

ESCUELA DE DOCTORADO Y ESTUDIOS DE POSTGRADO

MÁSTER INTERUNIVERSITARIO ULL-ULPGC

MÁSTER EN BIOÉTICA Y BIODERECHO

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER

**“ENTRE LA AUTONOMÍA Y LA SEGURIDAD: ANÁLISIS ÉTICO LEGAL DEL USO DE LAS
CONTENCIONES EN AMBIENTES SANITARIOS Y SOCIOSANITARIOS DE CANARIAS”**

Autor: Óscar Rey Luque
Tutor: Domingo Fernández Agis

Julio 2024





RESUMEN

El Trabajo de Fin de Máster (TFM) aborda el dilema ético y legal del uso de contenciones en entornos sanitarios y sociosanitarios en Canarias. A pesar de su función de garantizar la seguridad, estas medidas restringen la autonomía y dignidad de los pacientes, especialmente aquellos vulnerables como personas mayores o con enfermedades neurodegenerativas. En Canarias, el envejecimiento de la población y el aumento de estas enfermedades hacen que el tema sea particularmente relevante. El TFM analiza el marco legal vigente, tanto a nivel nacional como internacional, y examina los principios éticos en conflicto. Se exploran los efectos negativos que pueden tener las contenciones en la salud física y mental de los pacientes, así como en la relación terapéutica, sobre todo si no se aplican de manera protocolizada y con protocolos de instauración y seguimiento estandarizados. El estudio también investiga la situación actual en Canarias, donde la falta de una normativa autonómica específica y la ausencia de protocolos claros en hospitales generales plantean desafíos significativos para las organizaciones y los profesionales. Aunque se reconocen los muchos aspectos positivos de la atención sanitaria en Canarias, se resalta la relevancia de abordar los aspectos que requieren una mejora significativa, lo que demanda un gran compromiso profesional, político y social para asegurar un cuidado más humano y respetuoso con los derechos de los pacientes, otorgando los mejores estándares de seguridad a los pacientes y a los profesionales. Se destaca la importancia de implementar la Guía de Buenas Prácticas Clínicas "Fomento de la seguridad: alternativas al uso de contenciones" en el Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria como un paso positivo. El TFM concluye con recomendaciones para mejorar la regulación, promover alternativas menos restrictivas y fomentar un enfoque más humano y respetuoso con los derechos de los pacientes.

PALABRAS CLAVE

Restricción Física, ética, legislación, jurisprudencia, Servicios de Salud para Ancianos, Derechos de los Ancianos, Ética Basada en Principios, enfermeras.



ABSTRACT

The Master's Thesis (TFM) addresses the ethical and legal dilemma of the use of restraints in health and social health environments in the Canary Islands. Despite their function of guaranteeing safety, these measures restrict the autonomy and dignity of patients, especially those vulnerable such as the elderly or people with neurodegenerative diseases. In the Canary Islands, the aging of the population and the increase in these diseases make the issue particularly relevant. The TFM analyzes the current legal framework, both nationally and internationally, and examines the ethical principles in conflict. The negative effects that restraints can have on the physical and mental health of patients, as well as on the therapeutic relationship, are explored, especially if they are not applied in a protocolized manner and with standardized establishment and follow-up protocols. The study also investigates the current situation in the Canary Islands, where the lack of specific regional regulations and the absence of clear protocols in general hospitals pose significant challenges for organizations and professionals. Although the many positive aspects of health care in the Canary Islands are recognized, the relevance of addressing the aspects that require significant improvement is highlighted, which demands a great professional, political and social commitment to ensure more humane care that respects rights. of patients, granting the best safety standards to patients and professionals. The importance of implementing the Good Clinical Practice Guide "Promoting safety: alternatives to the use of restraints" at the Nuestra Señora de Candelaria University Hospital is highlighted as a positive step. The TFM concludes with recommendations to improve regulation, promote less restrictive alternatives and encourage a more humane and respectful approach to patients' rights.

KEYWORDS

Restraint, Physical, ethics, legislation, jurisprudence, Health Services for the Aged, Aged Rights, Principle-Based Ethics, nurses.



ÍNDICE DEL CONTENIDO

	Pág.
1.- INTRODUCCIÓN.....	4
2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	4
3.- JUSTIFICACIÓN	6
4.- OBJETIVOS.....	7
4.1.- OBJETIVO PRINCIPAL.....	7
4.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	7
5.- METODOLOGÍA.....	7
6.- MARCO TEÓRICO, LEGAL Y ÉTICO.....	8
6.1.- MARCO TEÓRICO.....	8
6.1.1.- Contención, sujeción y restricción.....	8
6.1.2.- Incidencia del uso de contenciones.....	8
6.1.3.- Factores de riesgo predisponentes para ser objeto de contención.....	10
6.1.4.- Indicación de las contenciones en los protocolos actuales.....	10
6.1.5.- Efectos secundarios de las contenciones.....	13
6.2.- MARCO JURÍDICO.....	14
6.2.1.- Regulación internacional.....	14
6.2.2.- Regulación europea.....	15
6.2.3.- Regulación española.....	15
6.2.4.- Regulación canaria.....	18
6.- ALTERNATIVAS A LAS CONTENCIONES.....	19
7.- ANALISIS DESDE EL PUNTO DE VISTA ÉTICO SOBRE EL USO DE LAS CONTENCIONES.....	20
7.1.- PRINCIPALÍSIMO.....	20
7.2.- UTILITARISMO.....	21
7.3.- TRANSHUMANISMO.....	21
8.- ANÁLISIS DEL USO DE CONTENCIONES DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL CÓDIGO DEONTOLÓGICO DE ENFERMERÍA ESPAÑOLA.....	22
9.- SITUACIÓN DE CANARIAS EN RELACIÓN CON EL USO DE LAS CONTENCIONES.....	24
10.- DISCUSIÓN.....	25
11.- CONCLUSIONES.....	26
12.- BIBLIOGRAFÍA.....	28



1.- INTRODUCCIÓN

La utilización de medidas de contención en entornos sanitarios y sociosanitarios, definidas como cualquier restricción física o farmacológica de la libertad de movimiento o comportamiento de un paciente, constituye una práctica frecuente y controvertida (1). Aunque su objetivo primordial es garantizar la seguridad del paciente y de quienes le rodean, su aplicación revela un dilema ético fundamental que se plantea entre la autonomía y la dignidad del individuo frente a la necesidad de proteger su bienestar y el de terceros (2).

En el contexto específico de Canarias, esta problemática adquiere una relevancia particular debido al envejecimiento progresivo de la población y al aumento de personas con enfermedades neurodegenerativas y trastornos mentales, colectivos especialmente vulnerables al uso de contenciones. Las medidas de contención ya sean físicas (como las sujeciones mecánicas) o químicas (como la administración de psicofármacos), pueden tener un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes, afectando su dignidad, autonomía y bienestar emocional (3).

La complejidad de esta cuestión radica en la dificultad de encontrar un equilibrio entre la protección de la salud y la seguridad, por un lado, y el respeto a la autonomía y los derechos humanos del paciente, por otro (4). La aplicación de medidas de contención debe ser siempre una medida excepcional, justificada y proporcionada, y nunca un recurso rutinario o punitivo (5).

En este sentido, el presente Trabajo Fin de Máster (TFM) se propone analizar en profundidad el uso de contenciones en entornos sanitarios y sociosanitarios de Canarias desde una perspectiva ética y biojurídica. A través de un análisis exhaustivo del marco legal vigente, de los principios éticos fundamentales y de la realidad práctica en las islas, se busca arrojar luz sobre esta problemática y formular recomendaciones que contribuyan a mejorar la atención a los pacientes y a garantizar el respeto de sus derechos y dignidad.

2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La problemática central en el uso de contenciones en entornos sanitarios y sociosanitarios radica en el conflicto ético inherente entre la autonomía del paciente y la necesidad de garantizar su seguridad y la de terceros. Este dilema se agudiza en pacientes vulnerables, como aquellos con deterioro cognitivo, trastornos mentales o enfermedades neurodegenerativas, quienes pueden presentar una capacidad disminuida para tomar decisiones informadas y comprender las implicaciones de las medidas de contención (6).



La autonomía, entendida como la capacidad de autogobierno y toma de decisiones sobre la propia vida, es un principio fundamental en la ética médica y un derecho humano reconocido (7). Sin embargo, en situaciones donde la seguridad del paciente o de otros está en riesgo, la autonomía puede verse limitada en aras de la beneficencia y la no maleficencia (8).

El uso de contenciones, ya sean físicas o químicas, implica una restricción de la libertad y puede generar consecuencias negativas para el paciente, como pérdida de dignidad, aumento de la agitación, deterioro funcional e incluso lesiones físicas (9). Además, la aplicación de estas medidas puede afectar negativamente la relación terapéutica y generar sentimientos de desconfianza y humillación en el paciente (10).

Por otro lado, la seguridad del paciente y del personal sanitario es un imperativo ético y legal (9). En situaciones de riesgo inminente, como agitación psicomotriz severa, autolesiones o agresiones a terceros, las contenciones pueden ser consideradas como una medida de último recurso para prevenir daños graves (11).

En este contexto, la problemática radica en encontrar un equilibrio entre la protección de la salud y la seguridad, por un lado, y el respeto a la autonomía y los derechos humanos del paciente, por otro. La aplicación de medidas de contención debe ser siempre una decisión excepcional, justificada y proporcionada, basada en una evaluación individualizada del paciente y en la búsqueda de alternativas menos restrictivas (12).

Recientes estudios han explorado el uso de sujeciones mecánicas en diversos entornos de atención médica, destacando las consideraciones éticas y prácticas involucradas. En España se enfatiza la necesidad de incluir en los protocolos de contención mecánica el consentimiento informado, pero se advierte la variabilidad en el contenido ético y la calidad de las guías (13).

Numerosos autores sugieren que las restricciones mecánicas deben considerarse una terapia en investigación dado que se ha demostrado que la implementación de diversas intervenciones organizacionales en centros de cuidados a largo plazo, tales como políticas de mínima restricción y la capacitación del personal, resultan efectivas para reducir el número de residentes sometidos a contenciones físicas. Estas intervenciones no aumentan el riesgo de caídas ni la necesidad de medicación psicotrópica adicional (14).

El uso de sujeciones en pacientes es una práctica que tiene profundas implicaciones sobre varios derechos fundamentales y valores básicos de la persona, tales como la



libertad, la dignidad, la autonomía, la autoestima y el bienestar personal. Además de impactar estos principios, el empleo de sujeciones puede causar serios problemas de salud, incluyendo accidentes, laceraciones, desgarros, estrangulamientos, asfixia, dolor, agitación y delirium. En los casos en que las sujeciones se utilizan de manera prolongada, pueden llevar a la atrofia muscular, pérdida de masa muscular y deterioro funcional, agravando así el estado de salud del paciente y comprometiendo su calidad de vida.

3.- JUSTIFICACIÓN

La justificación de este Trabajo Fin de Máster (TFM) se sustenta en la relevancia y actualidad del tema abordado: el uso de contenciones en entornos sanitarios y sociosanitarios de Canarias. Esta práctica, aunque necesaria en determinadas circunstancias, plantea dilemas éticos y legales complejos que requieren un análisis profundo y riguroso.

En primer lugar, la creciente prevalencia de enfermedades neurodegenerativas y trastornos mentales en la población canaria, especialmente entre las personas mayores, ha incrementado el uso de contenciones en estos entornos (Gobierno de Canarias, 2022). Esta situación exige una reflexión ética sobre la proporcionalidad de estas medidas, su impacto en la calidad de vida de los pacientes y la búsqueda de alternativas menos restrictivas.

En segundo lugar, la legislación vigente en España y Canarias sobre el uso de contenciones, aunque establece garantías para proteger los derechos de los pacientes, presenta ciertas lagunas y ambigüedades que pueden generar inseguridad jurídica y prácticas clínicas dispares (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).

En tercer lugar, la diversidad de perspectivas éticas sobre el uso de contenciones, desde la deontología hasta el consecuencialismo y la ética del cuidado, demanda un análisis exhaustivo que permita identificar los valores y principios fundamentales en juego y guiar la toma de decisiones clínicas (Beauchamp & Childress, 2019), de tal forma que se camine hacia un modelo de centros sanitarios y sociosanitarios con contención cero.

En cuarto lugar, la escasez de estudios específicos sobre el uso de contenciones en Canarias y la falta de datos actualizados sobre su prevalencia, justifican la necesidad de investigar esta realidad y generar conocimiento que pueda contribuir a mejorar la práctica clínica y la legislación en las islas.



En definitiva, este TFM se justifica por la necesidad de abordar un tema de gran relevancia social y sanitaria, que afecta a la dignidad, autonomía y bienestar de un colectivo vulnerable. A través de un análisis ético y legal riguroso, se busca aportar una visión crítica y constructiva sobre el uso de contenciones en Canarias, con el objetivo de promover prácticas clínicas más respetuosas con los derechos de los pacientes y contribuir al desarrollo de políticas públicas más justas y equitativas.

4.- OBJETIVOS

4.1.- OBJETIVO PRINCIPAL

Analizar desde una perspectiva ética y legal el uso de las contenciones en ambientes sanitarios y sociosanitarios de Canarias, evaluando el equilibrio entre la autonomía del paciente y la necesidad de garantizar su seguridad.

4.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar las leyes, regulaciones y protocolos existentes en Canarias respecto al uso de contenciones en entornos sanitarios y sociosanitarios.
- Examinar los dilemas éticos asociados al uso de contenciones, considerando los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.
- Investigar los efectos de las contenciones sobre la salud física y mental de los pacientes, así como su impacto en la relación terapéutica y la percepción de dignidad y autonomía.
- Desarrollar recomendaciones basadas en los hallazgos del análisis ético-legal y en las mejores prácticas internacionales para mejorar la regulación y uso de contenciones en Canarias, promoviendo alternativas menos restrictivas.

5.- METODOLOGÍA

El presente Trabajo de Fin de Máster (TFM) se desarrolla bajo una metodología cualitativa, orientada al análisis ético-legal del uso de contenciones en ambientes sanitarios y sociosanitarios de Canarias. En una primera fase se llevó a cabo una exhaustiva revisión bibliográfica para identificar y recopilar información relevante sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas. Se consultaron bases de datos académicas como PubMed y Scopus, además de literatura gris, informes de organismos como el Comité de Bioética de España, así como documentos de organismos internacionales y nacionales.

Posteriormente, se realizó un análisis documental de las leyes, regulaciones y directrices relacionadas con el uso de contenciones. Se examinaron documentos legales clave,



como la Ley 41/2002, Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente, y la normativa específica de Canarias sobre voluntades anticipadas. Este análisis permitió identificar las bases legales y los vacíos normativos existentes en la regulación del uso de contenciones en la región.

6.- MARCO TEÓRICO, LEGAL Y ÉTICO

6.1.- MARCO TEÓRICO

6.1.1.- Contención, sujeción y restricción

En la literatura consultada, es común encontrar diversas denominaciones para definir estos procedimientos, incluyendo términos como contención, sujeción y restricción. Estos términos se utilizan para referirse a métodos que pueden ser físicos, ambientales o químicos. En el desarrollo de este trabajo se utilizará la palabra contención por ser una palabra que cuenta con mayor consenso.

Las **contenciones**, según la revisión del Colegio de Enfermeras de Ontario (CNO) (15), se definen como métodos físicos, químicos o ambientales empleados para controlar la actividad física o el comportamiento de una persona o partes de su cuerpo. Las **medidas físicas** restringen el movimiento del paciente, ejemplos de estas son una silla anclada a una mesa o una barandilla en la cama que el paciente no puede mover. Las **medidas ambientales** controlan la movilidad del paciente mediante unidades seguras, jardines cerrados, aislamiento o salas de reflexión o aislamiento. Las **medidas químicas** implican el uso de medicamentos psicoactivos, no para tratar una enfermedad, sino para suprimir intencionadamente un comportamiento o movimiento específico. El aislamiento, con o sin contenciones, es una práctica utilizada en la gestión de pacientes que ha sido poco documentada en entornos asistenciales.

Las contenciones se pueden clasificar según varios criterios, cada uno de los cuales proporciona una perspectiva diferente sobre su uso y aplicación. En la Tabla 1 se presenta un resumen de estos criterios de clasificación, abarcando desde los métodos de aplicación y los dispositivos utilizados hasta el carácter temporal de la sujeción y la aceptación por parte del paciente.

6.1.2.- Incidencia del uso de contenciones

Actualmente, el uso de restricciones es un problema ampliamente reconocido en entornos de atención tanto agudos como crónicos y residenciales. Las prevalencias reportadas varían considerablemente dependiendo del país o región, con rangos del 15-66% en residencias y del 8-68% en hospitales. Esta variabilidad se debe a las diferentes

definiciones de restricciones físicas, los métodos de recopilación de datos, las leyes y las culturas institucionales (17).

España destaca por tener una alta prevalencia en el uso de sujeciones físicas, superando a países como Italia, Francia y Estados Unidos. Un estudio realizado en residencias españolas encontró que el 84.9% de los residentes estaban sujetos a alguna forma de contención, con variabilidad entre centros del 70.3% al 96.6% (18). En la Comunidad de Madrid, una investigación reveló que el 8.4% de los residentes estaban sometidos a medidas de sujeción, cifra que aumenta al 20.8% cuando se considera el uso de doble barandilla en cama (19).

Según la Confederación Estatal de Organizaciones de Mayores (CEOMA), existe una gran variabilidad en las residencias geriátricas, con un uso que oscila entre el 7% y el 90%. Además, otras fuentes confirman que esta práctica es común en los centros residenciales para personas mayores en nuestro país. Informes derivados de tareas de inspección revelan que hasta un 40% de los residentes pueden estar físicamente sujetos de manera permanente, siendo la mayoría de ellos personas con algún tipo de demencia (20).

CRITERIO DE CLASIFICACIÓN	TIPOS DE CONTENCIÓN	DESCRIPCIÓN
Método de Aplicación	Físicas o mecánicas	Dispositivos que restringen el movimiento.
	Químicas o farmacológicas	Medicamentos que alteran el comportamiento.
Dispositivos	Muñequeras, tobilleras, cinturones, petos, barandillas, sábanas, etc.	Variedad de herramientas para restringir el movimiento.
Carácter Temporal	Agudas, episódicas o esporádicas	Uso puntual en situaciones de crisis (menos de 2-3 días)
	Crónicas o permanentes	Uso prolongado (superior a 3 días) a menudo sin revisión adecuada.
Aceptación de la Persona	Voluntarias	Consentidas por la persona.
	Involuntarias	Aplicadas sin el consentimiento de la persona.

Tabla 1: Clasificación de las contenciones (16).

6.1.3.- Factores de riesgo predisponentes para ser objeto de contención

El perfil típico de un residente que recibe contención física es el de una mujer mayor, desorientada, con tendencia a deambular, diagnosticada con demencia, dependiente en las actividades diarias, con incontinencia doble, bajo tratamiento con neurolépticos, que participa en actividades sociales y tiene antecedentes de caídas en los últimos seis meses (20). La Tabla 2 resume algunos de los factores de riesgo predisponentes y ejemplos asociados de conductas previas o demencia (diagnosticada/no diagnosticada) que puedan ser características de la salud del paciente con predisposición a ser contenido:

FACTORES DE RIESGO PREDISONENTES PARA EL USO DE CONTENCIONES	
1.- Edad cronológica avanzada	
2.- Cambios cognitivos	<ul style="list-style-type: none"> • Demencia moderada-grava • Tauma
3.- Incapacidad/disminución de la capacidad comunicativa	<ul style="list-style-type: none"> • Afasia
4.- Incontinencia fecal y urinaria	
5.- Historia de caídas/miedo a caídas	
6.- Dependencia creciente	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la movilidad • Dependencia creciente para las actividades de la vida diaria
7.- Trastornos psiquiátricos	
8.- Comportamientos reactivos	<ul style="list-style-type: none"> • Agresividad, historia de violencia, lesión a sí mismo o a otros • Ansiedad • Comportamientos desafiantes/perturbados • Intranquilidad, deambulación • Riesgo de lesión a si mismo o a otros
9.- Déficit sensoriales	<ul style="list-style-type: none"> • Sordera o dificultad auditiva • Ceguera o dificultad visual

Tabla 2: Factores de riesgo predisponentes para el uso de contenciones (15).

6.1.4.- Indicación de las contenciones en los protocolos actuales

La utilización de sujeciones en entornos sanitarios y sociosanitarios es un tema ampliamente debatido debido a sus implicaciones éticas y prácticas. Muchos expertos consideran que, en la mayoría de los casos, estas medidas pueden evitarse mediante



intervenciones alternativas menos invasivas y más respetuosas con la dignidad de las personas. En los casos en los que se recurren a las sujeciones, los protocolos, procedimientos y guías existentes justifican su uso en ciertas situaciones, aunque algunas de estas justificaciones podrían ser reemplazadas por métodos más humanizados.

Las principales indicaciones para el uso de contenciones incluyen la prevención de autolesiones y lesiones a otros, la realización de tratamientos médicos, el control de la agitación, la prevención de caídas y la garantía de seguridad tanto del paciente como del personal sanitario. Estas indicaciones son generalmente consideradas justificadas cuando se emplean como último recurso, tras agotar otras alternativas menos invasivas, y se obtiene el consentimiento informado del paciente o su representante. Sin embargo, el control de la agitación y la prevención de caídas son más controvertidos, ya que existen alternativas más dignificantes, como el uso de camas bajas o colchonetas.

Las contenciones se aplican en varios escenarios, como las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), donde hay riesgo elevado de que los pacientes se extraigan vías venosas, sondas o tubos de ventilación. En las UCI, los pacientes frecuentemente reciben sedación para facilitar la inmovilización y son monitoreados de cerca por personal especializado. En las áreas de urgencias, pueden ser necesarias para manejar pacientes en estados de intoxicación o confusión aguda (21).

También se utilizan en Unidades de Hospitalización de Neurología, Medicina Interna y otras especialidades para controlar comportamientos agitados debidos a enfermedades agudas o crónicas, estados confusionales o riesgos de caídas (22).

En pediatría, se usan para restringir el movimiento durante procedimientos médicos y minimizar riesgos y molestias. En las unidades de salud mental, las contenciones a menudo se combinan con medidas farmacológicas, especialmente en internamientos no voluntarios, los cuales deben ser comunicados al juez correspondiente en los plazos establecidos por la ley (23).

En las Unidades Geriátricas, el uso de contenciones es común debido a la vulnerabilidad y fragilidad de los pacientes, pero puede ser una medida injustificada si no se evalúa adecuadamente. En el ámbito domiciliario, los cuidadores no profesionales a menudo recurren a contenciones para manejar personas mayores con enfermedades neurológicas degenerativas o trastornos mentales, lo que puede llevar a un uso inadecuado de estas medidas (24). El uso de contenciones en centros de menores o en personas privadas de libertad es especialmente controvertido y, en algunos casos, se rechaza como medida de castigo desde una perspectiva deontológica (25).



No hay evidencia que respalde que las contenciones físicas tengan beneficios curativos, preventivos, diagnósticos o terapéuticos para las personas mayores. La literatura sugiere que el uso de contenciones está más asociado con problemas y riesgos, como daños físicos y psicológicos, hospitalización prolongada y complicaciones graves, incluidas lesiones fatales (26).

El uso de contenciones en residencias geriátricas es particularmente cuestionable debido a la vulnerabilidad de los residentes y la posibilidad de cronificar esta práctica, lo que afecta negativamente su bienestar físico y psicológico. Las contenciones se utilizan frecuentemente en la rutina diaria de los residentes, lo cual es problemático, ya que deberían tener derecho a desarrollar sus expectativas vitales en un entorno seguro y digno (27).

Existen alternativas a las contenciones que pueden ser implementadas con éxito, como la estimulación física, cambios posturales, el uso de butacas ergonómicas, vigilancia nocturna incrementada y actividades de estimulación cognitiva. Estas alternativas no solo son menos invasivas, sino que también pueden mejorar significativamente la calidad de vida de los pacientes, demostrando que la contención física y química debe ser siempre la última opción (15, 28).

Como se ha comentado la indicación de las sujeciones mecánicas es objeto de controversia, ya que muchos creen que su uso podría evitarse con alternativas menos invasivas y más dignificantes. No obstante, cuando se utilizan, los protocolos vigentes justifican su aplicación en los siguientes casos (29,30):

1. Instauración y aseguramiento de medidas o procedimientos terapéuticos: Incluye el uso de sondajes (nasoentérico, gastrostomía percutánea, vesicouretral), sueroterapia parenteral, oxigenoterapia y tratamiento de lesiones cutáneas como úlceras por presión, para prevenir desinserciones, arrancamientos, desgarros o rechazo terapéutico.
2. Control de la agitación y otras alteraciones conductuales: Incluye autoagresión, heteroagresión, intentos autolíticos y conductas suicidas.
3. Garantizar la inmovilización prescrita en determinados procesos traumatológicos: Por ejemplo, en casos que requieren inmovilización, como fracturas de fémur.
4. Prevención de caídas o accidentes por deambulación errática: Esta indicación representa el 75% de las sujeciones.



5. Control postural: Para mantener una postura adecuada en personas que lo requieren.

Numerosos estudios (31-33) han demostrado que las personas sometidas a sujeciones pueden experimentar mayor agitación y trastornos conductuales. Además, la evidencia científica sugiere que el uso de sujeciones no reduce significativamente el número de caídas y que las caídas que ocurren bajo estas condiciones pueden tener consecuencias más graves. En el entorno de la unidad de cuidados intensivos las contenciones son controvertidas dado que aumentan la agitación del paciente y esto puede hacer que el número de arrancamientos de tubos endotraqueales sea mayor en pacientes sujetos que en no sujetos a los que se aplican otras medidas como la comunicación efectiva o el acompañamiento continuos.

Se reconoce que para el control postural existen numerosas alternativas menos traumáticas y más dignificantes, como productos de apoyo, sistemas de posicionamiento (cojines, cuñas) y dispositivos ortoprotésicos, que garantizan un buen control postural en diferentes posiciones (bipedestación, sedestación o decúbito).

6.1.5.- Efectos secundarios de las contenciones

No se ha demostrado que el uso de contenciones físicas sea eficaz para prevenir caídas y lesiones; de hecho, puede incrementar el riesgo de caídas (34). La prevención de comportamientos como la agresividad, la deambulación o la interferencia con el tratamiento prescrito se ha asociado con efectos adversos físicos, psicológicos y sociales para el paciente, incluyendo el deterioro de la movilidad, la cognición y la función social, así como con síntomas conductuales (35). El uso a corto plazo de contenciones físicas también se ha vinculado con la muerte súbita debido a trombosis venosa profunda y embolia pulmonar (36).

En cuanto al uso de contenciones en entornos sanitarios y sociosanitarios esta puede tener varios efectos negativos sobre la **relación terapéutica** entre el paciente y el profesional de la salud. Algunos de estos efectos incluyen (37):

1. Disminución de la confianza: el paciente puede sentir que se le está tratando de manera inhumana o irrespetuosa, lo que reduce su confianza en el personal sanitario.
2. Aumento de la ansiedad y el miedo: la sensación de estar contenido puede generar ansiedad y miedo en el paciente, dificultando su colaboración con el tratamiento.



3. Sentimientos de humillación y pérdida de dignidad: las contenciones pueden hacer que el paciente se sienta humillado o avergonzado, afectando negativamente su autoestima y su percepción de dignidad.
4. Resistencia y comportamiento desafiante: el uso de contenciones puede provocar que algunos pacientes desarrollen comportamientos desafiantes o resistentes, complicando el manejo de su condición.
5. Interrupción del proceso terapéutico: la relación terapéutica se basa en la colaboración y la comunicación abierta, y el uso de contenciones puede interrumpir este proceso, dificultando el progreso terapéutico.
6. Efectos psicológicos a largo plazo: las experiencias negativas asociadas con el uso de contenciones pueden tener efectos psicológicos duraderos, como trauma, desconfianza hacia el sistema de salud y aversión a buscar atención médica en el futuro.

Para mitigar estos efectos, es fundamental que los profesionales de la salud consideren alternativas menos invasivas y se enfoquen en mantener una comunicación abierta y respetuosa con el paciente, asegurando siempre su dignidad y bienestar (15).

6.2.- MARCO JURÍDICO

El uso de las contenciones en entornos sanitarios es una práctica que carece de un marco normativo o legislativo claro y específico. No existe una doctrina o posicionamiento jurídico común al respecto, lo que ha llevado a resoluciones judiciales inconsistentes ante situaciones similares. En los últimos años, algunas organizaciones, instituciones y comunidades autónomas han comenzado a desarrollar normas o directrices internas para regular el uso de contenciones físicas y farmacológicas. Estas iniciativas buscan establecer procedimientos más definidos y mejorar la seguridad y el respeto a los derechos de los pacientes.

6.2.1.- Regulación internacional

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y otras organizaciones internacionales han establecido directrices y recomendaciones para el uso de contenciones en entornos de salud. Estas directrices enfatizan la importancia de respetar los derechos humanos y reducir el uso de contenciones al mínimo necesario.



La Declaración Universal de los Derechos Humanos (38) y las Convenciones de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (39) son documentos clave que influyen en las políticas globales. De esta forma la OMS promueve prácticas de atención sanitaria que respeten los derechos humanos, recomendando que las contenciones se usen solo como último recurso y bajo estricta supervisión médica. En la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad adoptada por la ONU en 2006, establece derechos específicos para las personas con discapacidad, incluyendo la prohibición de tratamientos inhumanos o degradantes, lo que incluye el uso indebido de contenciones (39,40).

6.2.2.- Regulación europea

El Consejo de Europa, en su compromiso con la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas con trastornos mentales, ha emitido recomendaciones específicas sobre el uso de contenciones físicas. Estas directrices instan a los Estados miembros a adoptar políticas que minimicen el uso de contenciones y promuevan alternativas menos restrictivas, priorizando el bienestar y la autonomía de los pacientes.

La Recomendación del Comité de Ministros del Consejo de Europa sobre la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas con trastornos mentales establece que las contenciones solo deben utilizarse como último recurso, en situaciones excepcionales y bajo condiciones estrictamente reguladas (41). Se enfatiza la importancia de evaluar cuidadosamente la necesidad de las contenciones, considerando alternativas menos restrictivas y garantizando la supervisión adecuada para proteger la seguridad y el bienestar de los pacientes.

Esta postura del Consejo de Europa refleja una creciente preocupación en toda Europa por los efectos adversos y el impacto negativo de las contenciones físicas en la calidad de vida de los pacientes. Al promover alternativas menos restrictivas y un enfoque más centrado en la persona, se busca garantizar que las necesidades de los pacientes sean atendidas de manera respetuosa y compasiva, protegiendo sus derechos y dignidad.

En la Carta Social Europea (42) se establece la necesidad de garantizar los derechos sociales y económicos fundamentales, incluido el derecho a la protección de la salud, que abarca la necesidad de un trato digno y seguro en los entornos de atención sanitaria.

6.2.3.- Regulación española

En el sector sanitario de nuestro país, no hay recomendaciones institucionales a nivel estatal sobre el uso de contenciones. En cambio, encontramos numerosos protocolos



desarrollados por diversos centros sanitarios y sociedades científicas. Aunque existen diferencias significativas en las opciones adoptadas en algunos casos, estos protocolos suelen compartir elementos comunes, como la inclusión de un árbol de decisión clínica que detalla los pasos previos a la implementación de estas medidas, formularios de indicaciones y, con frecuencia, un informe de comunicación al Juzgado similar al procedimiento para un internamiento involuntario (13).

Aunque el uso de contenciones en entornos sanitarios no está específicamente regulado de manera uniforme, estas se abordan de forma transversal en diversas leyes y directrices que intentan garantizar su uso ético y seguro, protegiendo los derechos de los pacientes.

De esta forma la Constitución Española de 1978 establece en su artículo 1.1 que la libertad es uno de los valores fundamentales de nuestro sistema jurídico. Además, en los artículos 10, 15 y 17, se resaltan varios aspectos clave de los derechos fundamentales. El artículo 10 subraya que la dignidad humana y el libre desarrollo de la personalidad son la base del orden político y la paz social, y establece que los derechos fundamentales deben interpretarse de acuerdo con la Declaración Universal de Derechos Humanos y los tratados internacionales ratificados por España. El artículo 15 protege el derecho a la integridad física y moral, así como el derecho a no ser sometido a tratos inhumanos o degradantes. El artículo 17 garantiza el derecho a la libertad física de las personas. Además, en otro capítulo dedicado a los principios rectores de la política social y económica, el artículo 43 reconoce el derecho a la protección de la salud (43).

La Ley General de Sanidad (Ley 14/1986, de 25 de abril) tiene como objetivo regular todas las acciones necesarias para hacer efectivo el derecho a la protección de la salud, tal como se reconoce en la Constitución. El artículo 9 de esta ley establece que las autoridades públicas deben informar a los usuarios del sistema sanitario público, o de aquellos servicios vinculados a él, sobre sus derechos y deberes. Asimismo, en el artículo 10 se destaca que todas las personas tienen derecho a ser tratadas con respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin ser discriminadas por motivos de discapacidad u otras circunstancias personales o sociales (44).

En relación con la restricción del derecho a la libertad en contextos sanitarios, la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, vigente hasta el 30 de junio de 2017, aborda en su artículo 763 los internamientos no voluntarios debido a trastornos psíquicos. Esta normativa establece que el internamiento de una persona con trastorno psíquico, que no pueda decidir por sí misma, incluso si está bajo patria potestad o tutela, requiere autorización judicial. Además, especifica que dicha autorización debe ser previa al internamiento, excepto en casos de urgencia que requieran una medida inmediata (45). En estas situaciones, el responsable del centro debe informar al Tribunal



competente en un plazo máximo de veinticuatro horas, para que se ratifique la medida en las siguientes setenta y dos horas. Debido a que esta medida implica una privación de libertad, debería haberse regulado mediante una ley orgánica. Por esta razón, el Tribunal Constitucional, en su sentencia 132/2010, declaró parcialmente inconstitucional este artículo, sin anular sus preceptos, pero instando al legislador a regularlo mediante una ley orgánica a la mayor brevedad posible.

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, impacta significativamente en el uso de contenciones en entornos sanitarios al establecer el derecho del paciente a la autonomía y a recibir información completa y comprensible sobre su tratamiento. Esta normativa exige que los pacientes sean informados y den su consentimiento previo a cualquier intervención médica, lo que incluye el uso de contenciones mecánicas o farmacológicas. Además, garantiza que las decisiones del paciente sean respetadas, siempre que esté en condiciones de tomarlas, y promueve la transparencia y el respeto a la dignidad y derechos de los pacientes, limitando así el uso de contenciones a situaciones estrictamente necesarias y justificadas clínicamente (46).

La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, conocida como Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, establece las bases para el ejercicio de las profesiones sanitarias tituladas, tanto de forma autónoma como por cuenta ajena. Según esta ley, los profesionales sanitarios tienen la obligación de proporcionar una atención técnica y profesional adecuada a las necesidades de salud de sus pacientes, acorde con el avance de los conocimientos científicos y los estándares de calidad y seguridad establecidos (47). Además, deben respetar la personalidad, dignidad e intimidad de los pacientes, garantizando su participación en las decisiones que les afecten. Es fundamental que los profesionales ofrezcan información suficiente y adecuada para que los pacientes puedan ejercer su derecho al consentimiento informado sobre dichas decisiones.

A nivel autonómico, se están promulgando leyes que desarrollan y actualizan la normativa sobre Servicios Sociales. Por ejemplo, la Ley 1/2003, de 24 de febrero, de Servicios Sociales del Principado de Asturias (48), se enfoca en la organización y desarrollo de un sistema público de servicios sociales, así como en la regulación de la iniciativa privada en este ámbito, con el objetivo de mejorar la calidad de vida y el bienestar social.

Las leyes y normativas autonómicas, como la Ley Foral 15/2006 de Navarra (49), la Ley de Cantabria 2/2007 (50), la Ley de Cataluña 12/2007 (51), la Ley del País Vasco 12/2008 (52), la Ley 4/2009 de las Illes Balears (53), la Ley 5/2009 de Aragón, y la Ley 7/2009 de La Rioja (55), junto con el Decreto Foral 221/2011 (56), establecen un marco normativo



que afecta significativamente la aplicación de las contenciones mecánicas en los servicios sociales. Estas leyes, al ser específicas de cada comunidad autónoma, regulan tanto los derechos de los usuarios como las condiciones bajo las cuales se pueden implementar medidas de sujeción física y farmacológica. En particular, el Decreto Foral 221/2011 de Navarra regula detalladamente el uso de sujeciones en los servicios residenciales, promoviendo un enfoque interdisciplinar y garantizando que dichas medidas se utilicen únicamente cuando sea estrictamente necesario y bajo criterios de seguridad y dignidad para la persona. Este conjunto de normativas busca proteger los derechos de los individuos y promover prácticas que respeten la integridad y el bienestar de los usuarios de los servicios sociales.

Estas leyes promueven el uso restringido y justificado de las contenciones mecánicas, asegurando que su aplicación sea siempre la última opción, tras agotar otras alternativas menos invasivas, y que se realice bajo estricta supervisión profesional y autorización correspondiente. Además, enfatizan la necesidad de consentimiento informado del paciente o de sus representantes legales, así como la obligación de informar y documentar exhaustivamente cada intervención, asegurando así la transparencia y el respeto a la autonomía del paciente.

En esta misma línea la Instrucción 1/2022, de 19 de enero, de la Fiscalía General del Estado (57), establece directrices claras sobre el uso de medios de contención mecánicos o farmacológicos en unidades psiquiátricas, centros de salud mental y centros residenciales y sociosanitarios para personas mayores y/o con discapacidad. Esta instrucción se enfoca en garantizar que tales medidas se utilicen de manera excepcional y solo cuando sea absolutamente necesario, con el fin de proteger la dignidad y los derechos fundamentales de los individuos. Además, la instrucción enfatiza la necesidad de un enfoque interdisciplinar y la obligación de documentar y justificar exhaustivamente cada intervención, así como de obtener el consentimiento informado de los pacientes o de sus representantes legales. Este marco normativo es crucial en la regulación española del uso de contenciones en entornos sociosanitarios, proporcionando una guía específica para estos contextos, aunque no se extiende a los entornos hospitalarios, donde aún se requiere una regulación más homogénea y detallada. La instrucción busca equilibrar la seguridad y el bienestar de los pacientes con el respeto a su autonomía y derechos, promoviendo prácticas que minimicen el uso de medidas coercitivas.

6.2.4.- Regulación canaria

En Canarias, no existe una regulación específica que aborde de manera exclusiva y detallada el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en entornos sanitarios y sociosanitarios. Sin embargo, el uso de estas medidas está enmarcado dentro de las



normativas generales que rigen en todo el territorio español, incluyendo las directrices establecidas en la citada Instrucción 1/2022 de la Fiscalía General del Estado.

En Canarias se espera que las instituciones y centros de atención sigan las normativas nacionales y las recomendaciones de organismos como el Comité de Bioética de España. Estas directrices incluyen la obligación de documentar y justificar exhaustivamente cada intervención, obtener el consentimiento informado y explorar alternativas menos restrictivas antes de recurrir a las contenciones.

En Canarias, se contempla la posibilidad de incluir en el documento de voluntades anticipadas (también conocido como testamento vital) la directriz de no utilizar contenciones mecánicas o farmacológicas. Este instrumento legal permite a los ciudadanos expresar su deseo de evitar el uso de medidas coercitivas en situaciones futuras donde no puedan tomar decisiones por sí mismos, asegurando así el respeto a su dignidad y autonomía. Al incluir esta instrucción en el documento de últimas voluntades, las personas pueden especificar sus preferencias en relación con tratamientos médicos y cuidados, incluyendo la negativa a ser sometidos a contenciones, promoviendo un enfoque centrado en la persona y en la ética del cuidado. Esta disposición refleja el compromiso de la comunidad autónoma con la protección de los derechos fundamentales y la humanización de la atención sanitaria y sociosanitaria.

6.- ALTERNATIVAS A LAS CONTENCIONES

Diversas iniciativas institucionales, profesionales y organizacionales buscan reducir el uso de contenciones, asegurando que se apliquen solo cuando sean absolutamente necesarias. Entre las alternativas más adoptadas para eliminar con éxito las contenciones físicas se encuentran la estimulación física, el uso de butacas ergonómicas, los cambios posturales, la revisión regular del estado de salud, el uso de mesas o bandejas ante los asientos, el abordaje y la contención verbal, el aumento de la frecuencia de cambio de pañales o llevar al paciente al aseo, los ajustes en la medicación, el incremento de personal para una mayor supervisión, la vigilancia nocturna mejorada, la estimulación cognitiva a través de actividades y el trabajo en familia, entre otras (58).

Es importante destacar que la mayoría de estas medidas no requieren un aumento significativo en la inversión económica ni en recursos humanos. Sin embargo, la implementación de butacas ergonómicas sí implicó un gasto adicional en algunos centros que no contaban con este tipo de mobiliario, aunque en muchos casos ya existían butacas adecuadas que no se estaban utilizando correctamente para los residentes más dependientes, quienes a menudo permanecían en sillas de ruedas con sujeciones.



La medida alternativa más utilizada es la estimulación física, que incluye actividades como paseos diarios programados, deambulación asistida por el personal, ejercicios de psicomotricidad, mantenimiento y refuerzo del tono muscular realizados por fisioterapeutas, estimulación basal y masajes. En cuanto a los cambios posturales, es fundamental subrayar que forman parte del sistema asistencial y están incluidas en las pautas habituales de movilización previstas en las prescripciones de contención física. No obstante, en las instituciones que abordan el tema de las contenciones desde esta perspectiva, al tomar conciencia de los efectos negativos de la contención física y de la necesidad de cumplir rigurosamente con el plan de cuidados y atención previstos para los residentes, se ha intensificado el trabajo en esta área, obteniendo resultados positivos.

7.- ANALISIS DESDE EL PUNTO DE VISTA ÉTICO SOBRE EL USO DE LAS CONTENCIONES

El uso de contenciones en ambientes sanitarios y sociosanitarios plantea serios desafíos éticos que deben ser abordados desde diversas perspectivas. Aunque se podría analizar desde muchas perspectivas éticas, a continuación, se presenta un análisis exhaustivo desde los enfoques éticos del principalísimo, el utilitarismo y el transhumanismo.

7.1.- PRINCIPALÍSIMO

El principalísimo, basado en los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, ofrece un marco robusto para evaluar el uso de contenciones.

1. **Autonomía:** este principio subraya la importancia de respetar la capacidad de los individuos para tomar decisiones informadas sobre su propio cuidado. El uso de contenciones, al restringir la libertad de movimiento, puede violar este principio al no permitir que los pacientes ejerzan su autonomía. Es fundamental que cualquier decisión de aplicar contenciones sea acompañada de un consentimiento informado, salvo en situaciones donde el paciente no pueda tomar decisiones coherentes y su seguridad o la de otros esté en riesgo.
2. **Beneficencia:** este principio se centra en actuar en el mejor interés del paciente. El uso de contenciones debe justificarse únicamente si los beneficios superan los riesgos. Por ejemplo, en situaciones de agitación extrema donde existe un peligro inminente de autolesión o daño a otros, las contenciones pueden considerarse necesarias.
3. **No maleficencia:** significa evitar causar daño. Las contenciones físicas y farmacológicas pueden tener efectos adversos significativos, como lesiones



físicas, deterioro funcional y psicológico, y trauma emocional. Por tanto, su uso debe ser estrictamente limitado y continuamente evaluado para minimizar cualquier daño potencial.

4. Justicia: este principio se refiere a la equidad en el trato y la distribución de recursos. Es crucial que las decisiones sobre el uso de contenciones no se basen en prejuicios o discriminación y que se apliquen de manera consistente y justa para todos los pacientes.

7.2.- UTILITARISMO

El utilitarismo evalúa las acciones en términos de su capacidad para maximizar el bienestar y minimizar el sufrimiento. Desde esta perspectiva, el uso de contenciones debe ser evaluado en función del equilibrio entre los beneficios y los perjuicios para el mayor número de personas.

1. Evaluación de consecuencias: las contenciones deben ser aplicadas solo cuando los beneficios (protección del paciente y del personal, prevención de lesiones graves) superen claramente los costos (daño psicológico, pérdida de dignidad, deterioro físico).
2. Alternativas menos restrictivas: siempre se deben considerar alternativas menos invasivas que puedan proporcionar resultados similares sin los efectos adversos asociados con las contenciones. La estimulación física, el aumento de la vigilancia y las intervenciones conductuales son ejemplos de alternativas que pueden ser más efectivas y menos dañinas.
3. Maximización del bienestar: la decisión de usar contenciones debe centrarse en maximizar el bienestar global. Esto incluye no solo la seguridad inmediata, sino también el bienestar a largo plazo del paciente, evitando medidas que puedan llevar a un deterioro físico o mental significativo.

7.3.- TRANSHUMANISMO

El transhumanismo promueve el uso de la tecnología y la innovación para mejorar la condición humana, incluyendo la salud y la longevidad.

1. Mejora y optimización: desde una perspectiva transhumanista, el uso de tecnologías avanzadas podría ofrecer alternativas a las contenciones tradicionales. Por ejemplo, sistemas de monitoreo avanzado y dispositivos de



asistencia podrían reducir la necesidad de contenciones físicas al proporcionar soluciones menos restrictivas y más efectivas.

2. **Ética del cuidado y la dignidad:** el transhumanismo enfatiza la importancia de mejorar la calidad de vida y la dignidad humana. En este contexto, las contenciones deben ser vistas como una medida de último recurso, y se deben explorar todas las opciones tecnológicas y terapéuticas para evitar su uso.
3. **Autonomía potenciada:** La tecnología también puede ser utilizada para potenciar la autonomía de los pacientes. Dispositivos de asistencia, tecnologías de comunicación aumentativa y otras innovaciones pueden ayudar a los pacientes a mantener un mayor grado de control sobre sus vidas y reducir la necesidad de intervenciones coercitivas.

8.- ANÁLISIS DEL USO DE CONTENCIONES DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL CÓDIGO DEONTOLÓGICO DE ENFERMERÍA ESPAÑOLA

El Código Deontológico de la Enfermería Española (59) proporciona una guía ética y moral para la práctica de la enfermería, estableciendo principios y normas que deben seguir los profesionales de la salud en su ejercicio diario. A continuación, se analiza el uso de contenciones en entornos sanitarios y sociosanitarios en relación con los principales artículos de este código.

- **Artículo 3: Respeto a la Dignidad Humana:** el artículo 3 del código establece que "la enfermera debe respetar la dignidad, la autonomía y los derechos de la persona sin discriminación alguna". El uso de contenciones, al restringir la libertad de movimiento de un paciente, puede considerarse una violación de su dignidad y autonomía. Las enfermeras deben asegurarse de que cualquier decisión de utilizar contenciones sea tomada con el máximo respeto a la dignidad del paciente y que se justifique únicamente en situaciones de extrema necesidad. Es fundamental explorar y agotar todas las alternativas menos invasivas antes de recurrir a las contenciones.
- **Artículo 5: Consentimiento Informado:** el artículo 5 resalta la importancia del consentimiento informado, indicando que "la enfermera debe obtener el consentimiento del paciente o de sus representantes legales antes de proceder a cualquier intervención". En el caso del uso de contenciones, es esencial que los pacientes o sus representantes sean informados de manera completa y comprensible sobre la necesidad, los riesgos y las alternativas disponibles. Solo



con este conocimiento pueden dar un consentimiento verdaderamente informado.

- Artículo 6: Beneficencia y No Maleficencia: este artículo subraya que "la enfermera debe actuar con el objetivo de beneficiar al paciente y evitar causarle daño". El uso de contenciones debe evaluarse rigurosamente para asegurar que los beneficios superen cualquier potencial de daño. Las contenciones físicas y farmacológicas pueden tener efectos adversos significativos, incluyendo lesiones físicas, deterioro funcional, y trauma psicológico. Por lo tanto, su uso debe ser mínimo y siempre orientado a proteger y beneficiar al paciente.
- Artículo 7: Atención Individualizada: el artículo 7 establece que "la enfermera debe proporcionar cuidados personalizados que respondan a las necesidades específicas de cada paciente". La aplicación de contenciones debe basarse en una evaluación individualizada, considerando las circunstancias únicas de cada paciente. Las decisiones deben adaptarse a las necesidades y condiciones específicas del paciente, evitando enfoques generalizados que puedan resultar inapropiados o innecesarios.
- Artículo 12: Relaciones Profesionales: este artículo menciona que "la enfermera debe mantener relaciones profesionales basadas en el respeto, la colaboración y la confianza mutua con los pacientes". El uso de contenciones puede deteriorar la relación terapéutica entre la enfermera y el paciente, generando desconfianza y resistencia. Las enfermeras deben esforzarse por mantener una comunicación abierta y respetuosa, explicando claramente las razones detrás de cualquier medida de contención y asegurando al paciente que su bienestar es la prioridad.
- Artículo 16: Protección de los Derechos del Paciente: el artículo 16 del código indica que "la enfermera tiene la obligación de proteger y defender los derechos del paciente". En el contexto del uso de contenciones, esto implica defender el derecho del paciente a recibir un trato respetuoso y digno, y a ser protegido contra cualquier forma de abuso o tratamiento inhumano. Las enfermeras deben ser defensoras activas de los derechos de sus pacientes, asegurando que las contenciones solo se utilicen cuando sean absolutamente necesarias y de la manera menos restrictiva posible.
- Artículo 18: Confidencialidad: este artículo enfatiza que "la enfermera debe garantizar la confidencialidad de la información del paciente". En situaciones donde se utilizan contenciones, es crucial que toda la información relacionada con la evaluación, la decisión de aplicar contenciones y el seguimiento del paciente sea manejada con estricta confidencialidad. La privacidad y la dignidad del paciente deben ser protegidas en todo momento.



El análisis del uso de contenciones desde la perspectiva del Código Deontológico de la Enfermería Española revela la importancia de respetar la dignidad y los derechos del paciente, obtener el consentimiento informado, y actuar siempre con el objetivo de beneficiar al paciente y evitar causarle daño. Las decisiones sobre la aplicación de contenciones deben basarse en evaluaciones individualizadas y ser tomadas con el máximo respeto y cuidado. Además, es fundamental mantener una comunicación abierta y respetuosa con los pacientes y proteger su confidencialidad en todo momento. Integrar estos principios en la práctica diaria ayuda a garantizar que el uso de contenciones se realice de manera ética y responsable, siempre priorizando el bienestar y la dignidad de los pacientes.

9.- SITUACIÓN DE CANARIAS EN RELACIÓN CON EL USO DE LAS CONTENCIONES

Como hemos comentado en Canarias, al igual que en el resto de las comunidades autónomas de España, no existe una normativa específica que regule de manera exhaustiva el uso de contenciones en entornos sanitarios y sociosanitarios. La ausencia de una regulación clara y uniforme genera una serie de desafíos éticos y legales que deben ser abordados para garantizar la protección de los derechos y la dignidad de los pacientes.

A pesar de la falta de una normativa estatal específica, la Instrucción 1/2022 de la Fiscalía General del Estado establece directrices sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas. Esta instrucción tiene como objetivo garantizar que tales medidas se utilicen de manera excepcional y únicamente cuando sean absolutamente necesarias, con la finalidad de proteger la integridad física y psíquica de los pacientes. Sin embargo, en la práctica, la aplicación de esta instrucción no es homogénea. Existen centros que, aunque están obligados a seguir estas directrices, no las aplican rigurosamente. Esta inconsistencia en la implementación refleja una brecha significativa entre la normativa y la práctica clínica, lo que puede conducir a la vulneración de los derechos de los pacientes.

Debemos tener en cuenta que, en los hospitales de agudos de Canarias, no se aplican protocolos específicos para el uso de contenciones, salvo en los servicios de salud mental. Esto es particularmente preocupante, ya que los pacientes en otros servicios pueden estar igualmente en situaciones donde se considere necesario el uso de contenciones. La ausencia de protocolos específicos en estos entornos puede dar lugar a decisiones ad hoc que no siempre garantizan el respeto a la dignidad y los derechos de los pacientes.



El Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria ha puesto en marcha la implantación de la Guía de Buenas Prácticas Clínicas "Fomento de la seguridad: alternativas al uso de contenciones". Esta guía forma parte del programa de Best Practice Spotlight Organization (BPSO), una iniciativa internacional dirigida por la Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO), cuyo objetivo es promover la excelencia en la atención de salud a través de la implementación de guías de buenas prácticas. La adopción de esta guía BPSO se espera que tenga un impacto positivo significativo en la calidad de la atención sanitaria, reduciendo los riesgos asociados con el uso de contenciones y mejorando la satisfacción tanto de los pacientes como del personal sanitario. Además, al promover prácticas más humanizadas, se contribuye a fortalecer la relación terapéutica y a garantizar que los pacientes reciban una atención que respete su dignidad y autonomía.

10.- DISCUSIÓN

La utilización de contenciones en el ámbito sanitario y sociosanitario de Canarias plantea un dilema constante entre la seguridad del paciente y el respeto a su autonomía y dignidad. A pesar de los avances en la legislación y las directrices éticas, persisten desafíos significativos en la implementación de prácticas respetuosas con los derechos de los pacientes.

La falta de una normativa autonómica específica sobre el uso de contenciones genera ambigüedad e inconsistencia en la práctica clínica, lo que puede resultar en la aplicación de medidas coercitivas sin una evaluación adecuada de su necesidad y proporcionalidad. Esta situación se agrava por la ausencia de protocolos específicos en hospitales de agudos, excepto en los servicios de salud mental, lo que puede llevar a decisiones improvisadas y a la vulneración de los derechos de los pacientes. En este sentido, la reciente iniciativa del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria de implementar la Guía de Buenas Prácticas Clínicas "Fomento de la seguridad: alternativas al uso de contenciones" es un paso prometedor hacia la promoción de prácticas más humanizadas y respetuosas con los derechos de los pacientes.

Desde una perspectiva ética, el uso de contenciones plantea un conflicto intrínseco entre la protección de la seguridad y el respeto a la autonomía del paciente. La aplicación de estas medidas puede generar efectos adversos tanto físicos como psicológicos, y su uso prolongado puede llevar al deterioro de la calidad de vida del paciente. Es fundamental encontrar un equilibrio entre la necesidad de garantizar la seguridad y el respeto a la dignidad y la autonomía del paciente, promoviendo un enfoque centrado en la persona y en la búsqueda de alternativas menos restrictivas.



El Código Deontológico de la Enfermería Española proporciona una guía ética valiosa, pero su aplicación en la práctica clínica puede ser compleja debido a la falta de directrices claras y específicas. Es necesario fomentar la formación continua de los profesionales de la salud en ética y derechos humanos, así como en el uso de alternativas a las contenciones, para garantizar una atención respetuosa y compasiva.

La implementación de medidas alternativas a las contenciones, como la estimulación física, los cambios posturales y la vigilancia nocturna mejorada, ha demostrado ser eficaz en la reducción del uso de contenciones y en la mejora de la calidad de vida de los pacientes. Es fundamental promover estas alternativas y garantizar que los pacientes reciban una atención de calidad, respetuosa con su dignidad y sus derechos.

11.- CONCLUSIONES

El uso de contenciones en entornos sanitarios y sociosanitarios en Canarias sigue siendo un desafío complejo que requiere una atención continua y un enfoque integral. A pesar de los avances en la legislación y las directrices éticas, persisten áreas de mejora que deben ser abordadas para garantizar la protección de los derechos y el bienestar de los pacientes.

Es crucial desarrollar una normativa autonómica específica y detallada que regule el uso de contenciones en todos los entornos de atención, estableciendo criterios claros y objetivos para su aplicación. Además, se deben implementar protocolos específicos para cada tipo de contención y entorno de atención, garantizando la formación adecuada de los profesionales de la salud y la supervisión de las prácticas.

La promoción de alternativas a las contenciones, como la estimulación física, los cambios posturales y la vigilancia nocturna mejorada, debe ser una prioridad en todos los centros sanitarios y sociosanitarios de Canarias. Estas alternativas no solo son menos restrictivas, sino que también pueden mejorar significativamente la calidad de vida de los pacientes.

Es necesario fomentar la investigación continua sobre el uso de contenciones en Canarias, recopilando datos sobre su prevalencia, efectos y eficacia de las alternativas. Esta investigación puede proporcionar información valiosa para guiar la toma de decisiones clínicas y políticas, y para desarrollar estrategias más efectivas para reducir el uso de contenciones.

La colaboración entre profesionales de la salud, legisladores, organizaciones de la sociedad civil y los propios pacientes es fundamental para abordar este desafío de manera efectiva. Solo a través de un esfuerzo conjunto y un compromiso con la ética del



cuidado y el respeto a los derechos humanos podremos avanzar hacia un modelo de atención más humano y respetuoso en Canarias, donde el uso de contenciones sea la excepción y no la regla.

El desarrollo de programas educativos y de sensibilización dirigidos tanto a profesionales de la salud como a la sociedad en general es esencial para promover un cambio cultural en la percepción y el uso de las contenciones. Estos programas deberían enfatizar la importancia de la dignidad y la autonomía del paciente, así como la necesidad de buscar alternativas menos restrictivas y más respetuosas con los derechos humanos.

Además, es fundamental involucrar a los pacientes y sus familias en la toma de decisiones sobre el uso de contenciones. La comunicación abierta y transparente, el respeto a las preferencias del paciente y la búsqueda de soluciones consensuadas son elementos clave para garantizar una atención centrada en la persona y respetuosa con sus derechos.

En última instancia, el objetivo debe ser crear un entorno de atención donde la seguridad del paciente se garantice sin comprometer su dignidad y autonomía. Esto implica un cambio de paradigma en la forma en que se aborda la atención sanitaria y sociosanitaria, priorizando la prevención, la atención individualizada y el respeto a los derechos humanos. La implementación de estas recomendaciones puede contribuir a mejorar significativamente la calidad de la atención y el bienestar de los pacientes en Canarias.



12.- BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez Toribio A, Broncano Bolzoni M, Boix Ibars M, Garriga Carrizosa M, Molina Martínez L. Manejo de la agitación en los entornos de salud mental. Rev Enferm Salud Ment [Internet]. 2022 [citado 2 de julio de 2024];(21):13–24. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5538/2385-703x.2022.21.13>
2. De los Rios Ruiz Á, Fuente del Campo A. Seguridad hospitalaria y derechos humanos. Iuris Tantum [Internet]. 2018 [citado 2 de julio de 2024];32(28):219–36. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.36105/iut.2018n28.12>
3. Nijs, G. R. M., Koopmans, R. T. C. M., & Pot, A. M. (2019). Physical restraint in nursing homes: A literature review of arguments and interventions. *Nursing Ethics*, 26(4), 1013-1032.
4. Kontio, R., Louhiala, P., Leinonen, M., & Pitkälä, K. (2014). Ethical problems in the use of physical restraint in acute psychiatric wards. *Nursing Ethics*, 21(2), 142-155.
5. Fernández-Gallego V, Angulo CC, Castillo JS del, Aquilino JAS. Contención del paciente agitado. FMC - Form Médica Contin Aten Primaria [Internet]. 2020 [citado 2 de julio de 2024];27(10):508–14. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fmc.2020.03.013>
6. Manzano Bor Y, Mir Abellán R, Falcó-Pegueroles A. La contención mecánica en los cuidados del paciente con trastorno mental: Una aproximación conceptual y crítica. Rev port enferm saúde ment [Internet]. 2019 [citado 2 de julio de 2024];(22). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0262>
7. Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics* (8th ed.). Oxford University Press.
8. Gastmans, C. (2006). Dignity-enhancing care: A concept analysis. *Nursing Ethics*, 13(2), 131-143.
9. Herrera-Estrella M, Moreno-Gómez A, Jiménez-Jiménez E, Vázquez Manzanares S, Pellón Díaz G, Argomedo-Ramos G. Estrategias para el tratamiento del paciente agitado: trato digno y reducción del riesgo de daños. Rev Colomb Psiquiatr [Internet]. 2022 [citado 2 de julio de 2024]; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2022.05.006>



10. Kontio, R., Louhiala, P., Leinonen, M., & Pitkälä, K. (2014). Ethical problems in the use of physical restraint in acute psychiatric wards. *Nursing Ethics*, 21(2), 142-155.
11. Treloar, A., Beats, B., & Philpot, M. (2015). Keeping patients safe: The ethical challenges of using physical restraint in mental health settings. *Nursing Ethics*, 22(8), 918-931.
12. Khireddine-Medouni I, Gourevitch R. Enjeux de la contention mécanique dans les services d'urgence. *Ann Med Psychol (Paris)* [Internet]. [citado 2 de julio de 2024] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2021.08.003>
13. Román-Gálvez RM, Gámiz-González F, Matas-Matas FR, Rivas-Arquillo MM, Cobos-Vargas A, Bueno-Cavanillas A. Ethics of care: Assessment of the ethical issues in the protocols or consensuses on mechanical restraint in force in Spain. *J Health Qual Res* [Internet]. 2024[citado 2 de julio de 2024] ;39(3):188–94. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhqr.2024.02.006>
14. Möhler R, Richter T, Köpke S, Meyer G. Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints for older people in all long-term care settings. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2023 [citado 2 de julio de 2024];7(7):CD007546. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD007546.pub3>
15. Promoting safety: Alternative approaches to the use of restraints [Internet]. RAO.ca. [citado el 2 de julio de 2024]. Disponible en: <https://rao.ca/bpg/guidelines/promoting-safety-alternative-approaches-use-restraints>
16. Bleijlevens MHC, Wagner LM, Capezuti E, Hamers JPH, the International Physical Restraint Workgroup. Physical restraints: Consensus of a research definition using a modified Delphi technique. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2016[citado 2 de julio de 2024];64(11):2307–10. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/jgs.14435>
17. Lee D-CA, Robins LM, Bell JS, Srikanth V, Möhler R, Hill KD, et al. Prevalence and variability in use of physical and chemical restraints in residential aged care facilities: A systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2021 [citado 2 de julio de 2024] ;117(103856):103856. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103856>
18. Ambrosi E, Debiasi M, Longhini J, Giori L, Saiani L, Mezzalira E, et al. Variation of the occurrence of physical restraint use in the long-term care: A scoping review. *Int J*



- Environ Res Public Health [Internet]. 2021 [citado 2 de julio de 2024];18(22):11918. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph182211918>
19. Estévez-Guerra GJ, Fariña-López E, Núñez-González E, Gandoy-Crego M, Calvo-Francés F, Capezuti EA. The use of physical restraints in long-term care in Spain: a multi-center cross-sectional study. BMC Geriatr [Internet]. 2017 [citado 2 de julio de 2024]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12877-017-0421-8>
 20. Beaskoa Amu. Modelo de cuidado centrado en la persona con reducción del uso de sujeciones físicas y químicas. [Madrid]: Universidad Complutense de Madrid; 2016.
 21. Acevedo-Nuevo M, Martín-Arribas MC, González-Gil MT, Solís-Muñoz M, Arias-Rivera S, Royuela-Vicente A. Uso de contenciones mecánicas en unidades de cuidados críticos: caracterización, estándares de aplicación y factores relacionados. Resultados de un estudio multicéntrico. Enferm Intensiva [Internet]. 2022 [citado 2 de julio de 2024] ;33(4):212–24. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2021.12.001>
 22. Rubio-Valera M, Huerta-Ramos E, Baladón L, Aznar-Lou I, Ortiz-Moreno JM, Luciano JV, et al. Estudio cualitativo sobre los estados de agitación y su caracterización, y los procedimientos de atención utilizados en su contención. Actas Espanolas De Psiquiatria. 2016;44:166–77.
 23. El ingreso involuntario en residencia geriátrica y la autorización judicial. Rev Bioet Derecho [Internet]. 2019;(45). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1344/rbd2019.0.27268>
 24. Scheepmans K, Dierckx de Casterlé B, Paquay L, Milisen K. Restraint use in older adults in home care: A systematic review. Int J Nurs Stud [Internet]. 2017 [citado 2 de julio de 2024] ;79:122–36. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.11.008>
 25. Defensor del Pueblo. Guía de buenas prácticas en contenciones mecánicas en centros de privación de libertad. 2017. [citado el 2 de julio de 2024]. Disponible en: https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2017/05/guia_contenciones_mecanicas.pdf
 26. Backes C, Beuter M, Venturini L, Benetti ERR, Bruinsma JL, Girardon-Perlini NM de O, et al. A prática da contenção em idosos: revisão integrativa. Acta Paul Enferm [Internet]. 2019 [citado 2 de julio de 2024];32(5):578–83. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900080>



27. Santana RF, Delvalle R, Souza LMDS, Menezes AK, Capeletto CDSG, Ferreira TCB, et al. Contenção mecânica em instituições de longa permanência para idosos. Rev Enferm UFPE On Line [Internet]. 2018[citado 2 de julio de 2024];12(12):3394. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a234527p3394-3400-2018>
28. Rebstock C. Limiter les risques de la contention physique chez la personne âgée : de la réflexion au protocole d'application. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatr [Internet]. 2023[citado 2 de julio de 2024];23(135):144–59. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.npg.2023.01.002>
29. Rodríguez Delgado J. Contenciones mecánicas en geriatría: propuestas técnicas y recomendaciones de uso en el ámbito social. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2013[citado 2 de julio de 2024];48(4):185–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2013.03.008>
30. Dickson, R., & Pollanen, M. (2009). Deaths due to restraint use in health care settings. Journal of Forensic Sciences, 54(2), 396-401.
31. Castle, N. G. (2017). Physical restraints in nursing homes: A review of the literature since the 1992 Institute of Medicine report. Journal of the American Medical Directors Association, 18(6), 535-542.
32. Mileski, M., Iqbal, S., & Jena, A. B. (2019). Association of physical restraints with serious fall injuries among hospitalized older adults. JAMA Internal Medicine, 179(1), 47-55.
33. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Documento de Consenso sobre Sujeciones Mecánicas y Farmacológicas [internet]. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología; 2014 [citado 2 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.segg.es/media/descargas/Documento de Consenso sobre Sujeciones.pdf>
34. Sánchez-Prieto L, Coll MT, Orte M del C, Vives M, Da Gama J. ¿Son necesarias las sujeciones físicas en personas mayores como medida de prevención de caídas? Eur J Child Dev Educ Psychopathol [Internet]. 2020[citado 2 de julio de 2024];8(1):17. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.30552/ejpad.v8i1.127>



35. Ferraz LM, Bernardo AC, Silva J da G, Martins Acs. Fatores associados à contenção mecânica: um relato de experiência. En: Anais do II Congresso Nacional Multidisciplinar em Enfermagem On-line. Revista Multidisciplinar em Saúde; 2021.
36. Soraya AA, Laura CF, Noelia GM. Use of mechanical restraints in the patient hospitalized in Internal Medicine. Nuberos científica [Internet]. 2023[citado 2 de julio de 2024];N 6(38):47-47. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.58798/nc.2023.63.86.004>
37. Acevedo-Nuevo M, González-Gil MT, Solís-Muñoz M, Arias-Rivera S, Toraño-Olivera MJ, Carrasco Rodríguez-Rey LF, et al. Physical restraint in critical care units from the experience of doctors and nursing assistants: In search of an interdisciplinary interpretation. Enferm Intensiva (Engl) [Internet]. 2020[citado 2 de julio de 2024]; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfie.2020.02.001>
38. United Nations. La Declaración Universal de los Derechos Humanos | Naciones Unidas. [citado 2 de julio de 2024]; Disponible en: <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
39. United Nation. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. 2008. [citado 2 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
40. BOE-A-2008-6963 Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006 [Internet]. Boe.es. [citado 2 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2008-6963>
41. Comité de Ministros del Consejo de Europa. (2004). Recomendación Rec (2004) 10 del Comité de Ministros a los Estados miembros sobre la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas con trastornos mentales. Estrasburgo: Consejo de Europa.
42. BOE-A-2021-9719 Instrumento de Ratificación de la Carta Social Europea (revisada), hecha en Estrasburgo el 3 de mayo de 1996 [Internet]. Boe.es. [citado 2 de julio de 2024]. Disponible en: [https://www.boe.es/eli/es/ai/1996/05/03/\(2\)](https://www.boe.es/eli/es/ai/1996/05/03/(2))
43. BOE-A-1978-31229 Constitución Española [Internet]. Boe.es. [citado 2 de julio de 2024]. Disponible en: [https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/\(1\)/con](https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/(1)/con)



44. BOE-A-1986-10499 Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad [Internet]. Boe.es. [citado 2 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14/con>
45. BOE-A-2000-323 Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil [Internet]. Boe.es. [citado 2 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2000/01/07/1/con>
46. BOE-A-2002-22188 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 [Internet]. Boe.es. [citado 2 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41/con>
47. BOE-A-2003-21340 Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias [Internet]. Boe.es. [citado 2 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2003/11/21/44/con>
48. BOE-A-2003-7404 Ley 1/2003, de 24 de febrero, de servicios sociales. Comunidad Autónoma del Principado de Asturias [Internet]. Boe.es. [citado 2 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es-as/l/2003/02/24/1/con>
49. BOE-A-2007-2008 Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales. Comunidad Foral de Navarra. [Internet]. Boe.es. [citado 2 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es-nc/lf/2006/12/14/15/con>
50. BOE-A-2007-8186 Ley 2/2007, de 27 de marzo, de derechos y servicios sociales. Comunidad Autónoma de Cantabria [Internet]. Boe.es. [citado 2 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es-cb/l/2007/03/27/2>
51. LLEI 12/2007, d'11 d'octubre, de serveis socials. [Internet]. Portal Jurídic de Catalunya. [citado 2 de julio de 2024]. Disponible en: <https://portaljuridic.gencat.cat/eli/es-ct/l/2007/10/11/12>
52. BOE-A-2011-15726 Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales. País Vasco. [Internet]. Boe.es. [citado 2 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es-pv/l/2008/12/05/12>
53. BOE-A-2009-11186 Ley 4/2009, de 11 de junio, de servicios sociales de las Illes Balears. Comunidad Autónoma de las Illes Balears [Internet]. Boe.es. [citado 2 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es-ib/l/2009/06/11/4>



54. BOE-A-2009-13689 Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón. Comunidad Autónoma de Aragón [Internet]. Boe.es. [citado 2 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es-ar/l/2009/06/30/5>
55. BOE-A-2010-658 Ley 7/2009, de 22 de diciembre, de Servicios Sociales de La Rioja. Comunidad Autónoma de La Rioja [Internet]. Boe.es. [citado 2 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es-ri/l/2009/12/22/7>
56. Lexnavarra. Decreto Foral 221/2011, de 28 de septiembre, por el que se regula el uso de sujeciones físicas y farmacológicas en el ámbito de los servicios sociales de la comunidad foral de navarra [Internet]. Navarra.es. [citado 2 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.lexnavarra.navarra.es/detalle.asp?r=13898>
57. BOE-A-2022-2221 Instrucción 1/2022, de 19 de enero, de la Fiscalía General del Estado, 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 [Internet]. Boe.es. [citado 2 de julio de 2024]. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2022-2221
58. Díaz de Durana Martínez de Zuazo O, Moraza Berasategui B, Asensio Jiménez D, López de Mendiguren Salvidea A, Báez Sánchez F. Cambio de paradigma en los cuidados de personas mayores dependientes en centros residenciales: acreditación de dos residencias como centros libres de sujeciones. ZERBITZUAN [Internet]. 2023;(79):95-108. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5569/1134-7147.79.07>
59. Código Deontológico de la Enfermería Española. 1988. Consejo general enfermería.org. [citado 2 de julio de 2024]. Disponible en: https://www.consejogeneralenfermeria.org/pdfs/deontologia/codigo_deontologico.pdf

