez, J. M., Morales Ballesteros, M. del C., Montiel Moreno, M., Mora Sánchez, E., Arias Arias, Á., & Redondo González, O. (2020). Uso de sujeciones físicas en relación con el riesgo de caídas en una residencia de ancianos. *Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia*, 55(1), 3-10. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2019.05.006>
- Fernández Rodríguez, Á., & Zabala Blanco, J. (2014). Restricción física: Revisión y reflexión ética. *Gerokomos*, 25(2), 63-67. <https://doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200003>
- Ferrão, S. A. da S., Bleijlevens, M. H., Nogueira, P. J., & Henriques, M. A. P. (2021). A cross-sectional study on nurses' attitudes towards physical restraints use in nursing homes in Portugal. *Nursing Open*, 8(4), 1571-1577. <https://doi.org/10.1002/nop2.769>
- FGE. (2022). *Instrucción núm. 1/2022, de 19 de enero, sobre el uso de medios de contención mecánicos o farmacológicos en unidades psiquiátricas o de salud mental y centros residenciales y/o sociosanitarios de personas mayores y/o con discapacidad (1/2022)*. <https://www.fiscal.es/documents/20142/a0a40fa0-ae5d-dde1-e435-61131c7daace>
- Firth, A. (2010). Etnomethodología. *Discurso & Sociedad*, 4(3), 598-614. <http://www.dissoc.org/ediciones/v04n03/DS4%283%29Firth.pdf>
- Fiske, S. T., Cuddy, A. J. C., Glick, P., & Xu, J. (2002). A model of (often mixed) stereotype content: Competence and warmth respectively follow from perceived status and competition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 878-902. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.6.878>
- Flick, U. (2007). *El diseño de la investigación cualitativa*. Ediciones Morata, S.L.
- Flick, U. (2018). Triangulation. En N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The SAGE Handbook of Qualitative Research* (5.ª ed., pp. 777-804). Sage.
- Foebel, A. D., Onder, G., Finne-Soveri, H., Lukas, A., Denking, M. D., Carfi, A., Vetrano, D. L., Brandi, V., Bernabei, R., & Liperoti, R. (2016). Physical Restraint and Antipsychotic Medication Use Among Nursing Home Residents With Dementia. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(2), 184.e9-184.e14. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.11.014>
- Foucault, M. (1979a). Entrevista sobre la prisión: el libro y su método. En J. Varela & F. Álvarez Uría (Eds.), *Microfísica del Poder* (pp. 87-101). La Piqueta.
- Foucault, M. (1979b). Las relaciones de poder penetran los cuerpos. En J. Varela & F. Álvarez Uría (Eds.), *Microfísica del Poder* (pp. 153-162). La Piqueta.
- Foucault, M. (1979c). Poder-Cuerpo. En J. Varela & F. Álvarez Uría (Eds.), *Microfísica del Poder* (pp. 103-110). La Piqueta.

- Foucault, M. (1979d). Poderes y estrategias. En J. Varela & F. Álvarez Uría (Eds.), *Microfísica del Poder* (pp. 163-174). La Piqueta.
- Foucault, M. (1992). *La voluntad de saber* (F. Álvarez Uría & J. Varela (eds.)). La Piqueta.
- Foucault, M. (2001). *Los anormales. Curso del Collège de France 1974-1975*. Akal.
- Foucault, M. (2002). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Siglo Veintiuno Editores.
- Foucault, M. (2005). *El poder psiquiátrico. Curso del Collège de France 1973-1974*. Akal.
- Foucault, M. (2006). *Seguridad, territorio, población: Curso en el Collège de France: 1977-198* (1.ª ed.). Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2012a). A propósito del encierro penitenciario. En M. Morey (Ed.), *Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones* (pp. 90-106). Alianza editorial.
- Foucault, M. (2012b). No al sexo rey. Entrevista por Bernard Henry-Levy. En M. Morey (Ed.), *Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones* (pp. 191-211). Alianza editorial.
- Foucault, M. (2012c). Poderes y estrategias. En M. Morey (Ed.), *Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones* (pp. 107-123). Alianza editorial.
- Foucault, M. (2012d). Un diálogo sobre el poder. Gilles Deleuze/Michel Foucault. En M. Morey (Ed.), *Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones* (pp. 29-43). Alianza editorial.
- Foucault, M. (2012e). *Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones* (M. Morey (ed.)). Alianza editorial.
- Foucault, M. (2012f). Verdad y poder. Diálogo con M. Fontana. En M. Morey (Ed.), *Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones* (pp. 169-190). Alianza editorial.
- Foucault, M. (2013a). ¿Crisis de la medicina o crisis de la antimedicina? En F. Álvarez Uría & J. Varela (Eds.), *Obras Esenciales. II. Estrategias de poder* (pp. 637-652). Paidós.
- Foucault, M. (2013b). ¿Es inútil sublevarse? En Á. Gabilondo (Ed.), *Obras Esenciales. III. Estética, ética y hermenéutica* (pp. 861-864). Paidós.
- Foucault, M. (2013c). El retorno de la moral. En Á. Gabilondo (Ed.), *Obras Esenciales. III. Estética, ética y hermenéutica* (pp. 1017-1026). Paidós.
- Foucault, M. (2013d). La ética del cuidado de sí como práctica de la libertad. En Á. Gabilondo (Ed.), *Obras Esenciales. III. Estética, ética y hermenéutica* (pp. 1027-1046). Paidós.
- Foucault, M. (2013e). La filosofía analítica de la política. En Á. Gabilondo (Ed.), *Obras Esenciales. III. Estética, ética y hermenéutica* (pp. 783-797). Paidós.
- Foucault, M. (2013f). La incorporación del hospital en la tecnología moderna. En Á. Gabilondo (Ed.), *Obras Esenciales. III. Estética, ética y hermenéutica* (pp. 771-782). Paidós.
- Foucault, M. (2013g). Las mallas del poder. En Á. Gabilondo (Ed.), *Obras Esenciales. III. Estética, ética y hermenéutica* (pp. 889-905). Paidós.
- Foucault, M. (2013h). Las técnicas de sí. En Á. Gabilondo (Ed.), *Obras Esenciales. III. Estética, ética y hermenéutica* (pp. 1069-1095). Paidós.
- Foucault, M. (2013i). Los intelectuales y el poder. En F. Álvarez Uría & J. Varela (Eds.), *Obras Esenciales. II. Estrategias de poder* (pp. 433-441). Paidós.
- Foucault, M. (2013j). Nacimiento de la medicina social. En F. Álvarez Uría & J. Varela (Eds.), *Obras Esenciales. II. Estrategias de poder* (pp. 653-671). Paidós.
- Foucault, M. (2013k). Prisiones y motines en las prisiones. En F. Álvarez Uría & J. Varela (Eds.), *Obras Esenciales. II. Estrategias de poder* (pp. 479-485). Paidós.
- Foucault, M. (2013l). Subjetividad y verdad. En Á. Gabilondo (Ed.), *Obras Esenciales. III. Estética, ética y hermenéutica* (pp. 907-912). Paidós.
- Foucault, M. (2018). *La sociedad punitiva. Curso del Collège de France (1972-1973)* (B. E. Harcourt, F. Ewald, & A. Fontana (eds.); 1.ª ed.). Akal.
- Francis-Coad, J., Hill, A. M., Jacques, A., Chandler, A. M., Richey, P. A., Mion, L. C., & Shorr, R. I. (2020). Association between characteristics of injurious falls and fall preventive interventions in acute

- medical and surgical units. *Journals of Gerontology - Series A Biological Sciences and Medical Sciences*, 75(10), E152-E158. <https://doi.org/10.1093/gerona/glaa032>
- Freeman, S., Spirgiene, L., Martin-Khan, M., & Hirdes, J. P. (2017). Relationship between restraint use, engagement in social activity, and decline in cognitive status among residents newly admitted to long-term care facilities. *Geriatrics and Gerontology International*, 17(2), 246-255. <https://doi.org/10.1111/ggi.12707>
- Fundación Cuidados Dignos. (2012). *Cómo se eliminan las sujeciones. Guía para la eliminación de sujeciones físicas y químicas en centros de atención sociosanitaria y domicilios*. <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/eliminarsujecionescuidadosdignos.pdf>
- Gabilondo, Á. (2013). La creación de modos de vida. En *Estética, ética y hermenéutica. Obras esenciales* (pp. 695-717). Paidós.
- Galán Cabello, C. M., Trinidad Trinidad, D., Ramos Cordero, P., Gómez Fernández, J. P., Alastruey Ruiz, J. G., Onrubia Pecharroman, A., López Andrés, E., & Hernández Ovejero, H. (2008). Uso de sujeciones físicas en una población anciana ingresada en residencias públicas. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 43(4), 208-213. [https://doi.org/10.1016/S0211-139X\(08\)71184-3](https://doi.org/10.1016/S0211-139X(08)71184-3)
- Gallego Riestra, S., Gutiérrez Rodríguez, J., & Fernández Guzmán, M. F. (2013). Aspectos legales del uso de medios de contención mecánica en los diferentes ámbitos asistenciales y sanitarios. Especial referencia a los ingresos por patologías no psíquicas en instituciones sanitarias abiertas. *Derecho y Salud*, 23(1), 77-95. <https://www.ajs.es/revista-derecho-y-salud/aspectos-legales-del-uso-de-medios-de-contencion-mecanica-en-los-diferentes-ambitos-asistenciales-y>
- Gaszenmüller Roig, C., Santos Urbaneja, F., López Ebrí, G., Fabrega Ruiz, C., Lopez-Mora Gonzalez, N., Alcántara Barbany, F., Mayor Fernández, D., & De la Blanca García, Á. (2010). *Manual de buenas prácticas de los servicios especializados del Ministerio Fiscal en la protección de las personas con discapacidad y apoyos, en la aplicación de la Convención de Nueva York sobre los derechos de las personas con discapacidad*. <https://www.icab.es/export/sites/icab/.galleries/documents-noticias/Manual-Ministerio-Fiscal-Proteccion-Personas-Discapacidad-2010.pdf>
- García García, P., & Beltrán Aguirre, J. L. (2012). El uso de contenciones en el ámbito de los Servicios Sociales de Navarra. *Revista Jurídica de Navarra*, 53-54, 71-112. <https://www.inforesidencias.com/resources/public/biblioteca/documentos/reglamentacion/20130614-analisis-juridico-decreto-contenciones-navarra.pdf>
- Garfinkel, H. (2006). *Estudios en Etnometodología*. Anthropos Editorial.
- Gastaldo, D., & Holmes, D. (1999). Foucault and nursing: A history of the present. *Nursing Inquiry*, 6(4), 231-240. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1800.1999.00042.x>
- Gastmans, C., & Milisen, K. (2006). Use of physical restraint in nursing homes: Clinical-ethical considerations. *Journal of Medical Ethics*, 32(3), 148-152. <https://doi.org/10.1136/jme.2005.012708>
- Gibbs, G. (2012). *El análisis de datos cualitativos en Investigación Cualitativa* (U. Flick (ed.)). Ediciones Morata, S.L.
- Gjerberg, E., Lillemoen, L., Pedersen, R., & Førde, R. (2015). Coercion in nursing homes: Perspectives of patients and relatives. *Nursing Ethics*, 23(3), 253-264. <https://doi.org/10.1177/0969733014564907>
- Gobierno de Aragón. (2009). Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón. *Boletín Oficial de Aragón*, 132, 18244-18280. <http://www.boa.aragon.es/cgi-bin/EBOA/BRSCGI?CMD=VEROBJ&MLKOB=390353230505>
- Gobierno de Canarias. (2019). Ley 16/2019, de 2 de mayo, de Servicios Sociales de Canarias. *Boletín Oficial de Canarias*, 94, 18033-18130. https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2019-8794
- Gobierno de Cantabria. (2019). Orden UMA/11/2019, de 14 de marzo, por la que se regulan los requisitos materiales y funcionales de los Centros de Servicios Sociales especializados de la Comunidad Autónoma de Cantabria. *Boletín Oficial de Cantabria*, 7, 319-359. <https://boc.cantabria.es/boces/verAnuncioAction.do?idAnuBlob=336700>

- Goethals, S., Dierckx de Casterlé, B., & Gastmans, C. (2012). Nurses' decision-making in cases of physical restraint: A synthesis of qualitative evidence. *Journal of Advanced Nursing*, 68(6), 1198-1210. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05909.x>
- Goethals, S., Dierckx de Casterlé, B., & Gastmans, C. (2013). Nurses' ethical reasoning in cases of physical restraint in acute elderly care: A qualitative study. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 16(4), 983-991. <https://doi.org/10.1007/s11019-012-9455-z>
- Gómez-Ayala, A.-E. (2005). Grandes síndromes geriátricos. *Farmacia Profesional*, 19(6), 70-74.
- Gómez Picard, P., Adrover Barceló, R. M., & Miguélez Chamorro, A. (2010). La coordinació sociosanitària en el servei de salut: una realitat necessària. En *Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2010* (CAtedra d', pp. 1-418).
- Gonnet, J. P. (2011). Lo social desde la perspectiva etnometodológica. *Papeles del CEIC: International Journal on Collective Identity Research*, 2(72), 1-21. <http://www.identidadcolectiva.es/pdf/72.pdf>
- González-Expósito, J., Carbajo-Payo, M., Sirvent-Navarro, V., García-Toca, N., González-Garzón, J., & Pariente-Rodrigo, E. (2017). Uso de contenciones en el anciano: la perspectiva de familiares y cuidadores. *Rev ROL Enferm*, 40(12-13), 754-760.
- González-Glaría, B., Marín-Carmona, J. M., Gutiérrez-Valencia, M., & Martínez-Velilla, N. (2018). Diagnostic protocol and management of delirium in elderly patients. *Medicine (Spain)*, 12(62), 3670-3674. <https://doi.org/10.1016/j.med.2018.09.005>
- Gray, H. M., Gray, K., & Wegner, D. M. (2007). Dimensions of mind perception. *Science*, 315(5812), 619. <https://doi.org/10.1126/science.1134475>
- Green, J., & Thorogood, N. (2014). *Qualitative methods for health research* (J. Seaman (ed.); 3.ª ed.). Sage.
- Grove, S. K., Gray, J. R., & Burns, N. (2016). *Investigación en enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia* (6.ª ed.). Elsevier.
- Guba, E., & Lincoln, Y. S. (2002). Paradigmas en competencia en la investigación educativa. En *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social*. (pp. 113-145). El Colegio de Sonora.
- Gulpers, M. J., Bleijlevens, M. H., Ambergen, T., Capezuti, E., Van Rossum, E., & Hamers, J. P. H. (2011). Belt restraint reduction in nursing homes: Effects of a multicomponent intervention program. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(11), 2029-2036. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03662.x>
- Gulpers, M. J., Bleijlevens, M. H., Capezuti, E., van Rossum, E., Ambergen, T., & Hamers, J. P. H. (2012). Preventing belt restraint use in newly admitted residents in nursing homes: A quasi-experimental study. *International Journal of Nursing Studies*, 49(12), 1473-1479. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.07.013>
- Gulpers, M. J., Bleijlevens, M. H., Van Rossum, E., Capezuti, E., & Hamers, J. P. (2010). Belt restraint reduction in nursing homes: Design of a quasi-experimental study. *BMC Geriatrics*, 10. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-10-11>
- Hamers, J. P. H., Bleijlevens, M. H., Gulpers, M. J., & Verbeek, H. (2016). Behind closed doors: Involuntary treatment in care of persons with cognitive impairment at home in the Netherlands. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(2), 354-358. <https://doi.org/10.1111/jgs.13946>
- Hamers, J. P. H., Meyer, G., Köpke, S., Lindenmann, R., Groven, R., & Huizing, A. R. (2009). Attitudes of Dutch, German and Swiss nursing staff towards physical restraint use in nursing home residents, a cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 46(2), 248-255. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.06.007>
- Haque, O. S., & Waytz, A. (2012). Dehumanization in Medicine: Causes, Solutions, and Functions. *Perspectives on Psychological Science*, 7(2), 176-186. <https://doi.org/10.1177/1745691611429706>
- Harris, L. T., & Fiske, S. T. (2006). Dehumanizing the lowest of the low. *Psychological Science*, 17(10), 847-853. <https://doi.org/10.4324/9781315187280-8>
- Harvey, G., & Kitson, A. (2016). PARIHS revisited: from heuristic to integrated framework for the successful

- implementation of knowledge into practice. *Implementation Science*, 11(1), 33-13. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0398-2>
- Haslam, N. (2006). Dehumanization: an integrative review. *Personality and Social Psychology Review*, 10(3), 252-264. https://doi.org/10.1207/s15327957pspr1003_4
- Haslam, N. (2007). Humanising medical practice: The role of empathy. *Medical Journal of Australia*, 187, 381-382. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01305.x>
- Haslam, N., & Loughnan, S. (2014). Dehumanization and Infrahumanization. *The Annual Review of Psychology*. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010213-115045>
- Haut, A., Kolbe, N., Strupeit, S., Mayer, H., & Meyer, G. (2010). Attitudes of relatives of nursing home residents toward physical restraints. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(4), 448-456. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2010.01341.x>
- Hawkins, S. F., & Morse, J. (2014). The praxis of courage as a foundation for care. *Journal of Nursing Scholarship*, 46(4), 263-270. <https://doi.org/10.1111/jnu.12077>
- Herce, J. A. (2016). El impacto del envejecimiento de la población en España. *Cuadernos de Información Económica*, 251(Marzo-Abril), 39-48. <https://doi.org/1132-9386>
- Higginbottom, G. M. A. (2004). Sampling issues in qualitative research. *Nurse researcher*, 12(1), 7-19. <https://doi.org/10.7748/nr2004.07.12.1.7.c5927>
- Hofmann, H., & Hahn, S. (2014). Characteristics of nursing home residents and physical restraint: A systematic literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 23(21-22), 3012-3024. <https://doi.org/10.1111/jocn.12384>
- Hofmann, H., Schorro, E., Haastert, B., & Meyer, G. (2015). Use of physical restraints in nursing homes: a multicentre cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 15(1), 129-8. <https://doi.org/10.1186/s12877-015-0125-x>
- Holstein, J. A. (2018). Advancing a Constructionist Analytics. En N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The SAGE Handbook of Qualitative Research* (Fifth, pp. 692-719). Sage.
- Huang, H. C., Huang, Y. T., Lin, K. C., & Kuo, Y. F. (2014). Risk factors associated with physical restraints in residential aged care facilities: A community-based epidemiological survey in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing*, 70(1), 130-143. <https://doi.org/10.1111/jan.12176>
- Iglesias-Guerra, J. A., Sánchez-Valdeón, L., Fernández-Fernández, J. A., Muñoz-Bermejo, L., Postigo-Mota, S., & Casado-Verdejo, I. (2023). Implicaciones para la enfermería española del informe de referencia sobre la década del envejecimiento saludable 2021-2030. *Revista ROL de Enfermería*, 46(1), 25-31. <https://doi.org/10.55298/ROL2023.4584>
- IMSERSO. (2011). Libro Blanco del Envejecimiento activo. En *Boletín de Estudios Geográficos*. https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/8088_8089libroblanc_oenv.pdf
- IMSERSO. (2017). *La personas mayores en España. Informe 2016. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas*. https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/112017001_informe-2016-persona.pdf
- Jacobsen, F. F., Mekki, T. E., Førlund, O., Folkestad, B., Kirkevold, Ø., Skår, R., Tveit, E. M., & Øye, C. (2017). A mixed method study of an education intervention to reduce use of restraint and implement person-centered dementia care in nursing homes. *BMC Nursing*, 16(55), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12912-017-0244-0>
- Jameton, A. (1984). *Nursing practice: the ethical issues*. Prentice Hall.
- Javet, F. (2018). La contención en Ehpad, point de vue d'un psychologue. *La Revue de l'Infirmière*, 67(244), 29-30. <https://doi.org/10.1016/j.revinf.2018.08.008>
- Jefatura del Estado Español. (1986). Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado*, 12, 1-24. <https://www.boe.es/buscar/pdf/1986/BOE-A-1986-10499-consolidado.pdf>
- Jefatura del Estado Español. (1995). Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. *Boletín*

- Oficial del Estado*, 19-23. <https://doi.org/10.2307/j.ctv9zchd1.4>
- Jefatura del Estado Español. (1999). 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. *Boletín Oficial del Estado*, 251, 36825-36830.
- Jefatura del Estado Español. (2002). 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 . *Boletín Oficial del Estado*, 274, 1-13.
- Jefatura del Estado Español. (2003). Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. *Boletín Oficial del Estado*, 29.
- Jefatura del Estado Español. (2006). *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia* (p. 15).
- Jefatura del Estado Español. (2019). Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Modificación del 2 de marzo de 2019. *Boletín Oficial del Estado*, 1-203. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-25444&tn=1&p=20190302>
- Johnstone, M.-J. (2009). *Bioethics: a nursing perspective*. Churchill Livingstone.
- Johnstone, M.-J. (2013). Ageism and moral exclusion of older people. *Aust Nurs Midwifery J*, 21(3), 27. <https://doi.org/10.1103/PhysRevA.86.023842>
- Kallio, H., Pietilä, A. M., Johnson, M., & Kangasniemi, M. (2016). Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *Journal of Advanced Nursing*, 72(12), 2954-2965. <https://doi.org/10.1111/jan.13031>
- Karagozoglu, S., Ozden, D., & Yildiz, F. T. (2013). Knowledge, attitudes, and practices of turkish intern nurses regarding physical restraints. *Clinical Nurse Specialist*, 27(5), 262-271. <https://doi.org/10.1097/NUR.0b013e3182a0baec>
- Kelly, S. E. (2013). Qualitative interviewing techniques and styles. En I. Bourgeault, R. Dingwall, & R. de Vries (Eds.), *The SAGE Handbook of Qualitative Methods in Health Research* (pp. 307-326). Sage.
- Kelman, H. C. (1973). Violence without moral restraint: Reflections on the dehumanization of victims and victimizers. *Journal of social Issues*, 29(4), 25-61. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1973.tb00102.x>
- Kelman, H. C., & Hamilton, V. L. (1989). *Crimes of obedience. Toward a Social Psychology of Authority and Responsibility*. Yale University Press.
- Kendall, G., & Wickham, G. (2004). The Foucaultian framework. En C. Seale, G. Gobo, J. F. Gubrium, & D. Silverman (Eds.), *Qualitative Research Practice* (pp. 141-150). Sage.
- Keucheyan, R. (2013). *Hemisferio izquierda. Un mapa de los nuevos pensamientos críticos*. Siglo Veintiuno Editores.
- Kihlgren, M., & Thorsén, H. (1996). Violation of the patient's integrity, seen by staff in long-term care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 10(2), 103-107. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.1996.tb00319.x>
- Koerber, A., & McMichael, L. (2008). Qualitative Sampling methods. A primer for technical communicators. *Journal of Business and Technical Communication*, 22(4), 454-473. <https://doi.org/10.1177/1050651908320362>
- Kong, E. H., Choi, H., & Evans, L. K. (2017). Staff perceptions of barriers to physical restraint-reduction in long-term care: a meta-synthesis. *Journal of Clinical Nursing*, 26(1-2), 49-60. <https://doi.org/10.1111/jocn.13418>
- Kong, E. H., & Evans, L. K. (2012). Nursing staff views of barriers to physical restraint reduction in nursing homes. *Asian Nursing Research*, 6(4), 173-180. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2012.10.007>
- Kong, E. H., Song, E., & Evans, L. K. (2017). Effects of a Multicomponent Restraint Reduction Program for Korean Nursing Home Staff. *Journal of Nursing Scholarship*, 49(3), 325-335. <https://doi.org/10.1111/jnu.12296>
- Köpke, S., Muñlhauser, I., Gerlach, A., Haut, A., Haastert, B., Möhler, R., & Meyer, G. (2012). Effect of a

- guideline-based multicomponent intervention on use of physical restraints in nursing homes: A randomized controlled trial. *JAMA*, 307(20), 2177-2184. <https://doi.org/10.1001/jama.2012.4517>
- Kor, P. P. Kin, Kwan, R. Y. C., Liu, J. Y. W., & Lai, C. (2018). Knowledge, Practice, and Attitude of Nursing Home Staff Toward the Use of Physical Restraint: Have They Changed Over Time? *Journal of Nursing Scholarship*, 50(5), 502-512. <https://doi.org/10.1111/jnu.12415>
- Koval, P., Laham, S. M., Haslam, N., Bastian, B., & Whelan, J. A. (2012). Our flaws are more human than yours: Ingroup bias in humanizing negative characteristics. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 38(3), 283-295. <https://doi.org/10.1177/0146167211423777>
- Kuper, A., Reeves, S., & Levinson, W. (2008). An introduction to reading and appraising qualitative research. *BMJ*, 337(a288), 404-407. <https://doi.org/10.1136/bmj.a288>
- Kurata, S., & Ojima, T. (2014). Knowledge, perceptions, and experiences of family caregivers and home care providers of physical restraint use with home-dwelling elders: A cross-sectional study in Japan. *BMC Geriatrics*, 14(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-14-39>
- Lachman, V. D. (2007). Moral courage: a virtue in need of development? *Medsurg nursing : official journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*, 16(2), 131-133.
- Lai, C., & Wong, I. E. (2008). Families' perspectives on the use of physical restraints. *Contemporary Nurse*, 27(2), 177-184. <https://doi.org/10.5172/conu.2008.27.2.177>
- Lam, K., Kwan, J. S. K., Wai Kwan, C., Chong, A. M. L., Lai, C., Lou, V. W. Q., Leung, A. Y. M., Liu, J. Y. W., Bai, X., & Chi, I. (2017). Factors Associated With the Trend of Physical and Chemical Restraint Use Among Long-Term Care Facility Residents in Hong Kong: Data From an 11-Year Observational Study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(12), 1043-1048. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.06.018>
- Lammers, J., & Stapel, D. A. (2011). Power increases dehumanization. *Group Processes & Intergroup Relations*, 14(1), 113-126. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/1368430210370042>
- Lan, S. J. S. H., Lu, L. C., Lan, S. J. S. H., Chen, J. C., Wu, W. J., Chang, S. P., & Lin, L. Y. (2017). Educational intervention on physical restraint use in long-term care facilities – Systematic review and meta-analysis. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 33(8), 411-421. <https://doi.org/10.1016/j.kjms.2017.05.012>
- LaSala, C. A., & Bjarnason, D. (2010). Creating workplace environments that support moral courage. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 15(3). <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol15No03Man04>
- Leahy-Warren, P., Varghese, V., Day, M. R., & Curtin, M. (2018). Physical restraint: perceptions of nurse managers, registered nurses and healthcare assistants. *International Nursing Review*, 65(3), 327-335. <https://doi.org/10.1111/inr.12434>
- Lee, D. C. A., Robins, L. M., Bell, J. S., Srikanth, V., Möhler, R., Hill, K. D., Griffiths, D., & Haines, T. P. (2021). Prevalence and variability in use of physical and chemical restraints in residential aged care facilities: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 117, 103856. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103856>
- Leedahl, S. N., Chapin, R. K., & Little, T. D. (2015). Multilevel examination of facility characteristics, social integration, and health for older adults living in nursing homes. *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 70(1), 111-122. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbu112>
- Leyens, J.-P., Cortes, B., Demoulin, S., Dovidio, J. F., Fiske, S. T., Gaunt, R., Paladino, M. P., Rodriguez-Perez, A., Rodriguez-Torres, R., & Vaes, J. (2003). Emotional prejudice, essentialism, and nationalism: The 2002 Tajfel Lecture. *European Journal of Social Psychology*, 33(6), 703-717. <https://doi.org/10.1002/ejsp.170>
- Leyens, J.-P., Paladino, P. M., Rodriguez-Torres, R., Vaes, J., Demoulin, S., Rodriguez-Perez, A., & Gaunt, R. (2000). The emotional side of prejudice: The attribution of secondary emotions to ingroups and outgroups. *Personality and Social Psychology Review*, 4(2), 186-197. https://doi.org/10.1207/S15327957PSPR0402_06
- Leyens, J.-P., Rodriguez-Perez, A., Rodriguez-Torres, R., Gaunt, R., Paladino, M.-P., Vaes, J., & Demoulin, S. (2001). Psychological essentialism and the differential attribution of uniquely human emotions to

- ingroups and outgroups. *European Journal of Social Psychology*, 31(4), 395-411. <https://doi.org/10.1002/ejsp.50>
- Li, Y., Wang, Y. W., Gu, Y., Gong, D., Jiang, S., Li, J., & Xu, H. (2022). Knowledge, Attitude, and Practice of Nursing Home Staff Regarding Physical Restraint in China: A Cross-Sectional Multicenter Study. *Frontiers in Public Health*, 10(May), 1-11. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.815964>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Sage. <https://us.sagepub.com/en-us/nam/naturalistic-inquiry/book842>
- Lockwood, C., Stannard, D., Munn, Z., Porritt, K., Carrier, J., Rittenmeyer, L., Bjerrum, M., & Salmond, S. (2018). The patient/significant other experience of physical restraint in acute care settings. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 16(3), 622-627. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2017-003457>
- López-Deflory, C., Perron, A., & Miró-Bonet, M. (2022). A Methodological and Practical Guide to Study Peripheral Voices in Qualitative Research. *International Journal of Qualitative Methods*, 21, 1-10. <https://doi.org/10.1177/16094069221100639>
- López-Rodríguez, L., Cuadrado, I., & Navas, M. (2013). Aplicación extendida del Modelo del Contenido de los Estereotipos (MCE) hacia tres grupos de inmigrantes en España. *Estudios de Psicología*, 34(2), 197-208. <https://doi.org/10.1174/021093913806751375>
- Loza, R. M., Mamani Condori, J. L., Mariaca Mamani, J. S., & Yanqui Santos, F. E. (2021). Paradigma sociocrítico en investigación. *PSIQUEMAG/ Revista Científica Digital de Psicología*, 9(2), 30-39. <https://doi.org/10.18050/psiquemag.v9i2.2656>
- Macho-Perez, O., Arroyo-Huidobro, M., Giménez Buendía, M. del C., & Gálvez-Barrón, C. (2021). ¿El usuario sanitario considera las barandillas como una sujeción física? *Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia*, 56(1), 59-60. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.06.008>
- Martínez-Rodríguez, T., Díaz-Veiga, P., Rodríguez, P., & Sancho, M. (2015). Modelos de atención centrada en la persona. Presentación de cuadernos prácticos. En *Informes envejecimiento en red* (Vol. 12). <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-modeloatencioncuadernosmatia.pdf>
- Martínez, A. G., Piff, P. K., Mendoza-Denton, R., & Hinshaw, S. P. (2011). The power of a label: Mental illness diagnoses, ascribed humanity, and social rejection. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 30(1), 1-23. <https://doi.org/10.1521/jscp.2011.30.1.1>
- Martínez Ques, Á. A. (2015). La protección jurídica de las personas mayores desde la perspectiva de los derechos humanos. *Revista de Derecho de la UNED*, 17, 1067-1102. <https://doi.org/10.5944/rduned.17.2015.16262>
- Martínez, R., Moya, M., & Rodríguez-Bailón, R. (2017). Humanos, animales y máquinas: entendiendo el proceso de deshumanización. *Escritos de Psicología*, 10(3), 178-189. <https://doi.org/10.5231/psy.writ.2017.30112>
- Martínez, R., Rodríguez-Bailón, R., Moya, M., & Vaes, J. (2015). Interacting with dehumanized others? Only if they are objectified. *Group Processes and Intergroup Relations*, 20(4), 465-482. <https://doi.org/10.1177/1368430215612219>
- Mays, N., & Pope, C. (2000). Assessing quality in qualitative research. *BMJ*, 320(7226), 50-52. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7226.50>
- McCarthy, J., & Gastmans, C. (2015). Moral distress: A review of the argument-based nursing ethics literature. *Nursing Ethics*, 22(1), 131-152. <https://doi.org/10.1177/0969733014557139>
- McLafferty, I. (2004). Focus group interviews as a data collecting strategy. *Journal of advanced nursing*, 48(2), 187-194. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03186.x>
- Mengelers, A. M. H. J., Bleijlevens, M. H., Verbeek, H., Capezuti, E., Tan, F. E. S., & Hamers, J. P. H. (2019). Professional and family caregivers' attitudes towards involuntary treatment in community-dwelling people with dementia. *Journal of Advanced Nursing*, 75(1), 96-107. <https://doi.org/10.1111/jan.13839>
- Miguélez Chamorro, A., Fuster Culebras, J., Gómez Picard, P., García Pineda, A., Duro Robles, R., Carandell

- Jäguer, E., Palomino Chacón, M., Moragues Sbert, G., Serratusell Sabater, E., Fuster Obrador, P., & Ezinmo Barrera, Ó. (2017). *Plan de atención a las personas con enfermedades crónicas* (Conselleri).
- Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. (2022). Resolución de 28 de julio de 2022, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acre. En *Boletín Oficial del Estado*. <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/agenda2030/index.htm>
- Ministerio de Sanidad. (2020). Orden SND/265/2020, de 19 de marzo, de adopción de medidas relativas a las residencias de personas mayores y centros socio-sanitarios, ante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. En *Boletín Oficial del Estado*. <https://www.boe.es/eli/es/o/2020/03/19/snd265>
- Möhler, R., & Meyer, G. (2014). Attitudes of nurses towards the use of physical restraints in geriatric care: A systematic review of qualitative and quantitative studies. *International Journal of Nursing Studies*, 51(2), 274-288. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.10.004>
- Möhler, R., Richter, T., Köpke, S., Meyer, G., Möhler, R., Richter, T., Köpke, S., & Meyer, G. (2011). Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints in long-term geriatric care - a Cochrane Review. *Journal of Clinical Nursing*, 21(2). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007546.pub2>
- Montalvo Jääskeläinen, F., & Asensi Pallarés, E. (2013). El recurso a la proporcionalidad de nuestros tribunales en el enjuiciamiento de la responsabilidad por medio de contención en el ámbito sanitario y sociosanitario. *Derecho y Salud*, 23(1), 212-221. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5072404>
- Monticelli, M., Cruz, J., & Villareal, M. (2008). Etnografía: Bases teórico-filosóficas y metodológicas y sus aplicaciones en enfermería. En M. L. do Prado, M. de L. de Souza, & T. elisa Carraro (Eds.), *Investigación cualitativa en Enfermería: Contexto y bases conceptuales* (pp. 131-145). Organización Panamericana de la Salud.
- Moreno-Mulet, C. (2016). *Conflictos éticos y acciones de resistencia: los profesionales de atención primaria de Mallorca frente a los recortes en el sistema público de salud*. [Tesis Doctoral, Universitat de les Illes Balears, Repositori Institucional de la Universitat de les Illes Balears]. <http://hdl.handle.net/11201/148766>
- Moreno-Mulet, C. (2018). Coraje moral y (micro)-resistencia: «nuevas» competencias de los profesionales de salud para la lucha contra la desigualdad. *Dilemata*, 26, 143-155.
- Morey, M. (2012). Introducción. En M. Morey (Ed.), *Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones* (pp. 9-27). Alianza editorial.
- Morey, M. (2013). Para una política de la experiencia. En M. Morey (Ed.), *Obras Esenciales. I. Entre filosofía y literatura* (pp. 13-26). Paidós.
- Morley, J. E., Kusmaul, N., & Berg-Weger, M. (2021). Meaningful Engagement in the Nursing Home. *Journal of Gerontological Social Work*, 64(1), 33-42. <https://doi.org/10.1080/01634372.2020.1864543>
- Muñiz, R., Gómez, S., Curto, D., Hernández, R., Marco, B., García, P., Tomás, J. F., & Olazarán, J. (2016). Reducing Physical Restraints in Nursing Homes: A Report From Maria Wolff and Sanitas. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(7), 633-639. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.03.011>
- Nadin, S., & Cassell, C. (2006). The use of a research diary as a tool for reflexive practice: Some reflections from management research. *Qualitative Research in Accounting & Management*, 3(3), 208-217. <https://doi.org/10.1108/11766090610705407>
- Nebot-Marzal, C. M., Mira-Solves, J. J., Guilabert-Mora, M., Perez-Jover, V., Pablo-Comeche, D., Quiros-Morato, T., & Cuesta Peredo, D. (2014). Conjunto de indicadores de calidad y seguridad para hospitales de la Agencia Valenciana de Salud. *Revista de Calidad Asistencial*, 29(1), 29-35. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2013.08.003>
- Numminen, O., Repo, H., & Leino-Kilpi, H. (2017). Moral courage in nursing: A concept analysis. *Nursing Ethics*, 24(8), 878-891. <https://doi.org/10.1177/0969733016634155>

- O'Brien, G. (2003). People with cognitive disabilities: the Argument from Marginal Cases and social work ethics. *Social Work, 48*(3), 331-337. <https://doi.org/10.1093/sw/48.3.331>
- O'Brien, M., O'Brien-Olinger, S., Boccaletti, L., Milianta, S., Caciula, I., Laurola, H., Perttu, S., Kadzik-Bartoszewska, A., Canning, K., & Quinn, S. (2016). *Elder abuse context and theory: Finland, Ireland, Italy and Romania*. Erasmus+.
- OMC. (2015). *Declaración de la Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial sobre «contención mecánica de pacientes»*.
- OMS. (2002a). Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato a las Personas Mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología, 37*(6), 332-333. [https://doi.org/10.1016/s0211-139x\(02\)74839-7](https://doi.org/10.1016/s0211-139x(02)74839-7)
- OMS. (2002b). Envejecimiento activo: un marco político. *Rev Esp Geriatr Gerontol, 37*(S2), 74-105. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-envejecimiento-activo-un-marco-politico-13035694>
- OMS. (2003). El maltrato de las personas mayores. En E. G. Krug, L. L. Dahlberg, J. a Mercy, A. B. Zwi, & R. Lozano (Eds.), *Informe Mundial Sobre la Violencia y la Salud*. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- OMS. (2021). *Caídas*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>
- ONU. (1991a). *Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad* (p. 3). <https://www.acnur.org/5b6caf814.pdf>
- ONU. (1991b). *Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental (Resolución 6/119, de 17 de diciembre de 1991)*.
- ONU. (2003). Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. En *Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*. <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf>
- ONU. (2006). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
- Opotow, S. (1990). Moral exclusion and injustice: an introduction. *Journal of Social Issues, 46*(1), 1-20. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1990.tb00268.x>
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). Derechos Humanos y Salud: Personas Mayores. En *Organización Panamericana de la Salud*. (p. 12).
- Øye, C., Jacobsen, F. F., & Mekki, T. E. (2017). Do organisational constraints explain the use of restraint? A comparative ethnographic study from three nursing homes in Norway. *Journal of Clinical Nursing, 26*(13-14), 1906-1916. <https://doi.org/10.1111/jocn.13504>
- Palazzo, G., Krings, F., & Hoffrage, U. (2012). Ethical Blindness. *Journal of Business Ethics, 109*(3), 323-338. <https://doi.org/10.1007/s10551-011-1130-4>
- Palliser, M. (2018). La ceguera moral y sus tipos en Hildebrand. *Quién: revista de filosofía personalista, 8*(8), 55-75.
- Parlamento Europeo. (2000). Carta de los Derechos fundamentales de la Unión Europea. *Diario Oficial de la Unión Europea, 364*, 1-22. https://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_es.pdf
- Parra-Hidalgo, P., Calle-Urra, J. E., Ramón-Esparza, T., Peiró-Moreno, S., & Meneu-de Guillerma, R. (2012). Indicadores De Calidad Para Hospitales Del Sistema Nacional De Salud. En *Sociedad Española de Calidad Asistencial*.
- Pastor Martín, J., & Ovejero Bernal, A. (2005). Michel Foucault, pensador, intelectual específico y profesor universitario comprometido. *Aula abierta, 86*(86), 75-86.
- Paterson, B. (2011). How corrupted cultures lead to abuse of restraint interventions. *Learning Disability Practice, 14*(7), 24-28.

- Paz, S. (2017). La deshumanización de la sociedad. *Razón y Palabra*, 21(4), 688-697.
- Pedraz Marcos, A., Zarco Colón, J., Ramasco Gutiérrez, M., & Palmar Santos, A. M. (2014). *Investigación Cualitativa*. Elsevier.
- Penelo, E., Estévez-Guerra, G. J., & Fariña-López, E. (2018). Validity and measurement invariance of the Physical Restraint Use Questionnaire (PRUQ) in nursing staff. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5-6), e1179-e1188. <https://doi.org/10.1111/jocn.14253>
- Pérez Díaz, J., Ramiro Fariñas, D., Aceituno Nieto, P., Muñoz Díaz, C., Bueno López, C., Ruiz-Santacruz, J. S., Fernández Morales, I., Castillo Belmonte, A. B., de las Obras-Loscertales Sampérez, J., & Villuendas Hijosa, B. (2022). Un perfil de las personas mayores en España, 2022. Indicadores estadísticos básicos. *Informes Envejecimiento en red n°29*. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2022.pdf>
- Pérez Serrano, G. (2008). *Investigación cualitativa. Retos e Interrogantes*. La Muralla.
- Petretto, D. R., Pili, R., Gaviano, L., Matos López, C., & Zuddas, C. (2016). Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales. *Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia*, 51(4), 229-241. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2015.10.003>
- Pettigrew, T. F., & Tropp, L. R. (2006). A meta-analytic test of intergroup contact theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 90(5), 751-783. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.90.5.751>
- Pinheiro Da Costa, P. E. (2017). Michel Foucault: el «cuidado de sí» entre ética y política. En E. Chamorro Sánchez (Ed.), *Michel Foucault y los sistemas de pensamiento. Una mirada histórica* (pp. 95-102). CENALTES. <https://doi.org/10.5281/zenodo.439049>
- Plataforma Nacional Sin Sujeciones. (2017). *Manifiesto de la Plataforma nacional sin sujeciones*. https://0cb7472a-8cf7-45ff-b550-15423a02585d.filesusr.com/ugd/fa22b7_2f16db4906a749e390e4c60ab3d7fe06.pdf
- Pope, C., Ziebland, S., & Mays, N. (2000). Analysing qualitative data. *BMJ*, 320, 114-116. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7227.114>
- Principado de Asturias. (2002). Decreto 79/2002, de 13 de junio, por el que se aprueba el Reglamento de autorización, registro, acreditación e inspección de centros de atención de servicios sociales. *Boletín Oficial del Principado de Asturias*, 8509-8524. <https://sede.asturias.es/bopa/disposiciones/repositorio/LEGISLACION01/66/5/001U001W7P0002.pdf>
- Ramos, C. A. (2015). Los paradigmas de la investigación científica. *Avances en Psicología*, 23(1), 9-17. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2015.v23n1.167>
- Ramos Cordero, P., López Trigo, J. A., Maíllo Pedraz, H., & Paz Rubio, J. M. (2015). Sujeciones mecánicas y farmacológicas en servicios y centros geriátricos y gerontológicos. *Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia*, 50(1), 35-38. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2014.09.006>
- Rapley, T. (2004). Interviews. En C. Seale, G. Gobo, J. F. Gubrium, & D. Silverman (Eds.), *Qualitative Research Practice* (1.ª ed., pp. 15-33). Sage.
- Reeves, S., Albert, M., Kuper, A., & Hodges, B. D. (2008). Qualitative research: Why use theories in qualitative research? *Bmj*, 337, a949. <https://doi.org/10.1136/bmj.a949>
- Registered Nurses' Association of Ontario, R. (2012). *Fomento de la seguridad : Alternativas al uso de contenciones* (p. 154). Unidad de Investigación en Cuidados de Salud, Investén-isciii. Instituto Carlos III de España. https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/translations/D0045_Contenciones_2012.pdf
- Registered Nurses' Association of Ontario, R. (2016). *Delirio, Demencia y Depresión en las Personas Mayores: Valoración y Cuidados*. https://www.bpsos.es/wp-content/uploads/2020/01/D0007_DDD.pdf
- Registered Nurses' Association of Ontario, R. (2017). *Prevención de Caídas y Disminución de Lesiones derivadas de las Caídas*. https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/translations/D0021_Prevencion_Caidas_2017.pdf
- Rodríguez-Cabrero, G. (2019). Longevidad y dependencia. La nueva contingencia del siglo XXI.

- EKONOMIAZ. Revista vasca de Economía*, 96(2), 140-169.
- Rodríguez-Cabrero, G., & Monserrat-Codorniu, J. (2002). Modelos de atención sociosanitaria. Una aproximación a los costes de la dependencia. En 2002. IMSERSO.
- Rodríguez-Molinero, A., Narvaiza, L., Gálvez-Barrón, C., de la Cruz, J. J., Ruíz, J., Gonzalo, N., Valldosera, E., & Yuste, A. (2015). Caídas en la población anciana española: Incidencia, consecuencias y factores de riesgo. *Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia*, 50(6), 274-280. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2015.05.005>
- Rodríguez-Montejano, J., Dios-Aguado, M., Gómez-Cantarino, S., Domínguez-Isabel, P., Loureiro, C. R. E. da C., & Queirós, P. J. P. (2022). Un dilema actual: ¿El uso de sujeciones como técnica terapéutica garantiza la dignidad de la persona? *Revista de Enfermagem Referencia, Serie VI(1)*, e21068. <https://doi.org/10.12707/RV21068>
- Rodríguez, A., Coello, E., Betancor Rodríguez, V., Rodríguez, R., & Delgado, N. (2006). Amenaza al endogrupo y nivel de infrahumanización del exogrupo. *Psicothema*, 18(1), 73-77.
- Rodríguez Delgado, J. (2013). Contenciones mecánicas en geriatría: propuestas técnicas y recomendaciones de uso en el ámbito social. *Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia*, 48(4), 185-189. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2013.03.008>
- Rodríguez Pérez, A., Betancor Rodríguez, V., & Delgado Rodríguez, N. (2010). L'estudi de la deshumanització i la infrahumanització en psicologia. *Anuari de psicologia de la Societat Valenciana de Psicologia*, 13(1-2), 171-187. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5862214>
- Rodríguez Rodríguez, P. (2013). *La Atención integral y centrada en la persona*. Fundación Pilares para la autonomía personal.
- Rodríguez Sánchez, M. I., Rodríguez Cabello, M. P., & Martínez Martín, M. L. (2021). Modelo de cuidados sin sujeciones en residencias de ancianos. Revisión narrativa. *Gerokomos*, 32(4), 238-244. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2021000500238&script=sci_arttext&lng=pt
- Rycroft-Malone, J., Seers, K., Chandler, J., Hawkes, C. A., Crichton, N., Allen, C., Bullock, I., & Strunin, L. (2013). The role of evidence, context, and facilitation in an implementation trial: Implications for the development of the PARIHS framework. *Implementation Science*, 8(1), 28-13. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-28>
- Saarnio, R., & Isola, A. (2009). Use of Physical Restraint in Institutional Elderly Care in Finland. Perspectives of patients and their family members. *Research in Gerontological Nursing*, 2(4), 276-286. <https://doi.org/10.3928/19404921-20090706-02>
- Saarnio, R., & Isola, A. (2010). Nursing staff perceptions of the use of physical restraint in institutional care of older people in Finland. *Journal of Clinical Nursing*, 19(21-22), 3197-3207. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03232.x>
- Sáez López, P., González Montalvo, J. I., Ojeda Thies, C., & Gómez Campelo, P. (2019). *Registro Nacional Fracturas de Cadera. Informe anual 2018* (P. Sáez López (ed.)). <http://rnfc.es/wp-content/uploads/2019/11/Informe-Anual-RNFC-2018-1.pdf>
- Salech, F., Jara, R., & Michea, L. (2012). Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(1), 19-29. [https://doi.org/10.1016/s0716-8640\(12\)70269-9](https://doi.org/10.1016/s0716-8640(12)70269-9)
- Sánchez, M. C., & Revuelta Domínguez, F. I. (2005). El proceso de transcripción en el marco de la metodología de investigación cualitativa actual. *Enseñanza & Teaching: Revista Interuniversitaria de Didáctica*, 23, 367-386. https://campus.usal.es/~revistas_trabajo/index.php/0212-5374/article/view/4247/4262
- Sanchis Sánchez, E., Igual Camacho, C., Sánchez Frutos, J., & Blasco Igual, M. C. (2014). Estrategias de envejecimiento activo: Revisión bibliográfica. *Fisioterapia*, 36(4), 177-186. <https://doi.org/10.1016/j.ft.2013.04.007>
- Santana, R. F., Delvalle, R., Souza, L. M. D. S., Menezes, A. K., Capeletto, C. D. S. G., Ferreira, T. C. B., & Melo, U. G. (2018). Mechanical containment in long-stay institutions for the elderly. *Revista de Enfermagem*, 12(12), 3394. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a234527p3394-3400-2018>
- Santos-Eggimann, B., Cuénoud, P., Spagnoli, J., & Junod, J. (2009). Prevalence of frailty in middle-aged and

- older community-dwelling Europeans living in 10 countries. *Journals of Gerontology - Series A Biological Sciences and Medical Sciences*, 64A(6), 675-681. <https://doi.org/10.1093/gerona/glp012>
- Scheepmans, K., de Casterlé, B. D., Paquay, L., & Milisen, K. (2018). Restraint use in older adults in home care: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 79(July 2017), 122-136. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.11.008>
- Scheepmans, K., de Casterlé, B., Paquay, L., Van Gansbeke, H., & Milisen, K. (2017). Restraint Use in Older Adults Receiving Home Care. *J Am Geriatr Soc.*, 65(8), 1769-1776.
- Scheepmans, K., Milisen, K., Vanbrabant, K., Paquay, L., Van Gansbeke, H., & Dierckx de Casterlé, B. (2019). Factors associated with use of restraints on older adults with home care: A secondary analysis of a cross-sectional survey study. *International Journal of Nursing Studies*, 89, 39-45. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.07.019>
- Schulman-Green, D. (2003). Coping mechanisms of physicians who routinely work with dying patients. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 47(3), 253-264. <https://doi.org/10.2190/950h-u076-t5jb-x6hn>
- Schwartz, S. H., & Struch, N. (1989). Values, stereotypes and intergroup antagonism. En D. Bar-Tal, C. . Grauman, A. . Kruglanski, & W. Stroebe (Eds.), *Stereotyping and Prejudice: Changing conceptions* (pp. 151-167). Springer. <https://www.springer.com/gp/book/9781461281658>
- Secretaría de Estado de Derechos Sociales. (2020). *Informe del grupo de Trabajo de COVID-19 y residencias*. https://www.msbs.gob.es/ssi/imsero/docs/GTCOVID_19_RESIDENCIAS.pdf
- SEGG. (2014). *Documento de Consenso sobre Sujeciones Mecánicas y Farmacológicas*. https://www.segg.es/media/descargas/Documento_de_Consenso_sobre_Sujeciones.pdf
- Servei de Salut de les Illes Balears. (2003). *Carta de Derechos y Deberes del paciente (Ley 5/2003 de abril, de salud de las Islas Baleares)*. <https://www.ibsalut.es/es/info-ciudadania/atencion-al-usuario/derechos-y-deberes>
- Servei de Salut de les Illes Balears. (2022). *Plan de Humanización en el Ámbito de la Salud 2022-2027*. Conselleria de Salut i Consum. https://www.ibsalut.es/docs/Plans_programes_estrategies/ES/Plan_Humanización_IB-SALUT_ESP.pdf
- Sharifi, A., Arsalani, N., Fallahi-Khoshknab, M., & Mohammadi-Shahbolaghi, F. (2021). The principles of physical restraint use for hospitalized elderly people: an integrated literature review. *Systematic Reviews*, 10(1), 129. <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01676-8>
- Sharifi, A., Arsalani, N., Fallahi-Khoshknab, M., Mohammadi-Shahbolaghi, F., & Ebadi, A. (2020). Iranian nurses' perceptions about using physical restraint for hospitalized elderly people: A cross-sectional descriptive-correlational study. *BMC Geriatrics*, 20(1), 233-237. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01636-2>
- Sharp, S., Mcallister, M., & Broadbent, M. (2018). The tension between person centred and task focused care in an acute surgical setting: A critical ethnography. *Collegian*, 25(1), 11-17. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2017.02.002>
- Siddiqi, N., Teale, E. A., Barugh, A., & Sutton, A. J. (2016). Interventions for preventing delirium in hospitalised non-ICU patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD005563. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005563.pub3>
- Soeno, S., Takada, T., Takeshima, T., Kaneyama, M., Sagawa, M., Hayashi, M., Miyashita, J., Azuma, T., Fukuma, S., & Fukuhara, S. (2021). Association between the use of physical restraint and functional decline among older inpatients admitted with pneumonia in an acute care hospital: A retrospective cohort study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 94, 104330. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104330>
- Staub, E. (1989). *The roots of evil: the origins of genocide and other group violence*. Cambridge University Press. <https://lib.ugent.be/catalog/rug01:001873024>
- Stevens, M., Biggs, S., Dixon, J., Tinker, A., & Manthorpe, J. (2013). Interactional perspectives on the mistreatment of older and vulnerable people in long-term care settings. *British Journal of Sociology*, 64(2), 267-286. <https://doi.org/10.1111/1468-4446.12017>
- Suen, L. K. P., Lai, C., Wong, T. K. S., Chow, S. K. Y., Kong, S. K. F., Ho, J. Y. L., Kong, T. K., Leung, J. S. C., &

- Wong, I. Y. C. (2006). Use of physical restraints in rehabilitation settings: Staff knowledge, attitudes and predictors. *Journal of Advanced Nursing*, 55(1), 20-28. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03883.x>
- Tajfel, H. (1984). *Grupos humanos y categorías sociales*. Herder.
- Taylor, S. ., & Bogdan, R. (1987). El trabajo con los datos. Análisis de los datos en investigación cualitativa. En *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Introduction to Research Methods. The search form meanings* (pp. 152-176). Paidós.
- Te Boekhorst, S., Depla, M. F. I. A., Francke, A. L., Twisk, J. W. R., Zwijsen, S. A., & Hertogh, C. M. P. M. (2013). Quality of life of nursing-home residents with dementia subject to surveillance technology versus physical restraints: An explorative study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(4), 356-363. <https://doi.org/10.1002/gps.3831>
- Ten Have, P. (2004). Ethnomethodology's Perspective. En *Understanding Qualitative Research and Ethnomethodology* (pp. 14-30). Sage.
- Testad, I., Mekki, T. E., Fjørland, O., Øye, C., Tveit, E. M., Jacobsen, F., & Kirkevold, Ø. (2016). Modeling and evaluating evidence-based continuing education program in nursing home dementia care (MEDCED) - Training of care home staff to reduce use of restraint in care home residents with dementia. A cluster randomized controlled trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31(1), 24-32. <https://doi.org/10.1002/gps.4285>
- The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. (1979). *The Belmont Report*. <https://doi.org/10.1021/bi00780a005>
- Thomann, S., Hahn, S., Bauer, S., Richter, D., & Zwahlen, S. (2021). Variation in restraint use between hospitals: a multilevel analysis of multicentre prevalence measurements in Switzerland and Austria. *BMC Health Services Research*, 21(367), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06362-y>
- Thomas, K. S., Hyer, K., Castle, N. G., Branch, L. G., Andel, R., & Weech-Maldonado, R. (2012). Patient safety culture and the association with safe resident care in nursing homes. *Gerontologist*, 52(6), 802-811. <https://doi.org/10.1093/geront/gns007>
- Thornberg, R., & Charmaz, K. (2014). Grounded Theory and Theoretical Coding. En U. Flick (Ed.), *The SAGE of Qualitative Data Analysis* (pp. 153-169). Sage.
- Tolson, D., & Morley, J. E. (2012). Physical Restraints: Abusive and Harmful. *Journal of the American Medical Directors Association*, 13(4), 311-313. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2012.02.004>
- Tortosa, M. Á., Granell, R., Fuenmayor, A., & Martínez, M. (2016). Efectos de un programa de eliminación de sujeciones físicas sobre personas mayores con demencia en residencias. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 51(1), 5-10. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2015.06.006>
- Tremblay, S., Castiglione, S., Audet, L. A., Desmarais, M., Horace, M., & Peláez, S. (2021). Conducting Qualitative Research to Respond to COVID-19 Challenges: Reflections for the Present and Beyond. *International Journal of Qualitative Methods*, 20, 1-8. <https://doi.org/10.1177/16094069211009679>
- Trifiletti, E., Di Bernardo, G. A., Falvo, R., & Capozza, D. (2014). Patients are not fully human: A nurse's coping response to stress. *Journal of Applied Social Psychology*, 44(12), 768-777. <https://doi.org/10.1111/jasp.12267>
- Tronto, J. (2010). Creating Caring Institutions: Politics, Plurality, and Purpose. *Ethics and Social Welfare*, 4(2), 158-171. <https://doi.org/10.1080/17496535.2010.484259>
- UNESCO. (2005). *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos* (pp. 80-86). http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html
- Urrutia Beaskoa, A. (2015). *Modelo de Cuidado Centrado en la Persona con reducción del uso de sujeciones físicas y químicas: conceptualización e implantación*. [Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid, Repositorio Institucional de la UCM]. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/44615/>
- Urrutia Beaskoa, A. (2018). *Cuidar: una revolución en el cuidado de las personas* (A. Torrego (ed.); 1.ª ed.). Editorial Planeta.

- Urrutia Beaskoa, A., & Ávila Blanco, H. (2017). *Evolución de las caídas de un grupo de personas mayores institucionalizadas tras la reducción de las sujeciones físicas y químicas*. Fundación Cuidados Dignos. <http://www.cuidadosdignos.org/wp-content/nuevo/Investigación-Eliminación-Sujeciones.pdf>
- Vaes, J., Leyens, J. P., Paladino, M. P., & Miranda, M. P. (2012). We are human, they are not: Driving forces behind outgroup dehumanisation and the humanisation of the ingroup. *European Review of Social Psychology*, 23(1), 64-106. <https://doi.org/10.1080/10463283.2012.665250>
- Vaes, J., & Muratore, M. (2013). Defensive dehumanization in the medical practice: A cross-sectional study from a health care worker's perspective. *British Journal of Social Psychology*, 52(1), 180-190. <https://doi.org/10.1111/bjso.12008>
- Valles, M. S. (2002). *Entrevistas cualitativas*. Centro de Investigaciones Sociológicas. <https://libreria.cis.es/libros/entrevistas-cualitativas/9788474763423/>
- Van Dijk, T. A. (2001). Critical Discourse Analysis. En D. Tannen, D. Schiffrin, & H. Hamilton (Eds.), *The Handbook of Discourse Analysis* (pp. 352-371). Blackwell Publishing Ltd.
- Van Dijk, T. A. (2016). Análisis Crítico del Discurso. *Revista Austral de Ciencias Sociales*, 30, 203-222. <https://doi.org/10.4206/rev.austral.cienc.soc.2016.n30-10>
- Vandervelde, S., Scheepmans, K., Milisen, K., van Achterberg, T., Vlaeyen, E., Flamaing, J., & Dierckx de Casterlé, B. (2021). Reducing the use of physical restraints in home care: development and feasibility testing of a multicomponent program to support the implementation of a guideline. *BMC Geriatrics*, 21(1), 77-18. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01946-5>
- Vanegas C., B. C. (2016). La investigación cualitativa: un importante abordaje del conocimiento para enfermería. *Revista Colombiana de Enfermería*, 6(6), 128-142. <https://doi.org/10.18270/rce.v6i6.1441>
- Vázquez Navarrete, M. L., Vargas Lorenzo, I., & Porthé, V. (2018). La redacción del apartado de metodología en los estudios cualitativos. En C. Álvarez Dardet, B. Lumbreras, E. Ronda, & M. T. Ruiz Cantero (Eds.), *Cómo elaborar un proyecto en ciencias de la salud* (pp. 34-39). Fundación Dr. Antoni Esteve. <https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/74447/1/Cuardeno43.pdf>
- Wang, J., Liu, W., Peng, D., Xiao, M., & Zhao, Q. (2020). The use of physical restraints in Chinese long-term care facilities and its risk factors: An observational and cross-sectional study. *Journal of Advanced Nursing*, 76(10), 2597-2609. <https://doi.org/10.1111/jan.14486>
- Wang, L., Zhu, X. P., Zeng, X. T., & Xiong, P. (2019). Nurses' knowledge, attitudes and practices related to physical restraint: a cross-sectional study. *International Nursing Review*, 66(1), 122-129. <https://doi.org/10.1111/inr.12470>
- Waytz, A., Gray, K., Epley, N., & Wegner, D. M. (2010). Causes and consequences of mind perception. *Trends in Cognitive Sciences*, 14(8), 383-388. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2010.05.006>
- Wazen Hervás, M. J. (2012). Aspectos del uso de restricciones físicas en ancianos institucionalizados. *Revista de los cuidados*, 5(10). http://www.index-f.com/new/cuiden/extendida.php?cdid=682457_1
- Weaver, K., & Olson, J. K. (2006). Understanding paradigms used for nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 53(4), 459-469. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03740.x>
- Weir, E. C. (2004). Identifying and preventing ageism among health-care professionals. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 11(2), 56-63. <https://doi.org/10.12968/ijtr.2004.11.2.13391>
- Wiener, R. L., Gervais, S. J., Brnjic, E., & Nuss, G. D. (2014). Dehumanization of older people: The evaluation of hostile work environments. *Psychology, Public Policy, and Law*, 20(4), 384-397. <https://doi.org/10.1037/law0000013>
- Willemse, B. M., De Jonge, J., Smit, D., Dasselhaar, W., Depla, M. F. I. A., & Pot, A. M. (2016). Is an unhealthy work environment in nursing home care for people with dementia associated with the prescription of psychotropic drugs and physical restraints? *International Psychogeriatrics*, 28(6), 983-994. <https://doi.org/10.1017/S1041610216000028>
- Williams, P. W. (2009). Age discrimination in the delivery of health care services to our elders. *Marquette Elder's Advisor*, 11, 1-46. http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1554060

- Wodak, R. (2004). Critical Discourse Analysis. En C. Seale, G. Gobo, J. F. Gubrium, & D. Silverman (Eds.), *Qualitative Research Practice* (pp. 197-213). Sage.
- Yon, Y., Ramiro-Gonzalez, M., Mikton, C. R., Huber, M., & Sethi, D. (2019). The prevalence of elder abuse in institutional settings: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Public Health, 29*(1), 58-67. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky093>
- Zaidi, A. (2008). Características y retos del envejecimiento de la población: La perspectiva europea. *Envejecimiento de la población*. <https://www.euro.centre.org/downloads/detail/686>
- Zapater, A., Soberón, C., & Gómez-Gutiérrez, M. (2021). Prevalencia y factores de riesgo del maltrato a personas mayores en el ámbito familiar en España: una revisión. *Revista de Victimología, 91-110*. <https://doi.org/10.12827/RVJV.12.04>
- Zarco Colón, J., Ramasco Gutiérrez, M., Pedraz Marcos, A., & Palmar Santos, A. M. (2019). *Investigación cualitativa en salud*. Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Zimbardo, P. J., Haney, C., Banks, W. C., & Jaffe, D. (1986). La psicología del encarcelamiento: Privación, poder y patología. *Revista de Psicología Social, 1*(1), 95-105. <https://doi.org/10.1080/02134748.1986.10821547>
- Zorrilla, C. (2017). El último Foucault: entre la modernidad y las prácticas de existencia. *Dorsal. Revista Iberoamericana Estudios Foucaultianos, 2*, 111-127. <http://www.revistas.cenantes.cl/index.php/dorsal>
- Zwijzen, S. A., Depla, M. F. I. A., Niemeijer, A. R., Francke, A. L., & Hertogh, C. M. P. M. (2012). Surveillance technology: An alternative to physical restraints? A qualitative study among professionals working in nursing homes for people with dementia. *International Journal of Nursing Studies, 49*(2), 212-219. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.09.002>

Anexo 1. Índice extendido

RESUMEN	15
Capítulo 1. REFLEXIVIDAD Y POSICIONALIDAD	19
Capítulo 2. CONTEXTUALIZACIÓN.....	25
2.1. El envejecimiento poblacional: ¿triumfo, amenaza o reto?	25
2.1.1. Salud en el envejecimiento: de la promoción del envejecimiento saludable a la visión del déficit	27
2.2. Las políticas y la atención de las personas mayores en las instituciones sociosanitarias..	32
2.3. Las dos caras del cuidado a las personas mayores	34
2.3.1. El modelo de atención centrada en la persona	34
2.3.2. Cuando la atención causa daño: el maltrato a la persona mayor	36
2.3.3. El maltrato institucional a la persona mayor	37
Capítulo 3. INTRODUCCIÓN	41
3.1. Las contenciones físicas	41
3.1.1. La prevalencia de uso de las contenciones.....	43
3.1.2. El uso de las contenciones	45
3.2. Los efectos y las consecuencias del uso de las contenciones físicas	49
3.2.1. Los efectos físicos y psicológicos de las contenciones sobre el paciente	49
3.2.2. Análisis ético y deontológico (del uso) de las contenciones físicas	51
3.2.3. El marco legal que regula el uso de las contenciones físicas.....	58
3.3. Los modelos emergentes frente al uso de las contenciones	71
3.3.1. Las propuestas internacionales para el cuidado sin contenciones.....	71
3.3.2. Las propuestas nacionales para el cuidado sin contenciones	72
3.4. El cuidado con o sin contenciones físicas desde la práctica basada en la evidencia	76
3.4.1. Los resultados alcanzados en el cuidado sin contenciones físicas	78
Capítulo 4. REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	81
4.1. La cultura de la contención física desde la perspectiva de los usuarios	81
4.1.1. Los conocimientos de los usuarios sobre la contención física.....	81
4.1.2. Las actitudes de los usuarios ante la contención física.....	82
4.1.3. La práctica de los usuarios en relación al uso de las contenciones físicas	83
4.2. La cultura de la contención física desde la perspectiva de los profesionales sanitarios ...	84
4.2.1. Los conocimientos de los profesionales sanitarios sobre las contenciones físicas ...	84
4.2.2. Las actitudes de los profesionales sanitarios ante las contenciones físicas	86

4.2.3.	Las actitudes de los profesionales ante los conflictos éticos.....	90
4.2.4.	Las prácticas de los profesionales sanitarios en relación al uso de las contenciones físicas.....	93
4.2.5.	La relación entre los conocimientos, las actitudes y la práctica de los profesionales.....	98
4.3.	La cultura institucional de la contención física	99
Capítulo 5. MARCO TEÓRICO		103
5.1.	El paradigma crítico-social	103
5.2.	El entramado conceptual de Michel Foucault	104
5.2.1.	El poder según Foucault.....	107
5.2.2.	Los conceptos de Foucault relacionados con la cultura institucional: la seguridad y la disciplina	110
5.2.3.	Los conceptos de Foucault relacionados con las prácticas individuales: la normalización y la resistencia.....	118
5.3.	La teoría de la deshumanización.....	122
5.3.1.	Las teorías tempranas de la deshumanización	123
5.3.2.	La nueva mirada a la deshumanización	125
5.3.2.1.	La teoría de la Infrahumanización	125
5.3.2.2.	El modelo dual de la deshumanización: la animalización y la mecanización ..	126
5.3.2.3.	El Modelo del Contenido de los Estereotipos	130
5.3.2.4.	El Modelo la Percepción de la Mente.....	131
5.3.3.	El proceso de deshumanización.....	131
5.3.3.1.	¿Cómo se deshumaniza?	131
5.3.3.2.	¿Quién es deshumanizado?.....	132
5.3.3.2.1.	La deshumanización de las personas mayores	133
5.3.3.3.	¿Quién deshumaniza?	134
5.3.3.4.	¿Cuándo deshumanizan las personas?.....	135
5.3.3.5.	¿Dónde se produce la deshumanización?	136
5.3.3.5.1.	La deshumanización en el entorno sanitario	137
5.3.3.6.	¿Cuáles son las consecuencias de la deshumanización?.....	141
5.3.3.7.	¿Cómo podemos superar la deshumanización?.....	142
Capítulo 6. METODOLOGÍA		145
6.1.	Pregunta y objetivos de la investigación.....	145
6.2.	Diseño de la investigación	145
6.3.	Ámbito del estudio y participantes	148
6.4.	Recogida de datos	151
6.5.	Análisis (e interpretación) de los datos.....	154
6.6.	Elementos de rigor	156

6.7.	Aspectos éticos.....	158
6.8.	Financiación.....	160
Capítulo 7. RESULTADOS.....		161
7.1.	El posicionamiento de los profesionales respecto a las contenciones físicas.....	161
7.1.1.	Los conocimientos de los profesionales respecto a la práctica de la contención ...	161
7.1.1.1.	Los conocimientos y las creencias de los profesionales sobre las contenciones físicas.....	161
7.1.1.2.	Los conocimientos y las creencias de los profesionales sobre el marco legal que regula el uso de las contenciones físicas.....	164
7.1.1.3.	Los conocimientos y las creencias de los profesionales sobre los modelos de cuidados alternativos a la contención física.....	165
7.1.2.	Las actitudes de los profesionales frente a las contenciones físicas	166
7.1.2.1.	Las actitudes pro-contención física de los profesionales	166
7.1.2.2.	Las actitudes anti-contención física de los profesionales	169
7.2.	Las prácticas de los profesionales en relación al uso de las contenciones físicas	171
7.2.1.	El proceso de toma de decisiones que deriva en la contención	171
7.2.1.1.	La contención por y para el paciente con demencia (y sus familiares).....	171
7.2.1.2.	Los profesionales sanitarios: más influyentes de lo que parece	178
7.2.1.3.	La institución: foco para la contención.....	181
7.2.1.4.	La participación y la responsabilidad de los usuarios y los profesionales en la toma de decisiones.....	187
7.2.2.	Las prácticas de normalización en el uso de las contenciones físicas	196
7.2.2.1.	La aplicación normalizada de la contención física: perpetuando su uso en el cuidado de las personas mayores	196
7.2.2.2.	Los principios y los valores que sustentan las prácticas de normalización: la priorización de la seguridad física	204
7.2.2.3.	Las alternativas realizadas desde las prácticas de normalización: aflojando la contención.....	209
7.2.3.	Las prácticas de resistencia frente a la aplicación de las contenciones físicas.....	213
7.2.3.1.	Las acciones de resistencia: actuando contra el uso de las contenciones físicas.....	213
7.2.3.2.	La defensa de la autonomía y la dignidad: motor para las acciones de resistencia.....	219
7.2.4.	Las consecuencias del uso de las contenciones físicas	223
7.2.4.1.	Las consecuencias del uso de las contenciones físicas en los usuarios y su vivencia.....	223
7.2.4.2.	Las repercusiones de la práctica de la contención en los profesionales y las instituciones.	230
7.3.	Los conflictos éticos en torno a las contenciones físicas	232
7.3.1.	Los tipos de conflictos éticos relacionados con la práctica de la contención.....	233

7.3.1.1.	Los conflictos éticos derivados del uso de las contenciones físicas y sus consecuencias	233
7.3.1.2.	Los profesionales ante los conflictos derivados del uso de las contenciones físicas: ceguera moral, estrés moral y coraje moral.....	236
7.3.2.	Las estrategias de los profesionales para afrontar los conflictos éticos secundarios a la aplicación de las contenciones físicas.....	239
7.3.2.1.	La racionalización como estrategia interna para afrontar el conflicto ético: el deber con la seguridad	239
7.3.2.2.	Las estrategias de praxis para afrontar los conflictos éticos: amortiguando el impacto de la contención	241
7.4.	El cuidado sin contenciones	243
7.4.1.	La postura de los profesionales ante el cuidado sin contenciones.....	243
7.4.1.1.	La visión de los profesionales del cuidado sin contenciones	243
7.4.1.2.	Los requisitos y las barreas identificadas por los profesionales para cuidar sin contenciones	248
7.4.2.	La posición de la institución frente al cuidado sin contenciones	252
7.4.2.1.	La falta de compromiso institucional con el cuidado sin contenciones	252
7.4.2.2.	Las acciones institucionales encaminadas hacia los cuidados libres de restricciones.	253
7.5.	Las similitudes y las diferencias en la práctica de la contención física según la categoría laboral.....	255
7.5.1.	Las similitudes en el discurso de los profesionales respecto al uso de las contenciones físicas.....	255
7.5.1.1.	El compromiso con la seguridad del paciente	255
7.5.1.2.	La cooperación en el uso normalizado de las contenciones físicas.....	257
7.5.2.	Las diferencias en el discurso de los profesionales según su categoría laboral	258
7.5.2.1.	El papel simbólico del médico como prescriptor de la contención	258
7.5.2.2.	Las enfermeras: coordinadoras del proceso de contención	260
7.5.2.3.	La función técnica de las auxiliares de enfermería en la práctica de la contención física.....	261
Capítulo 8. DISCUSIÓN		265
8.1.	De persona mayor a paciente geriátrico: la deshumanización como desencadenante del uso de las contenciones físicas	265
8.1.1.	El perfil del paciente contenido	265
8.1.2.	El lenguaje de la deshumanización	269
8.1.3.	El doble papel de la familia en la deshumanización	270
8.1.4.	La visión deshumanizada y centrada en la esfera física del paciente geriátrico y sus cuidados.....	271
8.2.	La práctica de la contención física: la normalización del cuidado (no) centrado en la persona	274

8.2.1.	El (des)conocimiento de los profesionales	274
8.2.2.	El ideal de contención segura	277
8.2.3.	La normalización y la normativización de la contención física: el elefante en la habitación	278
8.3.	El rol profesional como garante de la seguridad del paciente a través de la contención	285
8.3.1.	El profesional como desencadenante de la contención	285
8.3.2.	La categoría laboral y las relaciones interprofesionales como determinantes de la práctica de la contención	286
8.3.3.	La seguridad física y legal: brújula de la práctica asistencial de los profesionales sanitarios.	288
8.3.4.	Con o sin uniforme: a favor o en contra de las contenciones físicas.....	290
8.4.	La falta de reflexión ética sobre el uso de las contenciones físicas	290
8.4.1.	La (falta de) ética en la práctica normalizada de la contención	291
8.4.2.	Los conflictos éticos generados por el uso de las contenciones físicas	294
8.4.3.	Los profesionales frente a sus conflictos éticos.....	300
8.5.	Las instituciones sanitarias como espacios (in)seguros y disciplinarios de contención...	301
8.5.1.	La institución (in)segura.....	302
8.5.2.	Los discursos institucionales de seguridad y disciplina	303
8.5.3.	La institución frente al cuidado con contenciones y el cuidado sin contenciones ..308	
8.6.	Hacia una cultura sin contenciones físicas	310
8.6.1.	El cuidado sin contención: un modelo ideal, pero ¿utópico e inseguro?	310
8.6.2.	Los brotes verdes que aparecen entre las prácticas de normalización	311
8.6.3.	Los profesionales de la resistencia: líderes informales del cuidado sin contenciones y catalizadores del cambio	314
8.6.4.	Las incipientes y discretas acciones institucionales hacia el cuidado sin contenciones.....	316
8.6.5.	La hoja de ruta para alcanzar unos cuidados sin contenciones.....	317
8.7.	Limitaciones y fortalezas del estudio	320
8.8.	Implicaciones del estudio.....	321
8.8.1.	Implicaciones para la práctica clínica y la gestión sanitaria.....	321
8.8.2.	Implicaciones para la política.....	324
8.8.3.	Implicaciones para la docencia	325
8.8.4.	Implicaciones para la investigación	326
Capítulo 9. CONCLUSIONES.....		329
Capítulo 10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....		331
ANEXOS.....		355
Anexo 1. Índice extendido		355
Anexo 2. Los principios recogidos en los Códigos Deontológicos		361

Anexo 3. Publicación artículo: protocolo del estudio.....	363
Anexo 4. Formato de correo electrónico para el reclutamiento de los participantes	374
Anexo 5. Hoja de información al participante	375
Anexo 6. Documento de Consentimiento Informado.....	377
Anexo 7. Guion de las entrevistas individuales	378
Anexo 8. Ficha sociodemográfica	379
Anexo 9. Pautas para la transcripción literal de las entrevistas	380
Anexo 10. Informes favorables de los centros	381
Anexo 11. Informe favorable del Comité de Ética de la Investigación de las Islas Baleares	387
Anexo 12. Categorías y códigos resultantes del análisis de los resultados	388

Anexo 2. Los principios recogidos en los Códigos Deontológicos

Código Deontología Médica (CGCOM, 2011)	Código Deontología Enfermería Española (CGE, 1989)	Código Deontología Enfermería Internacional (CIE, 2021)
Compromiso profesional		
El médico tiene el deber de prestar a todos los pacientes una atención médica de calidad humana y científica. Cap. IV, Art. 21.1	La Enfermera/o tendrá como responsabilidad primordial profesional la salvaguarda de los Derechos Humanos, orientando su atención hacia las personas que requieran sus cuidados. Cap. X, Art. 53	La responsabilidad profesional primordial de las enfermeras es para con las personas que necesitan cuidados y servicios profesionales de enfermería tanto en la actualidad como en el futuro, ya sean personas, familias, comunidades o poblaciones. Código 1.1
	La enfermera administrará los cuidados en función exclusivamente de las necesidades de sus pacientes. Cap. X, Art. 52	
Respeto a los derechos humanos y a la dignidad sin discriminación por motivos de edad o discapacidad		
Respetar la vida humana, la dignidad de la persona y el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad son los deberes primordiales del médico. Cap. II, Art. 5.1	Todo ser humano tiene derecho a la vida, a la seguridad de su persona y a la protección de la salud. Cap. II, Art. 14	Son inherentes a la profesión enfermera el respeto por los derechos humanos, en particular los derechos culturales, el derecho a la vida y a la libre elección, así como el derecho a la dignidad y a ser tratado con respeto. Preámbulo
El médico debe atender con la misma diligencia y solicitud a todos los pacientes sin discriminación alguna. Cap. II, Art. 5.2	La Enfermera/o reconoce que la libertad y la igualdad en dignidad y derecho son valores compartidos por todos los seres humanos que se hallan garantizados por la Constitución Española y Declaración Universal de Derechos Humanos. Por ello, la Enfermera/o está obligada/o tratar con el mismo respeto a todos, sin distinción de raza, sexo, edad, religión, nacionalidad, opinión política, condición social o estado de salud. Cap. II, Art. 4	Los cuidados enfermeros son respetuosos y aseguran la no discriminación por cuestión de edad, color, credo, cultura, etnicidad, discapacidad o enfermedad, género, orientación sexual, nacionalidad, opiniones políticas, lengua, raza, creencias religiosas o espirituales, situación jurídica, económica o social. Preámbulo
	La Enfermera/o garantizará y llevará a cabo un tratamiento correcto y adecuado a todas las personas que lo necesiten, independientemente de cuál pueda ser su padecimiento, edad o circunstancia de dichas personas. Cap. III, Art. 15	Las enfermeras promueven un entorno en el que todos reconocen y respetan los derechos humanos, valores, costumbres, creencias religiosas y espirituales de la persona, las familias y las comunidades. Código 1.2
	La Enfermera/o ejercerá su profesión con respeto a la dignidad humana y la singularidad de cada paciente sin hacer distinción alguna por razones de situación social, económica, características personales o naturaleza del problema de salud que le aqueje. Administrará sus cuidados en función exclusivamente de las necesidades de sus pacientes. Cap. X, Art. 52	Dispensar cuidados focalizados y culturalmente apropiados que respeten los derechos humanos y sean sensibles a los valores, costumbres y creencias de las personas sin prejuicios o discriminación injusta. Aplicación del Código 1
Derecho a ser informado y a dar el consentimiento		
El médico respetará las convicciones de sus pacientes y se abstendrá de imponerles las propias. Cap. III, Art. 9.1	En ejercicio de sus funciones, las Enfermeras/os están obligados a respetar la libertad del paciente, a elegir y controlar la atención que se le presta. Cap. II, Art. 6	
El médico respetará el derecho del paciente a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, sobre las opciones clínicas disponibles. Es un deber del médico respetar el derecho del paciente a estar informado en todas y cada una de las fases del proceso asistencial. Como regla general, la información será la suficiente y	El consentimiento del paciente, en el ejercicio libre de la profesión, ha de ser obtenido siempre, con carácter previo, ante cualquier intervención de la Enfermera/o. Cap. II, Art. 7	Las enfermeras se cercioran de que la persona y la familia reciben información comprensible, precisa, suficiente y oportuna, de manera adecuada para las necesidades culturales, lingüísticas, cognitivas y físicas del paciente, además de para su estado psicológico, en la cual basar el consentimiento para los

La cultura de la contención física en el paciente geriátrico

necesaria para que el paciente pueda tomar decisiones. El médico respetará el rechazo del paciente, total o parcial, a una prueba diagnóstica o a un tratamiento. Cap. III, Art. 12.1y2		cuidados y el tratamiento correspondiente. Código 1.3
Cuando el médico trate a pacientes incapacitados legalmente o que no estén en condiciones de comprender la información, decidir o dar un consentimiento válido, deberá informar a su representante legal o a las personas vinculadas por razones familiares o de hecho. El médico deberá ser especialmente cuidadoso para que estos pacientes participen en el proceso asistencial en la medida que su capacidad se lo permita. Cap. III, Art. 13.1y2	Cuando el enfermo no esté en condiciones físicas y psíquicas de prestar su consentimiento, la Enfermera/o tendrá que buscarlo a través de los familiares o allegados a este. Cap. 2, Art. 8	
El médico tomará las decisiones que considere adecuadas cuando se dé una situación de riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del paciente y no sea posible conseguir su consentimiento. Cap. III, Art. 13.3		
Posición ante los malos tratos		
El médico jamás debe participar, secundar o admitir actos de tortura o de malos tratos, cualesquiera que sean los argumentos invocados para ello. Está obligado, por el contrario, a denunciarlos a la autoridad competente. Cap. XV, Art. 60	Ninguna Enfermera/o podrá participar en cualquier forma de tortura y métodos que permitan someter a sesiones de sufrimiento a cualquier ser humano. Cap. IX, Art. 49	
	Consecuentemente, las Enfermeras/os deben proteger al paciente, mientras esté a su cuidado, de posibles tratos humillantes, degradantes, o de cualquier otro tipo de afrentas a su dignidad personal. Cap. II, Art. 5	
	La Enfermera/o tiene la obligación de defender los derechos del paciente ante malos tratos físicos o mentales. Cap. X, Art. 55	
Formación continuada		
La formación médica continua es un deber ético, un derecho y una responsabilidad de todos los médicos a lo largo de su vida profesional. Cap. II, Art. 7	Será responsabilidad de la Enfermera/o, actualizar constantemente sus conocimientos personales, con el fin de evitar actuaciones que puedan ocasionar la pérdida de salud o de vida de las personas que atiende. Cap. X, Art. 60	Las enfermeras tienen responsabilidad personal y rinden cuentas de la práctica ética de la enfermería y del mantenimiento de su competencia participando en el desarrollo profesional continuo y aprendizaje a lo largo de la vida. Código 2.1
Atención a las personas mayores		
	Las Enfermeras/os deben prestar atención de salud tanto al anciano enfermo como al sano, al objeto de mantener su independencia, fomentando su autocuidado para garantizar un mejoramiento de la calidad de vida. Cap. VIII, Art. 43	

Anexo 3. Publicación artículo: protocolo del estudio



International Journal of
Environmental Research
and Public Health



Study Protocol

The Use of Physical Restraints on Geriatric Patients: Culture and Attitudes among Healthcare Professionals at Intermediate Care Hospitals in Majorca. A Qualitative Study Protocol

Alba Carrero-Planells ^{1,2,*}, Ana Urrutia-Beaskoa ³ and Cristina Moreno-Mulet ^{1,4}

¹ Department of Nursing and Physiotherapy, University of the Balearic Islands, 07122 Palma, Spain; cristina.moreno@uib.es

² Care, Chronicity, and Health Evidences Research Group, University of the Balearic Islands, 07122 Palma, Spain

³ Fundación Cuidados Dignos, 48300 Gernika, Spain; ana.urrutia@cuidadosdignos.org

⁴ Care, Chronicity, and Health Evidences Research Group, Health Research Institute of the Balearic Islands (IdISBa), 07010 Palma, Spain

* Correspondence: alba.carrero@uib.es; Tel.: +34-971-259-854



Citation: Carrero-Planells, A.; Urrutia-Beaskoa, A.; Moreno-Mulet, C. The Use of Physical Restraints on Geriatric Patients: Culture and Attitudes among Healthcare Professionals at Intermediate Care Hospitals in Majorca. A Qualitative Study Protocol. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2021**, *18*, 7509. <https://doi.org/10.3390/ijerph18147509>

Academic Editor: Paul B. Tchounwou

Received: 16 June 2021

Accepted: 11 July 2021

Published: 14 July 2021

Publisher's Note: MDPI stays neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



Copyright: © 2021 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Abstract: The use of physical restraints is a common practice in the care of hospitalised and institutionalised elderly people. This use is determined by factors related to the patients, their families, the healthcare professionals, the institution, and prevailing social values. Today, however, this practice is often questioned because of its physical, psychological, moral, ethical, and legal repercussions. The present study explores attitudes among healthcare professionals towards the physical restraint of geriatric patients in intermediate care hospitals in Majorca. This study is based on a qualitative design, combining an ethnomethodological approach with critical discourse analysis. The theoretical framework is drawn from Foucault's work in this field and from Haslam's theory of mechanisation. Individual interviews will be conducted with physicians, nurses, and nursing assistants at intermediate care hospitals in Majorca. The analysis will focus on these professionals' knowledge, attitudes, and practices regarding the use of such measures, seeking to identify the factors, especially institutional factors, that determine the use of restraints. It is essential to determine the prevailing culture among healthcare professionals regarding the use of physical restraints on geriatric patients in order to design and propose a more dignified health care model in which such restraints are eliminated.

Keywords: physical restraint; health knowledge; attitudes; practice; organisational culture; health personnel; safety

1. Introduction

Population ageing is associated with a greater prevalence of cognitive and functional impairment, which increases the number of dependent older people who must be cared for in hospitals and residential centres [1]. These people are sometimes disoriented, agitated, or wandering, and may present postural alterations and/or an increased risk of falls. In addition, they may have attached medical devices. These numerous healthcare challenges are often managed by means of physical restraint systems [2]. An international consensus statement defines physical restraints as "any action or procedure that prevents a person's free body movement to a position of choice and/or normal access to his/her body by the use of any method, attached or adjacent to a person's body that he/she cannot control or remove easily" [3]. The use of physical restraint is considered a form of involuntary treatment, together with the use of psychotropic medication and non-consensual care [4].

The use of restraints is common, known to exist in acute, chronic, and residential settings, and is closely related to the characteristics of the institutions and the profile of their users [5]. The prevalence of physical restraints in nursing homes and long-term

care centres varies considerably among different countries, from an average of 6% in Switzerland to over 31% in Canada [6]. In Spain, the prevalence ranges from 23.8% to 36% [7,8] but rises to 86% when the use of bed rails is included [8]. A study conducted in eight European countries in nursing home residents suffering from dementia revealed a prevalence of 31.4%, ranging from 6.1% in France to 83.2% in Spain [9]. The most common means of physical restraint are bilateral bed rails, trunk or limb belts, and devices such as mobility-limiting chairs or immobilising sheets [1,2,10–15].

In most cases, restraints are used as safety devices [1,14,16]. Healthcare professionals justify their use as necessary to prevent falls, control agitation or wandering, achieve postural control, and facilitate the application of therapeutic measures or procedures. In addition, they are sometimes employed in response to requests for support by families [1,2,10,11,13,17]. However, on many occasions, the indication for this type of measure is related to achieving organisational goals, maintaining a comfortable social environment, alleviating problems caused by insufficient or inadequately trained care staff, or correcting defects in the design of physical spaces [12,13].

Residents' characteristics are decisive factors in the use of physical restraints. Cognitive and physical impairments, disorientation, severe morbidity, and low scores on indexes of activities of daily living are all important risk factors for the use of restraints [18]. However, this situation is influenced not only by individual conditions but also by pressure from relatives; the knowledge, opinions, and preferences of healthcare professionals; normal practices of the institution; and social values [2,5,10,19]. In Spain, there is no national normative or legislative framework regarding this question [20]. On an international level, several documents must be considered. The Universal Declaration of Human Rights and the European Convention of Human Rights state that everyone has the right to life, liberty, and security of person [21–23]. The United Nations Principles for older persons dictates that older persons should be able to enjoy human rights and fundamental freedoms when residing in any shelter, care, or treatment facility, including full respect for their dignity, beliefs, needs, and privacy and for the right to make decisions about their care and the quality of their lives [24]. In some countries, such as Denmark, United Kingdom, Germany, the Netherlands, Australia, and the United States, physical restraint use is legislated. These measures seem to have contributed to a reduction in restraint use in these countries [11,25].

The knowledge, attitudes, and practices of healthcare professionals jointly shape the "philosophy of care" regarding the use of restraints. In this respect, Fariña evaluated levels of knowledge among healthcare professionals about physical restraints, concluding that although in general the professionals' knowledge in this area could be considered acceptable, there were some misconceptions regarding the available alternatives, the handling of behavioural alterations, and the possible relationship between restraint and death [2]. In general, healthcare professionals' attitudes towards physical restraint were ambiguous, and they conflicted between respect for the residents' dignity and autonomy on one hand and the need to ensure their safety on the other [2,16,26]. Specifically, nursing staff described the burdens of responsibility related to accident or injury, expressing concerns about families' complaints and possible litigation following accidents [16]. Many nurses value physical restraints as a necessary measure to prevent falls and ensure geriatric patients' health and well-being, thus legitimising their use [13,26]. However, when physical restraints are used against the patient's will, nurses may experience a moral dilemma, resulting in feelings of frustration, discomfort, and concern [26]. To address this ethical conflict, nurses may rationalise the use of restraints by viewing them as measures to protect the patient's safety [19,27,28]. This attitude has been described as moral blindness [29]. Nurses may also share negative feelings in this respect with their colleagues [19,27] or consider alternative measures [27]. There is an evident association between healthcare professionals' knowledge, attitudes, and practices and the use of physical restraints. Thus, the greater the knowledge about the use of restraints, the less likely they are to be used in healthcare practice [2].

Relevant institutional factors in this context include staff shortages that may be experienced and the inability to provide geriatric patients with appropriate supervision. The use of physical restraint systems may be spurred by a perceived lack of alternative measures and/or problems arising from the architectural characteristics of the centre [5,13,16,19,28,30,31]. Finally, the absence of quality assurance systems for work routines, practices, and designs, accompanied by poor management, may result in patients' needs being viewed as secondary to those of the staff, which could foster the use of restraint mechanisms [30].

Another important factor is that some family members present ambivalent attitudes towards the use of physical restraint or are openly opposed to this practice, viewing it as degrading and humiliating. Others, however, consider these measures to be appropriate and positive, approving of them as safety elements, viewing them as helpful in preventing falls, and relying on professional criteria [26]. Families' lack of knowledge in this field has been identified as a determining factor leading to greater use of restraints [14,32]. Another study concluded that family members, and even users, participate in decision-making in this area and initiate the process [10]. Family members' requests are based on worries for patients' safety [5,10].

The use of physical restraint in care settings has been questioned for various reasons, one of which is the risk of physical and/or psychological complications. Physical complications include pressure ulcers, loss of muscle tone, and the risk of suffocation. Among the possible psychological complications are agitation, fear, and feelings of humiliation [33]. Furthermore, physical restraints have been represented as an attack on basic human rights, such as freedom, dignity, and autonomy [11,19,34–36]. Gastmans analysed the ethical values and norms related to the use of physical restraints. The application of physical restraint often corresponds with a disproportionate infringement of the principle of respect for the autonomy of older people. The ability of human beings to make choices must always be respected in this context. Furthermore, when considering older people as full persons, we must accept their wellbeing involves more than just preventing physical harm. Finally, in view of supporting geriatric patients' self-reliance optimally, the application of physical restraint methods should be considered only in exceptional circumstances, when a serious risk is posed to older people or others, or if attempts to avoid physical restraint are unsuccessful [34]. In addition, their regular use is considered an indicator of low quality of care and may even reflect physical or psychological abuse. For all these reasons, an absence of physical restrictions, whenever possible, is recommended as the standard of care for geriatric patients [11]. Accordingly, various policies have been implemented to reduce the use of such restraints [11,15,25,37–41], including educational programmes and consultation or guidance by an expert nurse [15]. Indeed, studies have shown that the removal of physical restraints does not increase the number of falls, the severity of associated injuries [11,15,25,37,38], or the use of psychotropic drugs [11,25,37–40]. In consequence, these restraints are neither necessary nor effective elements in preventing falls and injuries in individuals with behavioural problems [11,37,41]. Nevertheless, they are still a common practice in the care of geriatric patients. In recent years, influential calls have been made to promote restraint-free care. For example, the Spanish Society of Geriatrics and Gerontology published a consensus document recommending that mechanical and pharmacological restraints should be considered an exceptional resource to be used in a timely, rational, and proportional manner and only after the failure of all other measures available to control the situation [17].

In short, healthcare without physical restraint should be the paradigm of quality geriatric care. However, to achieve this, a better understanding is needed of the knowledge, attitudes, and practices regarding physical restraint in intermediate care [15]. Only by understanding the reasons for its use in this context will it be possible to determine and address the underlying factors. In particular, further qualitative research is needed to identify the most significant aspects of restraint from the standpoint of the healthcare professionals involved [2]. These study aims arise from widespread concerns about this

practice due to the perceived lack of respect for the dignity of those subjected to physical restraint, and they are expected to provide a reasoned basis for the future elimination of this practice.

1.1. Theoretical Framework

This study can be framed within the critical social paradigm. Specifically, the ideas of Michel Foucault provide the basis for our analysis of the practices of professionals and the institutional culture of the physical restraint of geriatric patients. In this respect, the conceptual framework related to safety and discipline is of particular importance [42,43]. As a second-level approach, theories related to dehumanisation are also taken into consideration. In the latter respect, dehumanisation is defined as not perceiving other individuals as entirely human with full rights and obligations [44]. In consequence, they are located beyond the margins within which moral and social norms apply, making them more vulnerable to potentially degrading treatment. Specifically, our analysis refers to Haslam's theory of mechanisation [45], which is applied to situations in which individuals are seen as lacking warmth, emotion, and individuality, and thus are compared to inanimate objects. Mechanisation can be observed in the fields of technology and medicine, whereby patients are viewed as machines, some of whose components need to be repaired [44].

1.2. Study Aims

The main aim of this study is to enhance our understanding of the culture of physical restraint of geriatric patients by referring to the attitudes of healthcare professionals (physicians, nurses, and nursing assistants) at intermediate care hospitals in Majorca (Spain). Specifically, we examine the knowledge, attitudes, and practices of these professionals related to the use of physical restraints and describe the institutional factors that influence this question, identifying the similarities and differences in the discourse of the healthcare professionals according to their area and level of work.

2. Methods and Analysis

2.1. Research Design, Study Setting, Participants, and Recruitment

This protocol describes a qualitative study with an ethnomethodological design, including critical discourse analysis. Ethnomethodology is dedicated to explicating the ways in which members collectively create and maintain a sense of order and intelligibility in their social life. The focus in ethnomethodological studies is always on procedural aspects of participants' situated practices. One of the most important elements of this design is the investigators' reflexivity process [46]. From an ethnomethodological standpoint, the social world's facticity is accomplished by way of members' interactional work, the mechanics of which produce and maintain the accountable circumstances of their lives [47]. This social inquiry describes the actions taken by people in a given context—in the present case, the routine use of physical restraints in intermediate care hospitals—and interprets the meanings attributed to this behaviour. A significant characteristic of this methodology is its holistic, contextual nature, which facilitates the analysis of professionals' discourse in their institutional context [48].

The study participants will be physicians, nurses (both those directly providing care and those with management responsibilities), and nursing assistants—these professionals are identified as the main ones involved in decision making, prescription, and application of physical restraints—working in three intermediate care hospitals in Majorca. The Joan March Hospital and the General Hospital are second-level public hospitals, dependent on and indirectly managed by a referral hospital. The third, the Sant Joan de Déu Hospital in Palma (SJID Palma Hospital), is privately managed, but through an agreement of association with the Balearic Islands Health Service, it forms part of the Public Hospital Network.

The study population is made up of approximately 45 physicians, 150 nurses, and 180 nursing assistants who are employed in the three hospitals included in the study. A theoretical-intentional sampling will be carried out [49], which enables the inclusion

of participants with the greatest narrative and communicative capacity to address the research question. At the same time, this sampling method provides a comprehensive view of the phenomenon under study by including all the professional profiles involved and illustrating their different perspectives on the question.

Regarding the number of participants in the study, at least seven healthcare professionals will be recruited from each job category, along with four individuals in management positions, or as many as necessary to achieve data saturation. The profiles of these participants will be segmented by gender and workplace, taking into account the number of workers in each category (Table 1). Table 2 shows the inclusion and exclusion criteria that will be applied to the centres/units and the healthcare professionals considered. Discursive differences will be analysed according to the professional category. According to the critical social paradigm, we assume that physical restraint is wielded as a practice of power over geriatric patients and is related to the hierarchical position of the professional who prescribes or applies this restraint.

Table 1. Profile of participants.

Participants	General Hospital	Joan March-Hospital	SJD Palma Hospital	Total		
				Male	Female	All
Physicians	2–3	2–3	2	4	3	7
Nurses	2–3	2–3	2	2	5	7
Nursing assistants	2–3	2–3	2	1	6	7
Managers	1–2	1–2	1	2	2	4
Total	7–11	7–11	7	9	16	25

Table 2. Inclusion and exclusion criteria.

Inclusion Criteria	
Centres and Units	Intermediate care (medium stay) hospitals Hospitalisation units caring for geriatric patients (>65 years old) with physical and/or cognitive deterioration in medium or long stay situations
Healthcare professionals	Physicians, nurses, and nursing assistants Experience >2 years
Managers	Experience >6 months in a position of responsibility
Exclusion Criteria	
Centres and Units	Centres where physical restraints have been completely removed Specific neurorehabilitation or palliative care units Specific units for attending patients with COVID-19

Formal and informal participant recruitments are currently being employed in the workplace. Firstly, the study was presented to the respective hospital managers and their permission and collaboration was requested. These managers were also informed of the need for a collaborator, or key informant, in each hospital to facilitate recruitment. These individuals—two nursing coordinators of hospitalization units and a research manager—are now making the research project more widely known, explaining its nature and purpose to the professionals who meet the criteria for inclusion. Those who express interest will be sent an email with detailed information, including the study purpose, data collection techniques, benefits and risks derived from participation in the study, ethical issues related to confidentiality and volunteering, and contact details of the principal investigator, and will be invited to participate. In addition, recruitment is occasionally conducted by the snowball strategy—from healthcare professionals who have participated in the study, other professionals with discourses for and against the use of physical restraints are contacted.

2.2. Data Compilation

Data for this study will be obtained via semi-structured individual interviews [50]. The questions posed in these interviews (see Table 3) are aimed at determining the opinions and experiences of (non-management) healthcare professionals regarding their use of physical restraints. The responses will be analysed and used to design subsequent interviews with hospital managers. At the beginning of each interview, the participant will be invited to complete a form providing the following sociodemographic information: age, sex, area of work, years of professional experience, and specific training in the use of physical restraints. Throughout the study, a field diary will be completed by the main researcher and, optionally, by the participants.

Table 3. Script for the interview with (non-management) healthcare professionals.

Could you comment on the last time you had to physically restrain a patient?
In your opinion, what factors influence the use of physical restraints for a geriatric patient?
María is an 80-year-old woman with mild cognitive impairment who has recently become disoriented. Her daughter has requested assistance because her mother constantly gets up from her chair. What would you do?
What responsibility do you have as a physician/nurse/nursing assistant regarding a physically restrained patient in your unit?
When you are on duty and responsible for a patient who is quite calm, but nevertheless being physically restrained, how would you respond?
(Participant is shown a photo of a previously-physically restrained patient who has fallen out of bed): Do you think this situation could have been prevented?

This study has a scheduled duration of three years, starting with data collection in 2020 and 2021. In the first phase, pilot interviews were carried out with a healthcare professional from each area of work. In the second phase, interviews are currently being held with healthcare professionals. Finally, in the third phase, the managers will be interviewed, and follow-up interviews with the healthcare professionals will also take place if necessary.

2.3. Results Analysis

A content and critical discourse analysis will be carried out. Critical discourse analysis studies the ways in which social power abuse, dominance, and inequality are enacted, reproduced, and resisted, focusing on both text and speech communications in the social and political contexts. This type of analysis seeks to understand, expose, and ultimately overcome social inequality [51].

The results obtained will be coded and categorised by inductive–deductive analysis (abductive analysis). The data analysis will be systematised and optimised with the MAXQDA 2020 computer program.

2.4. Scientific Rigour

To ensure methodological rigour and validity, information will be collected until data saturation is reached. Moreover, investigator, techniques, and theoretical framework triangulation will be carried out. Finally, the reflexivity of the principal investigator will be examined throughout the process, especially during the data collection and analysis phase, through the researcher's field diary.

2.5. Ethical Considerations

The study was designed in accordance with the provisions of the Declaration of Helsinki and as approved by the Nursing Directorate and the Research Committee at each of the hospitals included. In addition, the project was favourably evaluated by the Research Ethics Committee of the Balearic Islands (IB 4026/19 PI, December 2019). The voluntary nature of participation will be respected, and the confidentiality of the data will be ensured,

in accordance with current rules and regulations. All participants will be sent a detailed information sheet and asked to sign the informed consent document prior to the interview. The latter document clearly states that participation in the study is voluntary and that this consent may be revoked at any time.

3. Discussion

The use of physical restraints for geriatric patients as part of the care process is a problem that must be addressed in order to optimise care and to improve patients' quality of life. The transition from a "culture of restraint" to a "culture of no restraint" requires time, awareness, sensitivity, and adaptation to internalise and assimilate such a change in the care paradigm [17]. The aim of this study is to address the question from the perspective of the healthcare professionals involved, seeking to understand why physical restraints for geriatric patients are still used and to identify the elements that may impede their withdrawal. In Spain, prior studies in this respect include that of Fariña [2], who quantitatively examined the knowledge, attitudes, and practices of nurses and nursing assistants in nursing homes in relation to the use of physical restraints. Among the conclusions drawn, this study highlighted the need to explore the professionals' perspectives from a qualitative approach, thus reflecting the opinions gathered in greater depth. In accordance with the latter view, the present study uses a qualitative methodology to obtain detailed knowledge about the beliefs, prejudices, and practices of healthcare professionals; the dynamics within staff groups; and the influence of social values regarding the use of physical restraints in the care of geriatric patients.

Some research in this area of study has been conducted in nursing homes [2,5,10,13], but little or none has been conducted with respect to geriatric intermediate care units. Nevertheless, this care environment is one of growing importance for patients with chronic conditions, facilitating their admission to hospital units for convalescence and rehabilitation. Accordingly, the main aim of the present study is to identify and analyse the institutional factors inherent to intermediate care that influence the use of physical restraints, a question that has been identified in previous research as a crucial aspect of care practice [1,30]. Furthermore, it is essential to contextualise the discourse of the professionals concerned in order to propose plans for the removal of physical restraints, in accordance with the circumstances of each care centre and hospital unit.

Among the outcomes expected from this study, we hope to identify the factors that determine the use of restraints as it concerns the patients themselves, their families, the healthcare professionals, and the institution. Such factors may include the educational training received [2,15], beliefs about restraints such as protectors [2,16], the evaluation and understanding of patients' behaviour, and the professional's responsibility towards the care recipient [28]. Furthermore, the discourse is expected to vary according to the respondent's area of professional activity. Particular attention will be paid to the concept of safety, in terms of the patient's physical safety, the conditions of the care environment and the legal safety of the professionals. In addition, a Foucaultian analysis of the concept of security will be carried out [42,43]. The study will inquire into professionals' day-to-day experiences regarding the use of physical restraints in the care of geriatric patients, identifying possible ethical conflicts and the strategies adopted in response [26].

Regarding the relationship between knowledge, attitudes, and practices [2], we believe that healthcare professionals who generally approve of the use of physical restraints in the circumstances described may normalise the situation and make more extensive use of these measures. On the other hand, professionals who reject physical restraints may perform actions of resistance to minimise their use [42,43]. Finally, it is expected that the way that the professional values the person being cared for will determine the ethical judgment made regarding the application of physical restraint. Accordingly, mechanisation theory may clarify how geriatric patients are viewed and treated, and it may help explain why some professionals legitimise the use of restraints [52].

Finally, this study will identify possible alternatives to physical restraints according to the healthcare professionals consulted and determine whether restraint-free attention is a real possibility in intermediate care centres. However, to do so, the potential barriers to the withdrawal of physical restraints in these healthcare settings and the measures to be adopted in their place must be identified.

Limitations and Strengths

This research project was impacted by COVID-19. The research was originally designed to incorporate discussion groups as a primary data collection technique, enabling group social constructions to be explored. As a secondary technique, individual interviews were also scheduled with the intention of clarifying aspects that did not emerge in the discussion groups. However, in view of the pandemic situation, legal restrictions on face-to-face meetings, the work overload experienced by healthcare professionals, and the risk of contagion, it was decided to carry out only individual interviews. Furthermore, the present data collection process coincides with the pandemic period. To minimise potential bias from the impact of this new healthcare reality on the use of physical restraints, hospital units that specifically care for COVID-19 patients have been excluded from the study.

This study will provide, from qualitative analysis, the aspects related to healthcare professionals and the institution that determine the use of physical restraints at intermediate care hospitals. The results of this study will lay the foundations to implement a more dignified care model and reduce the use of physical restraints in the care of geriatric patients.

4. Conclusions

This study, undertaken from the perspective of the healthcare professionals involved, will contribute to understanding the use of physical restraints in the care of geriatric patients hospitalised in intermediate care units. The findings will be transferred to different audiences so that this use of restraints is no longer a common practice. The population considered in this study, although subject to cognitive deterioration, enjoys full civil rights. Therefore, at the political level, careful consideration should be placed on how these devices are used to determine whether the current healthcare practice is in accordance with the applicable legislation and whether it should be modified to guarantee the quality of care. In addition, the study findings are expected to help managers design programmes for the removal of physical restraint procedures (as appropriate to the health centres concerned) and promote an alternative care model based on patients' rights and needs. In the educational context, the conclusions drawn from this study will encourage future healthcare professionals during their undergraduate studies to reflect on care systems for geriatric patients and the ethical questions underlying the use of restraints. The study may also make society in general more aware of the ethical conflicts identified and encourage calls for restraint-free care. Finally, with respect to the healthcare system as a whole, the goal pursued in this study is to help reduce or eliminate the use of restraints in the care of geriatric patients.

In summary, it is essential to analyse the healthcare culture, with specific regard to the attitudes and practices of professionals regarding the use of physical restraints in assisting the elderly so that a more dignified care model, free of such restraints, may be proposed and implemented.

Author Contributions: Conceptualization, A.C.-P., A.U.-B. and C.M.-M.; methodology, A.C.-P., A.U.-B. and C.M.-M.; formal analysis, A.C.-P.; investigation, A.C.-P.; writing—original draft preparation, A.C.-P.; writing—review and editing, A.C.-P., A.U.-B. and C.M.-M.; visualization, A.C.-P.; supervision, A.U.-B. and C.M.-M.; project administration, A.C.-P.; funding acquisition, A.C.-P., A.U.-B. and C.M.-M. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

Funding: This work was supported by the College of Nursing of the Balearic Islands within the framework of Grants for Research Projects (grant number PI 2020/0580). This research received no specific grant from any funding agency in the commercial or not-for-profit sectors.

Institutional Review Board Statement: The study was designed and conducted according to the guidelines of the Declaration of Helsinki and approved by the Research Ethics Committee of the Balearic Islands (IB 4026/19 PI, December 2019).

Informed Consent Statement: Written informed consent was obtained from all subjects involved in the study.

Data Availability Statement: The datasets generated and/or analyzed during the current study will not be publicly available due to privacy and confidentiality reasons, but they will be available from the corresponding author upon reasonable request.

Acknowledgments: We acknowledge María Rosario Serra Soler, Xisca Pozo Rodríguez, and Gaizka Parra García for their collaboration in recruiting participants. We would like to express our gratitude to the participants who have kindly agreed to be part of this study. Finally, we acknowledge the Nursing Directorate of the hospitals that participated in this research.

Conflicts of Interest: The authors declare no conflict of interest. The funder had no role in the design of the study; in the collection, analyses, or interpretation of data; in the writing of the manuscript; or in the decision to publish the results.

References

1. Estévez-Guerra, G.J. *Restricción Física: Cultura de Seguridad en Centros de Mayores*; Universidad de Santiago de Compostela: Santiago de Compostela, Spain, 2017.
2. Fariña-López, E.; Estévez-Guerra, G.J.; Núñez González, E.; Pérez Hernández, D.d.G.; Gandoy Crego, M. Actitudes, conocimientos y práctica de los profesionales de enfermería en el uso de restricciones físicas con personas mayores. *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.* **2013**, *48*, 209–215. [[CrossRef](#)]
3. Bleijlevens, M.H.; Wagner, L.M.; Capezuti, E.; Hamers, J.P.H. Physical Restraints: Consensus of a Research Definition Using a Modified Delphi Technique. *J. Am. Geriatr. Soc.* **2016**, *64*, 2307–2310. [[CrossRef](#)]
4. Hamers, J.P.H.; Bleijlevens, M.H.; Gulpers, M.J.; Verbeek, H. Behind closed doors: Involuntary treatment in care of persons with cognitive impairment at home in the Netherlands. *J. Am. Geriatr. Soc.* **2016**, *64*, 354–358. [[CrossRef](#)]
5. Scheepmans, K.; de Casterlé, B.D.; Paquay, L.; Milisen, K. Restraint use in older adults in home care: A systematic review. *Int. J. Nurs. Stud.* **2018**, *79*, 122–136. [[CrossRef](#)]
6. Feng, Z.; Hirdes, J.P.; Smith, T.F.; Finne-Soveri, H.; Chi, I.; Du Pasquier, J.N.; Gilgen, R.; Ikegami, N.; Mor, V. Use of physical restraints and antipsychotic medications in nursing homes: A cross-national study. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* **2009**, *24*, 1110–1118. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
7. Blasco, J.M.; Igual-Camacho, C.; Pérez-Moltó, F.J.; García-Molina, P.; Gómez-Salgado, J.; Wazen-Hervás, M.J. Use of physical restraint in nursing homes in Spain and relation with resident characteristics: A retrospective multi-centre cohort study with a self-organised maps approach. *Ageing Soc.* **2020**, *40*, 2410–2428. [[CrossRef](#)]
8. Estévez-Guerra, G.J.; Fariña-López, E.; Núñez-González, E.; Gandoy-Crego, M.; Calvo-Francés, E.; Capezuti, E.A. The use of physical restraints in long-term care in Spain: A multi-center cross-sectional study. *BMC Geriatr.* **2017**, *17*, 29. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
9. Beeleens, H.C.; Sutcliffe, C.; Renom-Guiteras, A.; Soto, M.E.; Suhonen, R.; Zabalegui, A.; Bökberg, C.; Saks, K.; Hamers, J.P.H. Quality of life and quality of care for people with dementia receiving long term institutional care or professional home care: The European righttimeplacecare study. *J. Am. Med. Dir. Assoc.* **2014**, *15*, 54–61. [[CrossRef](#)]
10. Saarnio, 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*, 3197–3207. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
11. Urrutia Beaskoa, A. *Modelo de Cuidado Centrado en la Persona con Reducción del uso de Sujeciones Físicas y Químicas: Conceptualización e Implantación*; Universidad Complutense de Madrid: Madrid, Spain, 2015.
12. Galán Cabello, C.M.; Trinidad Trinidad, D.; Ramos Cordero, P.; Gómez Fernández, J.P.; Alastruey Ruiz, J.G.; Onrubia Pecharroman, A.; López Andrés, E.; Hernández Ovejero, H. Uso de sujeciones físicas en una población anciana ingresada en residencias públicas. *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.* **2008**, *43*, 208–213. [[CrossRef](#)]
13. Øye, C.; Jacobsen, E.F.; Mekki, T.E. Do organisational constraints explain the use of restraint? A comparative ethnographic study from three nursing homes in Norway. *J. Clin. Nurs.* **2017**, *26*, 1906–1916. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
14. González-Expósito, J.; Carballo-Payo, M.; Sirvent-Navarro, V.; García-Toca, N.; González-Garzón, J.; Pariente-Rodrigo, E. Uso de contenciones en el anciano: La perspectiva de familiares y cuidadores. *Rev. ROL Enferm.* **2017**, *40*, 754–760.
15. Brugnolli, A.; Canzan, F.; Mortari, L.; Saiani, L.; Ambrosi, E.; Debiassi, M. The effectiveness of educational training or multicomponent programs to prevent the use of physical restraints in nursing home settings: A systematic review and meta-analysis of experimental studies. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2020**, *17*, 6738. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]

16. Kong, E.H.; Evans, L.K. Nursing staff views of barriers to physical restraint reduction in nursing homes. *Asian Nurs. Res.* **2012**, *6*, 173–180. [CrossRef]
17. Documento de Consenso Sobre Sujeciones Mecánicas y Farmacológicas. Available online: https://www.segg.es/media/descargas/Documento_de_Consenso_sobre_Sujeciones.pdf (accessed on 7 July 2021).
18. Hofmann, H.; Hahn, S. Characteristics of nursing home residents and physical restraint: A systematic literature review. *J. Clin. Nurs.* **2014**, *23*, 3012–3024. [CrossRef]
19. Möhler, R.; Meyer, G. Attitudes of nurses towards the use of physical restraints in geriatric care: A systematic review of qualitative and quantitative studies. *Int. J. Nurs. Stud.* **2014**, *51*, 274–288. [CrossRef]
20. Ramos Cordero, P.; López Trigo, J.A.; Maíllo Pedraz, H.; Paz Rubio, J.M. Sujeciones mecánicas y farmacológicas en servicios y centros geriátricos y gerontológicos. *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.* **2015**, *50*, 35–38. [CrossRef]
21. George, S. Physical restraint and the law in England. *Br. J. Ment. Health Nurs.* **2020**, *9*, 1–7. [CrossRef]
22. Universal Declaration of Human Rights. Available online: <https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights> (accessed on 7 July 2021).
23. European Convention on Human Rights. Available online: <https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/olderpersons.aspx> (accessed on 7 July 2021).
24. Principles for Older Persons. Available online: <https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/olderpersons.aspx> (accessed on 7 July 2021).
25. Gulpers, M.J.; Bleijlevens, M.H.; Capezuti, E.; van Rossum, E.; Ambergen, T.; Hamers, J.P.H. Preventing belt restraint use in newly admitted residents in nursing homes: A quasi-experimental study. *Int. J. Nurs. Stud.* **2012**, *49*, 1473–1479. [CrossRef]
26. Haut, A.; Kolbe, N.; Strupeit, S.; Mayer, H.; Meyer, G. Attitudes of relatives of nursing home residents toward physical restraints. *J. Nurs. Scholarsh.* **2010**, *42*, 448–456. [CrossRef] [PubMed]
27. Chuang, Y.H.; Huang, H.T. Nurses' feelings and thoughts about using physical restraints on hospitalized older patients. *J. Clin. Nurs.* **2007**, *16*, 486–494. [CrossRef] [PubMed]
28. Goethals, S.; de Casterlé, B.D.; Gastmans, C. Nurses' decision-making in cases of physical restraint: A synthesis of qualitative evidence. *J. Adv. Nurs.* **2012**, *68*, 1198–1210. [CrossRef]
29. Choe, K.; Song, E.J.; Jung, C.H. Ethical Problems Experienced by Psychiatric Nurses in Korea. *Arch. Psychiatr. Nurs.* **2012**, *26*, 495–502. [CrossRef] [PubMed]
30. Paterson, B. How corrupted cultures lead to abuse of restraint interventions. *Learn. Disabil. Pract.* **2011**, *14*, 24–28. [CrossRef]
31. De Casterlé, B.D.; Goethals, S.; Gastmans, C. Contextual influences on nurses' decision-making in cases of physical restraint. *Nurs. Ethics* **2015**, *22*, 642–651. [CrossRef] [PubMed]
32. Kurata, S.; Ojima, T. Knowledge, perceptions, and experiences of family caregivers and home care providers of physical restraint use with home-dwelling elders: A cross-sectional study in Japan. *BMC Geriatr.* **2014**, *14*, 39. [CrossRef]
33. Fariña-López, E. Problemas de seguridad relacionados con la aplicación de dispositivos de restricción física en personas mayores. *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.* **2011**, *46*, 36–42. [CrossRef]
34. Gastmans, C.; Milisen, K. Use of physical restraint in nursing homes: Clinical-ethical considerations. *J. Med. Ethics* **2006**, *32*, 148–152. [CrossRef] [PubMed]
35. Goethals, S.; Dierckx de Casterlé, B.; Gastmans, C. Nurses' ethical reasoning in cases of physical restraint in acute elderly care: A qualitative study. *Med. Health Care Philos.* **2013**, *16*, 983–991. [CrossRef] [PubMed]
36. Morley, J.E.; Kusmaul, N.; Berg-Weger, M. Meaningful Engagement in the Nursing Home. *J. Gerontol. Soc. Work* **2021**, *64*, 33–42. [CrossRef]
37. Tortosa, M.Á.; Granell, R.; Fuenmayor, A.; Martínez, M. Efectos de un programa de eliminación de sujeciones físicas sobre personas mayores con demencia en residencias. *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.* **2016**, *51*, 5–10. [CrossRef]
38. Gulpers, M.J.; Bleijlevens, M.H.; Ambergen, T.; Capezuti, E.; Van Rossum, E.; Hamers, J.P.H. Belt restraint reduction in nursing homes: Effects of a multicomponent intervention program. *J. Am. Geriatr. Soc.* **2011**, *59*, 2029–2036. [CrossRef]
39. Muñoz, R.; Gómez, S.; Curto, D.; Hernández, R.; Marco, B.; García, P.; Tomás, J.F.; Olazarán, J. Reducing Physical Restraints in Nursing Homes: A Report From Maria Wolff and Sanitas. *J. Am. Med. Dir. Assoc.* **2016**, *17*, 633–639. [CrossRef] [PubMed]
40. Möhler, R.; Richter, T.; Köpke, S.; Meyer, G.; Möhler, R.; Richter, T.; Köpke, S.; Meyer, G. Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints in long-term geriatric care—A Cochrane Review. *J. Clin. Nurs.* **2011**, *21*. [CrossRef]
41. Briones-Penalta, M.Á.; Rodríguez-Martín, B. Efectividad de las intervenciones dirigidas a reducir las sujeciones físicas en personas mayores de 65 años institucionalizadas: Una revisión sistemática. *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.* **2017**, *52*, 93–101. [CrossRef]
42. Foucault, M. *Vigilar y Castigar: Nacimiento de la Prisión*; Siglo Veintiuno Editores: Buenos Aires, Argentina, 2002; ISBN 987987014X.
43. Foucault, M. *Seguridad, Territorio, Población: Curso en el Collège de France: 1977-198*, 1st ed.; Fondo de Cultura Económica: Buenos Aires, Argentina, 2006; ISBN 9505576714.
44. Martínez, R.; Moya, M.; Rodríguez-Bailón, R. Humanos, animales y máquinas: Entendiendo el proceso de deshumanización. *Escritos Psicol.* **2017**, *10*, 178–189. [CrossRef]
45. Haslam, N. Dehumanization: An integrative review. *Personal. Soc. Psychol. Rev.* **2006**, *10*, 252–264. [CrossRef] [PubMed]
46. Ten Have, P. Ethnomethodology's Perspective. In *Understanding Qualitative Research and Ethnomethodology*; Sage Publication Inc.: London, UK, 2004; pp. 14–30. ISBN 0-7619-6684-6.

47. Holstein, J.A. Advancing a Constructionist Analytics. In *The SAGE Handbook of Qualitative Research*; Denzin, N.K., Lincoln, Y.S., Eds.; Sage Publication Inc.: London, UK, 2018; pp. 692–719. ISBN 978-1-4833-4980-0.
48. Monticelli, M.; Cruz, J.; Villareal, M. Etnografía: Bases teórico-filosóficas y metodológicas y sus aplicaciones en enfermería. In *Investigación Cualitativa en Enfermería*; Organización Panamericana de la Salud: Washington, DC, USA, 2008; pp. 131–145.
49. Coyne, I. Sampling in qualitative research. Purposeful and theoretical sampling; merging or clear boundaries? *J. Adv. Nurs.* **1997**, *26*, 623–630. [[CrossRef](#)]
50. Kelly, S.E. Qualitative interviewing techniques and styles. In *The SAGE Handbook of Qualitative Methods in Health Research*; Bourgeault, I., Dingwall, R., de Vries, R., Eds.; SAGE Publications Ltd.: Thousand Oaks, CA, USA, 2013; pp. 307–326. ISBN 978-1-84787-292-0.
51. Van Dijk, T.A. Critical Discourse Analysis. In *The Handbook of Discourse Analysis*; Tannen, D., Schiffrin, D., Hamilton, H., Eds.; Blackwell Publishing Ltd.: Oxford, UK, 2001; pp. 352–371. ISBN 0-631-20595-0.
52. Haslam, N.; Loughnan, S. Dehumanization and Infrahumanization. *Annu. Rev. Psychol.* **2014**, *65*, 399–423. [[CrossRef](#)]

Anexo 4. Formato de correo electrónico para el reclutamiento de los participantes

Asunto: Participación en estudio sobre uso de las contenciones físicas en el paciente geriátrico

Estimado/a XXXX

Soy Alba Carrero, profesora del Departamento de Enfermería y Fisioterapia de la UIB. Me pongo en contacto con usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar, gracias a que XXXX me ha comunicado su posible interés.

El estudio se titula 'La cultura de la contención física en el paciente geriátrico: perspectiva de los profesionales de hospitales de media estancia en Mallorca'. Su propósito es conocer cuál es la cultura de la contención física del paciente geriátrico de los profesionales de salud (médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería) de los hospitales de atención intermedia de Mallorca. En concreto, pretendo explorar los conocimientos, las actitudes y las prácticas de los profesionales en relación al uso de las contenciones físicas y describir los factores institucionales que influyen en éste, identificando las similitudes y diferencias en el discurso de los profesionales según su disciplina. Para responder a estos objetivos, voy a llevar a cabo entrevistas individuales a médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería en ejercicio asistencial de los hospitales Joan March, General y Sant Joan de Déu.

Le envío adjunta la hoja de información al participante (en castellano y catalán) en la que encontrará toda la información relativa al estudio. En cualquier caso, si desea ser informado directamente y/o participar en el estudio, póngase en contacto conmigo (por e-mail o teléfono: XXXX/XXXX) o, si me facilita su teléfono, le puedo llamar cuando me diga.

Quedo a su disposición para cualquier aclaración. Sea cual sea su decisión, le agradezco su tiempo e interés.

Un saludo,

Alba Carrero

Anexo 5. Hoja de información al participante

HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE PARA LA REALIZACIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

(aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de las Islas Baleares el 18/12/2019)

TÍTULO DEL ESTUDIO:

La cultura de la contención física en el paciente geriátrico: perspectiva de los profesionales de hospitales de media estancia en Mallorca.

INVESTIGADOR PRINCIPAL:

Alba Loreto Carrero Planells. Profesora del Departamento de Enfermería y Fisioterapia. (XXXX@uib.es; teléfono: XXXX).

CENTRO: Universitat de les Illes Balears

INTRODUCCIÓN

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de las Islas Baleares, de acuerdo a la legislación vigente en fecha 18 de diciembre de 2019, y se lleva a cabo con respeto a los principios enunciados en la declaración del Helsinki y a las normas de buena práctica clínica.

Nuestra intención es tan solo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y la investigadora principal le aclarará las dudas que le puedan surgir después de la explicación. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno. Si tiene alguna duda diríjase a Alba L. Carrero Planells.

DESCRIPCIÓN GENERAL

Este estudio pretende responder a la pregunta de investigación: ¿Cuáles son los conocimientos, las actitudes y las prácticas respecto a la contención física del paciente geriátrico de los profesionales de la salud (médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería) de hospitales de media estancia en Mallorca? Los participantes del estudio serán, por un lado, médicos, enfermeros y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en ejercicio asistencial que trabajan en hospitales intermedios de Mallorca. Por otro lado, se incluirán como participantes del estudio a médicos y enfermeras con cargos de responsabilidad en los centros. Finalmente, se incluirán a familiares de personas mayores hospitalizadas en unidades de media/larga estancia de los mismos hospitales.

La recogida de datos se llevará a cabo mediante dos técnicas conversacionales: grupos de discusión y entrevistas individuales. Usted podrá participar en una u otra modalidad, o en ambas si así lo desea.

Se formarán grupos de discusión en los que participarán entre 6 y 10 profesionales asistenciales y/o gestores. Cada grupo de discusión tendrá una duración aproximada de 90 minutos. Asimismo, se realizarán entrevistas individuales de 30-60 minutos.

Tanto los grupos de discusión como las entrevistas individuales se realizarán en la UIB fuera de su jornada laboral. Los grupos de discusión y las entrevistas serán registrados mediante un sistema de audiograbación, y posterior transcripción literal. Si usted es seleccionado/a en este estudio, recibirá más información por parte de la investigadora antes de prestar su consentimiento por escrito.

Se le pedirá que antes de realizar la entrevista o el grupo de discusión rellene una ficha donde consten algunos datos sociodemográficos como: sexo, edad, años de experiencia laboral y años de experiencia en el centro sociosanitario, así como su dirección y su teléfono de contacto.

Si lo desea, puede realizar un diario reflexivo sobre las situaciones vividas. En ese caso, la investigadora le facilitará el material necesario y la forma de realizarlo. El diario es completamente voluntario y opcional para cada uno de los participantes, pudiendo utilizar la lengua castellana o catalana para expresarse.

La duración del estudio se prevé de 3 años y la fase de recogida de datos entre 6-9 meses, es decir, entre enero y septiembre del 2020.

BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

Su contribución permitirá comprender cuáles son los discursos y las prácticas de los profesionales sanitarios respecto al uso de las contenciones físicas en el paciente geriátrico en el entorno sociosanitario e identificar los factores institucionales que influyen en este uso.

La participación en este estudio le supondrá el tiempo de asistencia a la actividad a la que sea convocado y el tiempo de desplazamiento.

No se identifica ningún riesgo por la participación en este estudio.

CONFIDENCIALIDAD

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos de carácter personal y garantía de los derechos digitales.

De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento de datos.

Para garantizar la confidencialidad de la información obtenida, sus datos serán identificados mediante un código y sólo la investigadora podrá relacionar dichos datos con usted. Por lo tanto, su identidad no será revelada a persona alguna salvo en caso de requerimiento legal.

El acceso a su información personal quedará restringido al equipo investigador, al Comité de Ética de la Investigación de las Islas Baleares y personal autorizado, cuando lo precisen para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo a la legislación vigente.

Usted puede interponer una reclamación a la Agencia Española de Protección de Datos en el caso de que considere que se han vulnerado sus derechos en materia de protección de datos.

COMPENSACIÓN ECONÓMICA

Su participación en el estudio no le supondrá ningún gasto ni ningún tipo de compensación económica.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar en él, sin que ello tenga ninguna repercusión en su relación con el equipo investigador y sin dar ningún tipo de explicación.

En el caso de que decida participar en la investigación, es importante que comprenda que:

- Puede ejercer su derecho a retirarse de la investigación en cualquier momento.
- Antes de iniciar cada una de las entrevistas o grupos de discusión, se le proporcionará la oportunidad de poder aclarar dudas y recordará que la sesión será grabada.
- La información obtenida servirá a la elaboración de publicaciones y presentaciones científicas, sometidas a la ley Orgánica 3/2018 de protección de datos de carácter personal y garantía de los derechos digitales.

Si usted decide retirar el consentimiento para participar en este estudio, ningún dato nuevo será añadido a la base de datos, si bien los responsables del estudio podrán seguir utilizando la información recogida sobre usted hasta ese momento, a no ser que usted se oponga expresamente.

AGRADECIMIENTO:

Sea cual sea su decisión, el equipo investigador quiere agradecer su tiempo y atención. Usted está contribuyendo al mejor conocimiento sobre el uso de las contenciones física en las personas mayores y la mejora del cuidado que reciben estas personas.

Otra información relevante

Cualquier nueva información que pueda afectar a su disposición para participar en el estudio, que se descubra durante su participación, le será comunicada por la investigadora principal lo antes posible.

Si desea ser informado directamente por la investigadora principal y/o participar en el estudio sólo debe ponerse en contacto con la investigadora a través:

Correo electrónico: XXXX@uib.es / Teléfono: XXXX ó XXXX.

Anexo 6. Documento de Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

(aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de las Islas Baleares el 18/12/2019)

TÍTULO DEL ESTUDIO: La cultura de la contención física en el paciente geriátrico: perspectiva de los profesionales de hospitales de media estancia en Mallorca.

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Alba Loreto Carrero Planells. Profesora del Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Universitat de les Illes Balears.

Yo, *(nombre y apellidos)*,

- He leído la hoja de información que se me ha entregado.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- He hablado con Alba L. Carrero Planells, investigadora principal del estudio.
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio:
- Cuando quiera.
 - Sin tener que dar explicaciones.
 - Sin que suponga ninguna repercusión.
- Comprendo que, si decido retirar el consentimiento para participar en este estudio, ningún dato nuevo será añadido a la base de datos, si bien los responsables del estudio podrán seguir utilizando la información recogida sobre mí hasta ese momento, a no ser que me oponga expresamente.
- Comprendo que tengo los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento de datos, incluso a trasladar mis datos a un tercero autorizado (portabilidad), de acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos de carácter personal y garantía de los derechos digitales. Para ejercer los derechos indicados se deberá dirigir por escrito a: Universidad de las Illes Balears, Secretaría General, a la atención de la delegada de protección de datos, ctra. de Valldemossa, km 7,5, 07122 Palma (Illes Balears). Del mismo modo, la UIB se compromete a respetar la confidencialidad de sus datos y a utilizarlos de conformidad con la finalidad de los ficheros.
- Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información al participante:
- Acepto participar en los grupos de discusión, con una duración aproximada de 90 minutos.
 - Acepto participar en una entrevista individual, con una duración aproximada de 30-60 minutos.
 - En el caso de que, de forma voluntaria, decida realizar un diario reflexivo, entiendo que los datos de mi diario serán analizados y se tratarán de forma confidencial.

Firma del participante:

Firma del investigador:

Nombre:

Nombre:

Fecha:

Fecha:

Anexo 7. Guion de las entrevistas individuales

Introducción
<ol style="list-style-type: none"> 1) Presentación y agradecimiento 2) Establecimiento de la forma de dirigirse (tú/usted) y del idioma 3) Plantear dudas/aclaraciones sobre los objetivos del estudio y el consentimiento informado que otorgan 4) Solicitar permiso para la grabación de la entrevista y explicación del tratamiento confidencial de los datos, ofrecer uso de código o pseudónimo. 5) Complimentación de la ficha sociodemográfica
Debate a fondo
1. ¿Qué piensa sobre las contenciones físicas?
2. ¿Por qué se contiene a una persona mayor?
3. María es una mujer de 80 años con deterioro cognitivo leve que se acaba de desorientar. Nos llama su hija porque constantemente se está levantando de la silla: ¿Qué haría?
4. ¿Qué responsabilidad cree que tiene como médico/enfermera/TCAE en que un paciente de su unidad esté contenido?
5. Cuando está de turno y tiene a su cargo un paciente que, aun estando tranquilo, está contenido: ¿cómo actúa?
6. (Foto 1): ¿Cree que esta situación se podría haber prevenido? ¿Qué se podría haber hecho para evitar esta situación?

7. ¿Quiere comentar alguna otra cuestión que le interese destacar y que no hayamos hablado?
Clausura
<ul style="list-style-type: none"> - Breve resumen de las aportaciones - Proponer participar en siguientes fases del estudio - Agradecer su participación

Anexo 8. Ficha sociodemográfica

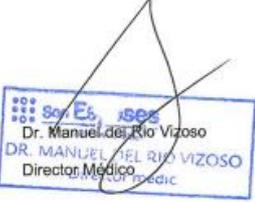
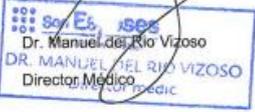
Ficha Sociodemográfica		Código:
Edad:		
Sexo:		
Centro de trabajo:	<input type="radio"/> Hospital General <input type="radio"/> Hospital Joan March <input type="radio"/> Hospital Sant Joan de Déu – Palma	
Categoría laboral:	<input type="radio"/> Médico <input type="radio"/> Enfermera <input type="radio"/> TCAE	
Años de experiencia (en la categoría laboral):		
Formación en prevención de uso de contenciones	<input type="radio"/> Sí	
(Cursos, seminarios, conferencias, jornadas...):	<input type="radio"/> No	

Anexo 9. Pautas para la transcripción literal de las entrevistas

Código	Uso
=	No hay intervalo de tiempo entre los dichos de los hablantes
'cita'	Citas
(palabras)	Transcripciones que no son seguras
() → (¿?)	Para un extracto de habla incomprensible
(seg)	Pausas destacadas, con valor analítico (en segundos)
(())	Información no verbal o contextual
<u>subrayado</u>	Énfasis en palabras o sílabas
-	Interrupción brusca y voluntaria de una palabra
...	Ideas o palabras sin terminar, sin alargamiento de sonido
↑↓	Cambios en el tono
MAYÚSC	Volumen elevado de voz y gritos
º	Murmullo o volumen menos elevado

Anexo 10. Informes favorables de los centros

		
<p>Palma, a 11 de septiembre de 2019</p>		
<p>El Director de Enfermería del Hospital Universitario Son Espases de Palma de Mallorca, ha evaluado la solicitud del PROYECTO de Alba Carrero Planells (Investigador principal) y Francisca Pozo Rodriguez, (Colaborador HUSE) titulado: "La cultura de la contención física en el paciente geriátrico: perspectiva de y profesionales de centros hospitalarios/hospitales de media estancia en Mallorca"</p>		
<p>Revisada la documentación, informa favorablemente dicha petición por considerarla de interés para el Hospital.</p>		
		
<p>D. Juan Manuel Gavala Arjona Director de Enfermería Hospital Universitario Son Espases</p>		
<p>Ctra. de Valldemossa, 79 07120 Palma, Mallorca</p>	<p>Tel. (+34) 871 205 000 Fax (+34) 871 205 500</p>	<p>sonespases.info@ssib.es www.hospitalsonespases.es</p>

 <p>Son Espases hospital universitari</p>	 <p>G CONSELLERIA O SALUT I SERVEIS SALUT B ILLES BALEARIS</p>	
<p>President :</p> <p>Antonio Oliver Microbiologia 76262 antonio.oliver@ssib.es</p>	<p>CI-352-19</p> <p>Palma, 31 de julio de 2019</p>	
<p>Vocals :</p> <p>Manuel del Rio Subdirector Servicios Médicos manuel.delrio@ssib.es</p> <p>Joana M. Ferrer Inmunologia 66340 juanam.ferrer@ssib.es</p> <p>Borja Cosío Neumologia 64513 borja.cosio@ssib.es</p> <p>Melchor Riera M. Interna 78148 melchor.riera@ssib.es</p> <p>Damián Heine Genética 65494 damian.heine@ssib.es</p> <p>Antonia Barceló Analista clínicos 65488 antonia.barcelo@ssib.es</p> <p>Francesca Cañellas Psiquiatria 76081 francesca.canellas@ssib.es</p> <p>Miguel Fol D. Científic Idioma 75234 miguel.fol@ssib.es</p> <p>Antonio Gutiérrez Hematologia 65118 antonio.gutierrez@ssib.es</p> <p>Cristófol Vives-Bauzá UNI-Neurociències 86309 cristof.vives@ssib.es</p> <p>Gwendolyn Barceló Coblijn UNI-Lipids 66300 gwendolyn.barcelo@ssib.es</p> <p>Pilar Andreu Rodrigo Àrea formació, docència i investigació Infermeria juanm.gavaia@ssib.es</p>	<p>La COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN del Hospital Universitario Son Espases de Palma de Mallorca, ha evaluado la solicitud de PROYECTO de ALBA LORETO CARRERO PLANELLS (UIB) y FRANCISCA POZO RODRÍGUEZ coordinadora de ENFERMERÍA, del Hospital General, titulado: “La cultura de la contención física en el paciente geriátrico: perspectiva de y profesionales de centros hospitalarios/hospitales de media estancia en Mallorca”.</p> <p>Revisada la documentació, informa favorablement dita petició per considerar-la de interès per al HOSPITAL.</p>	
	 <p>Dr. A. Oliver Palomo Pres. Comisión Investigación</p>  	
<p>Ctra. de Valldemossa, 79 07120 Palma, Mallorca</p>	<p>Tel. (+34) 871 205 000 Fax (+34) 871 205 500</p>	<p>sonespases.info@ssib.es www.hospitalsonespases.es</p>



Hospital Son Llàtzer, 29 de noviembre del 2019

Como Directora de enfermería del Hospital Son Llàtzer manifiesto mi acuerdo y conformidad en la realización del proyecto de investigación, titulado *"La cultura de la contención física en el paciente geriátrico: perspectiva de los profesionales de hospitales de media estancia en Mallorca"*, estudio cualitativo de enfoque etnometodológico con análisis crítico del discurso, cuya investigadora principal es: la Sra. Alba Carrero Planells, profesora del departamento de enfermería de la UIB, las co-investigadoras son la Dra. Cristina Moreno Mulet y la Dra. Ana Urrutia Beaskoa y como investigadora colaboradora del centro la Sra. M^a Rosario Serra Soler.

No obstante este acuerdo y conformidad está sujeto a la aprobación del Comité d'Ètica de la Investigació de les Illes Balears (CEI-IB).

Además el investigador debe comprometerse a presentar los resultados del estudio a la Dirección del Hospital.

Para que conste a los efectos oportunos,


Ana M^a Pérez Fernández
Directora de enfermería. HUSLL.
Palma de Mallorca

Comissió d'Investigació Hospital Universitari Son Llàtzer	Informe d'Avaluació d'Estudi Data: 17/07/2019	
---	--	--

A 17 de julio de 2019, la Comisión de Investigación acuerda lo siguiente en relación al estudio:

Título: La cultura de la contención física en el paciente geriátrico: perspectiva de los profesionales de hospitales de media estancia en Mallorca.

Investigadora principal: Alba Loreto Carrero Planells

Responsable en el centro: Rosario Serra Soler

El presente estudio presentado Alba Loreto Carrero Planells, profesora de Enfermería y Fisioterapia de la Univesitat de les Illes Balears, se trata de un estudio que pretende responder a la pregunta cuál es la cultura de la contención física del paciente geriátrico. Para ello, se han planteado los objetivos de explorar los discursos y prácticas de los profesionales en relación al uso de las contenciones físicas, descripción de los factores institucionales que influyen en el uso de las contenciones e identificar las similitudes y diferencias en el discurso de los profesionales según su disciplina respecto al uso de las contenciones. Es un estudio de tipo cualitativo que se enmarca en el paradigma crítico-social con un enfoque etnometodológico con análisis del discurso. La recolección de datos y el análisis se llevarán a cabo de forma simultánea, con la intención de que se retroalimenten y sirvan para mejorar.

Tras su evaluación, la Comisión de investigación del Hospital Son Llàtzer decide emitir informe favorable para que conste a efectos de inicio del estudio en el centro y para su presentación/comunicación al CEI-IB.

Y para que conste, firma

En Palma, a 17 de julio de 2019.


Fdo.: Joan Bargay Lleonart
Presidente de la Comisión de Investigación


Fdo.: Inés Asunción Losada López
Secretaria de la Comisión de Investigación

Comissió d'Investigació

SJD**Sant Joan de Déu**
Hospital · Palma · Inca**CONFORMIDAD DE LOS SERVICIOS IMPLICADOS**

Isabel Román Medina, Directora Enfermera del Hospital Sant Joan de Déu de Palma y de Inca,

DECLARO:

1. Que conozco la documentación del estudio titulado: LA CULTURA DE LA CONTENCIÓN FÍSICA EN EL PACIENTE GERIÁTRICO: PERSPECTIVA DE LOS PROFESIONALES DE HOSPITALES DE MEDIA ESTANCIA EN MALLORCA.
2. Que la investigadora principal es ALBA L. CARRERO PLANELLS.
3. Que los profesionales de los servicios implicados cumplen las características y competencias necesarias para llevar a cabo estudios de investigación así como la metodología específica del estudio de referencia.
4. Que autorizo la realización de este trabajo en las unidades de hospitalización a las que hace referencia la investigadora principal.



Palma, 05 de noviembre de 2019

SJD Sant Joan de Déu
Hospital · Palma · Inca

Hospital Sant Joan de Déu
Registre: Scrtides
Núm. 31 / 2019
Data: 19 / 07 / 2019

Palma, 19 de julio de 2019

Estimada Alba,

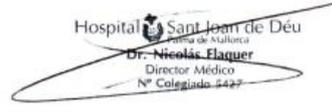
Una vez valorado el proyecto de investigación, **La cultura de la contención física en el paciente geriátrico: perspectiva de los profesionales de hospitales de media estancia en Mallorca.**

Te informamos que tiene la aprobación por parte de la Comisión de Investigación del Hospital Sant Joan de Déu y que la Dirección del centro se encuentra informada y da su conformidad para la realización del estudio.



Palmer de Cala Cornuda, 35
Tel. 971 265 854 - Fax: 971 269 308
(Mallorca)

Dr. Joan Carulla Civit
Director Gerente
Hospital Sant Joan de Déu



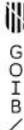
Hospital Sant Joan de Déu
Palma de Mallorca
Dr. Nicolás Flaquer
Director Médico
Nº Colegiado: 5427

Dr. Nicolás Flaquer
Director Médico - Presidente CIEC
Hospital Sant Joan de Déu

Carrer Sant Joan de Déu, 7
07007 Palma (Mallorca)
Illes Balears
T. +34 971 265 854
www.hsjpgalma.es

Anexo 11. Informe favorable del Comité de Ética de la Investigación de las Islas Baleares

		
INFORME DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN DE LAS ISLAS BALEARES		
Esther Cardo Jalón, Secretaria Técnica en funciones del Comité de Ética de la Investigación de las Islas Baleares,		
CERTIFICO:		
Que este Comité, en la sesión celebrada el día 30 de octubre (nº 11/19), evaluó los aspectos metodológicos, éticos y legales del proyecto de investigación nº IB 4026/19 PI, denominado LA CULTURA DE LA CONTENCIÓN FÍSICA EN EL PACIENTE GERIÁTRICO: PERSPECTIVA DE LOS PROFESIONALES DE HOSPITALES DE MEDIA ESTANCIA EN MALLORCA, de 30/09/19, de la investigadora principal Alba Loreto Carrero Planells del Departamento de enfermería y fisioterapia de la UIB, acordando solicitar aclaraciones a la investigadora.		
Que en la sesión del día 18 de diciembre (nº 11/19) se evaluó nuevamente el estudio.		
Que se acuerda emitir INFORME FAVORABLE para la realización de este proyecto de investigación.		
Que el CEI-IB, tanto en su composición como en los PNT, cumple con las normas de Buena Práctica Clínica.		
Que, a la fecha de aprobación de este estudio, la composición del CEI-IB era la siguiente:		
Presidente:	Francisco Campoamor Landín	Farmacología clínica
Vice-presidenta:	Esther Cardo Jalón	Neurología pediátrica
Secretaría:		
Secretarías administrativas:	Lourdes De la Vega Llompart	
	Xisca Cifre Gual	
Vocales:	Alberto Alonso Fernández	Neumología
	Joan Bergay Lleonart	Hematología
	Andrés De la Peña Fernández	Medicina interna
	Fernando Do Pazo Oubiña	Farmacía
	Susana Esteban Valdés	Biología
	Magdalena Esteve Cantó	Medicina preventiva y salud pública
	Miquel Fiol Sala	Medicina intensiva
	José Fuster Salvá	Oncología médica
	Raquel Marsé Fabregat	Oncología médica
	Antònia Mas Cantallops	Derecho
	Cristina Moreno Mulet	Enfermería
	Antònia Obrador Hevia	Biología
	Jaume Orfila Timoner	Medicina interna
<p>C. de Jorós, 38 A 07010 Palma Tel. 971 17 73 78 ceic_ib@caib.es cetsalut.caib.es</p>		

		
	<p>Carmen Pata Iglesias José Ignacio Ramírez Manent Pere Rütord Sbert Llorenç Socias Crespi Maties Torrent Quetglas Javier Ureña Morales Cristina Villena Portella</p>	<p>Farmacía Medicina familiar y comunitaria Estomatología Medicina intensiva Medicina preventiva y salud pública Derecho Biología</p>
Palma, 18 de diciembre de 2019		

Anexo 12. Categorías y códigos resultantes del análisis de los resultados

Categoría	Subcategoría	Código
Discursos	Conocimientos	Los conocimientos y creencias sobre las contenciones
		Los conocimientos sobre los aspectos legales
		Los conocimientos respecto a los modelos alternativos
	Actitudes	Las actitudes pro-contención física
		Las actitudes anti-contención física
Prácticas	Toma de decisiones	Los factores relacionados con los usuarios (paciente y familia) que influyen en la toma de decisiones
		Los factores relacionados con los profesionales que influyen en la toma de decisiones
		Los factores relacionados con la institución que influyen en la toma de decisiones
		La responsabilidad y el papel de los implicados en la toma de decisiones
	Normalización	El uso normalizado de la contención
		Los valores que sustentan el uso normalizado de la contención
		Las alternativas planteadas desde la normalización
	Resistencia	Las acciones de resistencia para minimizar el uso de la contención
		Los valores que sustentan las acciones de resistencia
	Consecuencias de la contención	Las consecuencias y la vivencia del paciente y sus familiares
		Las consecuencias en los profesionales y las instituciones
	Conflictos éticos	Tipos de conflictos éticos
Las actitudes de los profesionales ante los conflictos éticos: ceguera moral, estrés moral y coraje moral		
Afrontamiento de los conflictos éticos		Las estrategias internas de afrontamiento del conflicto ético
		Las estrategias externas de afrontamiento del conflicto ético
Cuidado sin contenciones	Profesionales y cuidado sin contenciones	La visión de los profesionales del cuidado sin contenciones
		Las necesidades para realizar un cuidado sin contenciones
	Institución y cuidado sin contenciones	La percepción de falta de compromiso institucional
		Las acciones institucionales orientadas al cuidado sin contenciones
Diferencias según categoría laboral	Similitudes	La seguridad: principal responsabilidad de los profesionales
		La práctica de normalización frente a la contención física
	Diferencias	Los médicos: responsabilidad formal y legal de la contención
		Las enfermeras: gestión de la contención
		Las TCAE: ejecución y mantenimiento de la contención



Ilustración: Pattysaurus