

CONSIDERACIONES ÉTICAS EN LA RESTRICCIÓN DE PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL

KELLY GERALDINE ARDILA SALAMANCA

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES U.D.C.A

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERÍA

BOGOTÁ

2018

CONSIDERACIONES ÉTICAS EN LA RESTRICCIÓN DE PACIENTES CON TRASTORNO
MENTAL

KELLY GERALDINE ARDILA SALAMANCA

TRABAJO DE GRADO EN MODALIDAD DE MONOGRAFÍA

DOCENTE ASESOR

MSc. ROSA DEL CARMEN CORAL

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES U.D.C.A

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERÍA

BOGOTÁ

2018

Tabla de contenido

Resumen.....	4
Introducción.....	5
Objetivos.....	6
Metodología.....	6
Revisión de literatura.....	7
Discusión y resultados	8
TABLA 1: Problemas éticos, actitudes y mecanismos de apoyo usados por el profesional de enfermería frente a la restricción del paciente con enfermedad mental.....	8
Conclusiones.....	15
Recomendaciones.....	15
Referencias bibliograficas.....	15

CONSIDERACIONES ÉTICAS EN LA RESTRICCIÓN DE PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL¹

Rosa coral Ibarra²

Kelly Geraldine Ardila³
2018

RESUMEN

La restricción de pacientes, es un método que se usa en los entornos de salud mental, ha generado controversia y ha sido prohibido en algunos países. Se usa para controlar comportamientos agresivos de los pacientes. En muchos de los casos se realiza sin consentimiento de familiares o del propio paciente. **Objetivo:** Identificar las consideraciones éticas del profesional de enfermería en la toma de decisiones frente a la restricción física de pacientes con enfermedad mental. **Metodología:** Se realizó la búsqueda en las bases de datos: ProQuest, Scopus, Science Direct y PubMed. Se utilizó la palabra clave "restraint" y los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCs): Ethics", "Nursing", "Mental disorders". Los criterios de inclusión fueron: artículos publicados entre los años 2010 a 2017, en los idiomas: inglés, español y portugués y se analizó esta información en categorías de análisis. **Resultados:** Se identificaron 3 categorías: Problemas éticos ante el método de restricción, Actitudes frente a este método y Mecanismos de apoyo que se utilizan. **Conclusiones:** La restricción de pacientes con enfermedad mental genera conflictos éticos en los profesionales de enfermería. Se requiere de diferentes mecanismos de apoyo para la toma de decisiones asertivas frente a la utilización de este método.

Palabras clave: DeCS: Enfermería, Ética, Trastorno mental

ABSTRAC

Restraint patients is a method that is used in mental health settings, it has generated controversy and has been banned in some countries. It is used to control aggressive behaviors of patients. In many cases, it is done without the consent of relatives or the patient. **Aims:** To identify the ethical considerations of the nursing professional in decision-making in the face of the physical restriction of patients with mental illness. **Methodology:** We searched the databases: ProQuest, Scopus, Science Direct and PubMed. We used the keyword "restraint" and the Descriptors in Health Sciences (DeCs): Ethics ", " Nursing ", " Mental disorders ". The inclusion criteria were: articles published between 2010 and 2017, in the languages: English, Spanish and Portuguese and this information was analyzed in categories of analysis. **Results:** Three categories were identified: Ethical problems before the restriction method, Attitudes towards this method and Support mechanisms that they use. **Conclusions:** The restriction of patients with mental illness generates ethical conflicts in nursing professionals. Different support mechanisms are required to make assertive decisions regarding the use of this method.

Keywords: DeCS: Nursing, Ethics, Mental disorders

¹ Trabajo de grado en modalidad monografía.

² Directora Enfermera McS en Docencia.

³ Estudiante último semestre, carrera de Enfermería.

RESUMO

A restrição de pacientes é um método usado no âmbito de saúde mental, que desperta controvérsia e foi proibido em alguns países. É usado para controlar comportamentos agressivos de pacientes. Em muitos casos, a intervenção é feita sem o consentimento dos parentes ou do paciente. Objetivo: Identificar as considerações éticas do profissional de enfermagem na tomada de decisões frente à restrição física de pacientes com doença mental. Metodologia: a pesquisa foi feita nas bases de dados: ProQuest, Scopus, Science Direct e PubMed. Foi usada a palavra-chave "restraint" e os Descritores em Ciências da Saúde (DeCs): Ética ", " Enfermagem ", " Transtornos mentais ". Os critérios de inclusão foram: artigos publicados entre os anos 2010 e 2017, nas línguas: inglês, espanhol e português, e a informação foi analisada em categorias de análise. Resultados: Foram identificadas três categorias: Problemas éticos do método de restrição, Atitudes em relação ao método de restrição, e mecanismos de suporte que são usados para restringir. Conclusões: A restrição de pacientes com doença mental gera conflitos éticos nos profissionais de enfermagem. São necessários diferentes mecanismos de suporte para tomar decisões assertivas sobre o uso desse método.

Palavras chave: DeCS: Enfermagem, Ética, Transtorno Mental

INTRODUCCIÓN

La restricción se ha definido como cualquier método manual o dispositivo físico o mecánico, con la utilización de materiales o equipo que inmoviliza o reduce la capacidad de una persona para mover brazos, piernas, cuerpo y cabeza libremente. Históricamente, Martínez (12), refiere que en el siglo XIX no existía una diferencia clara entre los medios de castigo y las medidas terapéuticas, ambas consistían en tratamientos similares de coerción y sujetamiento. Se utilizaba el látigo, cadenas, red y grilletes para atrapar y sujetar a los pacientes. Luego se utilizaron diferentes dispositivos como la camisa de fuerza, correas, silla de fuerza, cama de fuerza, medios de irritación de la piel, sangrías y electricidad, entre otros.

A nivel mundial, la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, (30) en sus artículos 3 y 4 establece que todo individuo tiene derecho a la vida, libertad y seguridad. Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. En Colombia la ley 911 de 2004, (31) Código Deontológico para Enfermería, se hace relevancia al respeto por la vida, dignidad de los seres humanos, derechos, principios y valores fundamentales que orientan el ejercicio de la profesión. La ley 1616 de 2013 de Salud Mental, (32) establece que los pacientes tienen derecho a recibir atención integral, integrada y humanizada, así como también que las intervenciones proporcionadas sean lo menos restrictivas.

Según Tamyres et al. (7) La restricción es un método que se utiliza generalmente en los pacientes enfermedad mental, presenta una tasa de prevalencia que varía entre 0,25% y 59% en países como: Italia, India, Finlandia, Alemania, Suiza y Estados Unidos. La menor prevalencia de su uso es del 0,25% en Italia, y la prevalencia más alta es del 59% en los Estados Unidos. Su uso está prohibido en países como el Reino Unido y los Países Bajos”.

Guevara et al. (9) Refieren que la restricción física es una práctica muy usada por el personal de la salud en el tratamiento del paciente violento, pero muchas veces no se tienen en cuenta sus indicaciones, contraindicaciones, posibles efectos adversos y la manera como se debe llevar a cabo.

“Sastre y Campaña (11). Establecen que en la práctica asistencial, la contención mecánica la lleva a cabo por el equipo de enfermería y cuando se producen situaciones urgentes de agitación, son quienes deciden y la realizan en primera instancia (11). De acuerdo con Luengas (10) el uso de este método está indicado en: agitación psicomotora, confusión mental, desorientación, riesgo de desplazamiento de catéteres, sondas o

drenajes, alto riesgo de auto agresión física o al personal de salud. De igual manera, Fernández y Zabala (8) reiteran esta información.

Se ha considerado que la utilización de este método de restricción física, si no responde a una correcta indicación y con técnica inadecuada, puede vulnerar algunos de los derechos fundamentales de la persona. Sastre y Campaña (11) proponen, que siempre que se aplique este método se debe tener en cuenta los principios éticos de no maleficencia, justicia, beneficencia y autonomía; y especial cuidado con la intimidad y vulnerabilidad de la persona.

Hernández (23). Refiere que la familia, casi siempre reclama un protagonismo en la información y toma de decisiones. Las familias han reportado sentimientos de desesperanza e indignación cuando su familiar está con restricción. Por lo tanto, se requiere evaluar el riesgo/beneficio de su utilización y en consideración con el paciente y/o su familia.

El propósito de esta revisión es identificar las consideraciones éticas del profesional de enfermería en la toma de decisiones frente a la restricción física de pacientes con enfermedad mental.

OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar las consideraciones éticas del profesional de enfermería en la toma de decisiones frente a la restricción física de pacientes con enfermedad mental

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir los principales problemas éticos que enfrenta el profesional de enfermería con el uso de restricción física.
- Identificar las actitudes del profesional de enfermería en la toma de decisiones éticas, frente al uso de restricción física.
- Determinar los mecanismos que el profesional de enfermería utiliza como apoyo para la toma de decisiones sobre el uso de la restricción física.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión a cerca de las consideraciones éticas del profesional de enfermería frente al uso de la restricción física en el paciente con enfermedad mental. La búsqueda se hizo en las siguientes bases de datos: ProQuest, Scopus, Science Direct y PubMed. Los descriptores en Ciencias de la Salud (DeCs) utilizados fueron: Ethics” “Nursing” “Mental disorders” y la palabra clave “restraint”. La revisión se realizó sobre artículos publicados entre los años 2010 a 2017. Los criterios de exclusión fueron: artículos relacionados con restricción a pacientes pediátricos, informes de prensa y foros. Se realizó lectura de resúmenes y de textos completos de aquellos que presentaban el tema de interés. De acuerdo a la revisión se establecieron tres categorías de análisis: Problemas éticos del profesional de enfermería ante el método de restricción, Actitudes del profesional de enfermería frente a este método y Mecanismos de apoyo que utiliza el profesional de enfermería. Se establecieron las respectivas subcategorías de análisis. De la base de datos ProQuest se tomaron los siguientes descriptores: Ethics AND Nursing AND Mental disorders para un

resultado de 32.981 registros; por lo cual se limitó la búsqueda con otros descriptores hasta obtener 45; de estos se dio lectura al texto completo de 8 artículos incluidos en este análisis. De la base de datos Scopus: se utilizaron los descriptores: Ethics AND restraint AND mental disorders, años: 2010-2017. Idioma: Español, Inglés y Portugués. Se localizaron 33 artículos, de los cuales se seleccionaron 8 para el análisis. De la base de datos PubMed: Se utilizaron los descriptores Ethics AND restraint AND mental disorders, obteniendo resultados de 82 artículos, de estos, 5 cumplieron con los criterios de inclusión. De la base de datos ScienceDirect se usan los descriptores: Nursing AND Ethics AND mental disorders AND restraint, se obtienen 44 artículos, de los cuales 9 cumplen con los criterios para este análisis. Finalmente se completan 30 artículos para la revisión, análisis y discusión. Los demás artículos fueron usados como complemento y aporte al tema.

REVISIÓN DE LITERATURA

La ética del cuidado se define según Alvarado (1) como: *“disciplina que se ocupa de las acciones responsables y de las relaciones morales entre las personas, motivadas por una solicitud, y que tienen como fin último lograr el cuidado de sus semejantes o el suyo propio.”* En este sentido el profesional de enfermería según Garzón (2) en su ejercicio se apoyan para la toma de decisiones acertadas, en especial las de difícil manejo a las cuales a diario se ven enfrentados, como es en el caso de los pacientes con enfermedad mental.

Para la toma de decisiones se debe tener en cuenta que intervienen aspectos como: valores, moral, deberes, principios, necesidades y derechos de los pacientes, entre otros. En este sentido surgen conflictos o diferentes problemas éticos que se generan, según Gaitán (3) *“cuando no es posible realizar lo que se cree que se debe hacer; o cuando hay duda o desacuerdo sobre lo que está bien o mal”*.

Uno de los problemas que se presenta en la atención de estos pacientes es la coerción, definida por Vuckovich (53) como *“el acto de obligar a una persona por autoridad legal o fuerza física a hacer lo que esa persona se niega a hacer”*. El aislamiento según Cleary (52) *“es el confinamiento supervisado de un paciente solo en una habitación cerrada, de la que el paciente no puede salir por sí mismo, en cualquier momento y por cualquier duración y para cualquier propósito”* a diferencia de la restricción física o contención mecánica Fernández y Zabala (8) la definen como *“una medida terapéutica utilizada con cierta frecuencia para el manejo de pacientes agitados o en aquellos pacientes que potencialmente suponen un riesgo para la integridad física de ellos mismos o de quienes les rodean”*.

Ante estas situaciones, los profesionales generalmente se preguntan: Gaitán (3) *¿Qué se debe hacer? ¿Qué no se debe hacer? ¿Qué se puede hacer o dejar de hacer?* Lo anterior requiere que el profesional de enfermería realice un análisis cuidadoso de las situaciones, para lo cual debe conocer los diferentes problemas éticos, las actitudes y los mecanismos que se deben asumir. Según Garzón (2) se debe prestar más atención a las soluciones que a las limitaciones 5.

Debido a que el paciente con enfermedad mental es vulnerable y posee características que limitan su participación, Garzón (2) manifiesta que *“es necesario revisar la normativa sobre el ejercicio profesional de enfermería con el fin de asegurar la calidad y la ética implicada en este proceso”*. De acuerdo con lo anterior, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (4), menciona que los profesionales, se deben apoyar en los conocimientos, en otros profesionales de la salud y normatividad vigente para evitar sanciones impuestas por el Tribunal Ético de Enfermería, en las cuales se incluyen: amonestaciones verbales o suspensión del ejercicio profesional.

De acuerdo con Tamyres et al (7) “Enfermería se encuentra en un contacto directo y continuo con el paciente” por lo que se ve involucrada en la toma de decisiones. Para lo cual es fundamental que los actos que se deriven estén apoyados en las consideraciones éticas.

“Fernández y Zabala (8) afirman que el quehacer de las enfermeras consiste en “*velar por la promoción, protección y cuidado de la salud y en garantizar la seguridad de las personas que están a su cargo*”. Beauchamp y Childress, establecieron el Principialismo, que es basado en los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Según Sastre y Campaña (11) el principal conflicto en las contenciones no voluntarias se plantea entre el principio ético de autonomía, porque limitan los movimientos de la persona, y el principio de la beneficencia, encaminado a la protección de la persona.

Finalmente Vitolo (22) refiere: “*Si el personal de enfermería utiliza la sujeción física de manera injustificada o insegura, podrán ser acusados por los daños morales o físicos resultantes de esa acción. Por otra parte, si no se contiene físicamente al paciente cuando la situación lo justifica y este sufre una lesión por una falta de sujeción, podrá demandarse a las instituciones por los daños resultantes de su falta de diligencia*”.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

De acuerdo con la revisión bibliográfica acerca de los problemas éticos que presenta el profesional de enfermería frente a la utilización del método de restricción, están relacionados con la violación de la autonomía, la toma de decisión sobre el momento adecuado para realizarla, la duración y la seguridad del paciente y de otras personas. La ira, el arrepentimiento, falta de lastima y miedo son las actitudes que con mayor frecuencia se presentan frente a la restricción.

A continuación se presentan los resultados de la revisión, con el porcentaje reportado en los 30 artículos seleccionados de acuerdo a las categorías y subcategorías que se identificaron para realizar el análisis. (Ver tabla 1)

Tabla 1: Problemas éticos, actitudes y mecanismos de apoyo usados por el profesional de enfermería frente a la restricción del paciente con enfermedad mental.

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA	NÚMERO DE REPORTE	PORCENTAJE
Problemas éticos del profesional de enfermería ante el método de restricción.	Autonomía Vs Beneficencia	4	7,54%
	Inicio de la restricción	5	9,43%
	Duración de la restricción	6	11,32%
	Seguridad	14	26,41%
	Aceptabilidad del método de restricción	21	39,62%
	Cuidado de otros pacientes	3	5,66%
		53	100%

Actitudes del profesional de enfermería frente al método de restricción.	Aspecto cognoscitivo	10	35,71%
	Sentimientos Positivos	3	10,71%
	Sentimientos Negativos	10	35,71%
	Comportamental	5	17,85%
		28	100%
Mecanismos de apoyo que utiliza el profesional de enfermería frente al método de restricción	Comité de ética	0	0%
	Principalísimo	1	3,22%
	Equipo de trabajo	6	19,35%
	Normatividad	3	9,67%
	Familia o cuidador	3	9,67%
	Paciente	7	22,58%
	Alternativas	11	35,48%
		31	100%

Categoría: Problemas éticos del profesional de enfermería ante el método de restricción.

Subcategoría: Autonomía Vs Beneficencia:

Según Korkelia et al, (15) el 47.3% de las enfermeras que el aislamiento/restricción (S/R) no viola la autonomía del paciente. Según Kwisoon et al, (37) la restricción se aplica de manera obligatoria sin considerar los derechos humanos de los pacientes. Graziani et al, (29) manifiestan que los principales problemas éticos en la restricción son la limitación de la autonomía y la necesidad de evitar daños. Según Lam et al, (26) el personal sanitario debe garantizar la autonomía, la dignidad y la comodidad de los pacientes. Por lo tanto la utilización de la restricción va en contra, existen pruebas limitadas que respalden su uso.

Subcategoría: Inicio de la restricción

Pettit et al, (14) encontraron que el personal menos crítico del método de contención, tolera comportamientos más extremos del paciente, reaccionan más lentamente y por lo tanto no lo restringen. Cuando no se dispone de un cuarto de aislamiento, el personal se toma más tiempo antes de iniciar la restricción. Kontio et al, (13) identificaron que la decisión de realizar la restricción debe ser lo más rápido posible en pacientes agresivos, no hay tiempo para discutir la decisión. Perkins et al, (34) refieren que se requiere de más personal, incluso de otros servicios, porque esta debe ser sistemática, gradual y progresiva. Landeweer et al, (19) identificaron que las enfermeras esperaron demasiado tiempo para realizarla y no utilizaron la coacción. Graziani et al, (29) afirman que las enfermeras reconocieron la necesidad de prevenir o retrasar la restricción física para brindar mayor seguridad en el procedimiento.

Subcategoría: Duración de la restricción.

McCann et al, (16) consideran que los aspectos que generan conflicto frente a la restricción es pensar en el tiempo que se requiere permanecer en esta. Kontio et al, (13) encontraron esta misma preocupación. Korkelia et al, (15) afirman que las enfermeras estuvieron en desacuerdo que se utilice por un tiempo muy prolongado. Graziani, et al (29) encontraron un tiempo de restricción entre 6 min a 48 horas. Goulet et al (46) un promedio de 7,5 horas. Kwisoon et al, (37) identificaron que el personal consideraba natural aplicar restricciones por más tiempo de lo recomendado, incluso una enfermera manifiesta: "*¿Por qué me preocupo por este paciente? Creo que si el paciente se ve obligado a sufrir, es un resultado merecido y un tratamiento correcto*".

Subcategoría: Seguridad.

Goulet et al, (46) encontraron que este método se aplicó más a hombres en edades de 18 a 35 años con trastornos psicóticos y en quienes se supone que son una amenaza para la seguridad. Benedictis et al (45) encontraron una tendencia a percibir la restricción como un método adecuado en la seguridad del paciente, de igual manera McCann et al, (16) afirman que los pacientes generalmente eran restringidos por su propia seguridad.

Korkelia et al (15) identificaron que las enfermeras están de acuerdo en realizar la restricción a un paciente para tomar el control de la situación cuando el paciente actúa en contra de los demás. Kontio et al, (13) reportan las preocupaciones ante la restricción: seguridad de otros pacientes, del personal y un ambiente terapéutico pacífico. Winkler et al, (35) reiteran que la restricción se usa cuando la persona presenta una amenaza aguda para ella misma o para otras personas. Kwisoon et al, (37) referencian que las restricciones obligatorias son el mejor tratamiento para los pacientes propensos a hacerse daño a sí mismos o a otros. Por el contrario en un estudio realizado por Landeweer et al, (19) identificaron que las enfermeras ya no consideran el control y la seguridad como valores fundamentales.

En la investigación realizada por McCann et al, (16) encontraron que cuando la agresión del paciente ocurre, es más probable que se dirija a las enfermeras. Según Carr et al (18) se presentaron más de 200 agresiones al personal en un periodo de 3 meses. Graziani et al, (29) reportan que existen riesgos para el paciente y personal, entre ellos: fracturas, abrasiones, golpes, patadas y estrangulamiento al personal. Perkins et al, (34) refieren que la protección del paciente y de las demás personas de cualquier daño físico fue utilizada como justificación de su uso.

Swgun Fariña et al, (49) describen que el uso de restricciones se brinda para reducir caídas y prevenir la interferencia del tratamiento. Al respecto Molewijk et al, (50) encontraron que los encuestados consideraban necesaria la coacción por razones de cuidado y seguridad.

Por otra parte Lejman et al, (39) reportan que cuando había un riesgo potencial de daño, las enfermeras nunca mencionaron obtener el consentimiento de los pacientes. Los pacientes fueron atados en su silla de ruedas debido a la falta de personal, se consideraba que las consecuencias de las caídas y lesiones eran peores que las de la restricción física.

Subcategoría: Aceptabilidad del método de restricción.

Carr et al, (18) manifiesta que indicaciones del método de restricción son parte de una intervención terapéutica a corto plazo, reduce el riesgo para el individuo. Simpson et al, (28) analizaron un total de 5.335 encuentros con pacientes, de los cuales 746 dieron lugar a restricción o reclusión. Reitan et al (38) encontraron que anualmente, un promedio de 40 personas fueron expuestas a la restricción y más de la mitad de los casos, la restricción fue mecánica.

Van Doeselaar et al, (41) encontraron que más de la mitad de la enfermeras practicaban la restricción. Lam et al, (26) en su estudio reportaron que la tasa de uso de restricción física aumentó de 52,68% en el 2005 a 70,24% en el año 2015. Kuivalainen et al, (27) identificaron que la prevalencia de aislamiento y restricción varió entre 49,79 días/1000 pacientes y 58,4 días/1000 pacientes. Esta prevalencia fue estadísticamente significativamente más baja en invierno que en otras temporadas. Lo anterior está relacionado con la teoría de la “Agresión de Temperatura”, esta explica que la más alta prevalencia de violencia se presenta durante el tiempo de clima cálido. Reitan et al, (38) reportaron que el uso y el tipo de restricción variaron significativamente por el tiempo estacional. En verano la restricción mecánica fue la más utilizada.

Pettit et al, (14) encontraron que las observaciones intermitentes, constantes y la restricción manual fueron más utilizadas que la restricción mecánica. La más aceptable fue la hospitalización en unidades de cuidados intensivos psiquiátricos. En el estudio realizado por Graziani et al, (29) se reporta que el (93.1%) de los participantes tuvo entrenamiento específico sobre restricción física y se sintió preparado para realizarla (100%). Se consideró como un método indeseable, un acto irracional, primitivo, de lucha y de defensa, pero muy necesario para controlar el comportamiento agresivo de los pacientes.

La restricción mecánica y aislamiento mostraron la mayor variabilidad en las puntuaciones de aprobación. Al respecto Korkelia et al, (15) encontraron que existe mayor aceptación frente al uso de la S/R. Las enfermeras manifestaron que su uso no es indebido y no se realiza con frecuencia. Sin embargo McCann, et al, (16) en sus hallazgos, indican que la restricción y la reclusión se usa más a menudo de lo necesario.

Según Jalil Rahul et al, (25) encontraron que la ira del personal de enfermería se correlacionó positivamente con la aprobación de la medida de restricción física. De esta manera, cuando mayor es el nivel de culpa experimentado, menor es el nivel de aprobación de la restricción. Benedictis et al, (45) reportaron que una mayor expresión de ira y agresión por parte del personal, se asoció con un mayor uso de la restricción, por el contrario, un mayor orden y organización entre el personal con menor uso de la restricción.

Huf et al, (51) identificaron que algunos pacientes agresivos que fueron asignados con aislamiento, tuvieron que recibir doble intervención, es decir: reclusión y posteriormente restricción. Kwisoon et al, (37) en su estudio encontraron que se utilizaron la restricción incluso cuando el paciente se podía controlar fácilmente. El personal no reconoce que la restricción obligatoria podría convertirse en un problema ético en sí mismo.

Landeweer et al, (19) afirman que las intervenciones coercitivas pueden verse como intervenciones trágicas, rodeadas de ambivalencias, se experimenta como necesaria pero incorrecta. Perkins et al (34). En su estudio, las enfermeras veían la restricción como un mal necesario, justificado en las enfermedades mentales y en el entorno en que trabajaban.

Lejman et al, (39) en su estudio, las enfermeras participantes describieron que las restricciones no se deben utilizar, pues no son legales. Xiang et al, (36) reportan que la restricción se disminuye con la implementación de la normatividad en salud mental.

Según Van Doeselaar et al, (41) manifiestan que aquel personal que no tiene contacto directo con el paciente es el que es más crítico frente al método de restricción. Si bien es cierto que los profesionales tienen dudas acerca del uso de la restricción en el comienzo de su carrera, en el transcurso del tiempo la aceptabilidad del método aumenta. Fariña et al, (49) reportan que el 76.8% de las enfermeras afirmaron que su entrenamiento fue insuficiente y el 44.7% consideraron importante el uso de la inmovilización. Por el contrario Zwijzen et al, (47) afirman que las restricciones físicas deben ser utilizadas solamente cuando las intervenciones psicosociales no tienen ningún efecto o este es insuficiente.

Subcategoría: Cuidado de otros pacientes.

Korkelia, et al, (15) reportan que las enfermeras están de acuerdo en que la S/R quita el tiempo del cuidado de otros pacientes. Kontio et al, (13) en su estudio, los participantes describieron conflicto ético, relacionado con el tiempo para compartir con otros pacientes. Al respecto, McCann et al, (16) reiteran la información anterior al afirmar que la evaluación continua de los pacientes restringidos, resta tiempo para el cuidado de los demás.

Categoría: Actitudes del profesional de enfermería frente al método de restricción.

Subcategoría: Aspecto cognoscitivo.

Kwisoon et al, (37) afirman que se tiende a pensar que los pacientes agresivos no deberían ser hospitalizados porque podrían causar problemas. Kontio et al, (13) sugieren la necesidad de tener conocimiento suficiente la historia de los pacientes. Landeweer et al, (19) en su estudio, las enfermeras participantes quieren conocer la causa de la agresión y qué se puede hacer al respecto. Perkins et al, (34) recomiendan construir una relación, reconocer su patrón de comportamiento y los factores desencadenantes, conocer el comportamiento previo es un predictor del comportamiento futuro de los pacientes y puede conllevar a la disminución de la restricción.

Según Molewijk et al, (50) las enfermeras dudaron más de una vez sobre el uso de la coacción y afirmaron que nunca habrá una sola respuesta a la pregunta “¿Qué es lo correcto?”. Huf et al (51) reportan que existen dudas sobre cuál de los dos enfoques sería el mejor (aislamiento o restricción) para las personas psicóticas, agresivas y agitadas. Fariña et al, (49) reportan que solo el 29.2% del personal había leído tres o más artículos u otros documentos relacionados con la restricción física.

Van Doeselaar et al, (41) identifican que las actitudes hacia este método se han vuelto más críticas. Al respecto Zwijssen et al, (47) reportan que el resultado del análisis de enfermería frente a los riesgos del paciente se discute en las reuniones del equipo multidisciplinario.

Subcategoría: Sentimientos positivos.

Korkelia et al, (15) encuentran que la mayoría de las enfermeras no estuvo de acuerdo en que la S/R es una experiencia positiva, manifiestan que sienten una experiencia de alivio y compasión. Según Kontio et al, (13) en especial cuando termina un episodio de reclusión o contención. Según Huf et al (51) en su ensayo aleatorizado encuentra que los participantes tienen tendencia a estar más satisfechos con su cuidado en el grupo de aislamiento que en el grupo de restricción.

Subcategoría: Sentimientos negativos.

Korkelia et al, (15) encuentran que hubo acuerdo en que al aplicar el método aparecen respuestas emocionales como: experiencias desagradables, ira hacia el paciente, angustia, arrepentimiento, miedo por la propia seguridad y algunas reportan que no les genera ninguna experiencia emocional. Carr et al, (18) reportaron la experiencia como traumática y deshumanizadora, sobre todo cuando los periodos de restricción eran prolongados. Al respecto Graziani et al (29) establecen que la agresividad y la restricción estaban relacionadas mutuamente y se asocia con el estigma, además se considera desagradable, indeseable y estresante. Según Kontio et al (13) el personal se sentía cansado, sin esperanza, con miedo, ansiedad e impotencia en el cuidado de pacientes agresivos y trataron de concentrarse en aspectos urgentes, por ejemplo, realizar informes y administración de medicamentos, otras se sentían culpables por no haber hecho lo suficiente. Strout (24) encuentra que hay preocupación por parte de enfermería mientras los pacientes estaban restringidos. Según Landeweer et al (19) encontraron que la relación profesional-paciente se basaba en desconfianza mutua, considerando que la enfermedad mental causa peligro y los pacientes no confiaban en enfermería debido a la utilización de la coacción y restricción. Korkelia et al (15). Reporta que casi una

cuarta parte de las enfermeras estuvieron de acuerdo en que sentían incertidumbre en cuanto a la forma de que la S/R puede afectar al paciente.

Según Jalil Rahul et al, (25) revelaron que las mujeres tenían un puntaje significativamente mayor de afecciones negativas en relación con el miedo, culpabilidad, tristeza y fatiga. Al respecto Kwisoon et al, (37) encuentran que se experimenta agonía al aplicar restricciones obligatorias a los pacientes que rechazan su tratamiento y se sienten culpables cuando observan a estos pacientes quejarse de dolor durante el período de restricción. Perkins et al, (34) reportan que se informó sentimientos de inquietud en el manejo del incidente y que algunos miembros del personal pueden ser agresivos. Según Molewijk et al, (50) no hay seguridad, sí la coacción debe ser vista como una ofensa o no.

Subcategoría: Comportamental.

Jalil Rahul et al, (25) revelaron que la ira del personal de enfermería se correlacionó positivamente con la aprobación del método de restricción física. Al respecto McCann et al, (16) establecen que la inadecuada comunicación entre el personal y pacientes contribuye al inicio de la agresión. Kontio et al, (13) se usa la autoridad y poder, especialmente para los pacientes gravemente agresivos y poco cooperativos. Landeweer et al, (19) establecieron ajustes en las reglas y procedimientos, lo que contribuyó a tratar a los pacientes sin utilizar la coacción. Según Yamamoto y Aso (42). Existen enfermeras que tratan de evitar el trabajo con adultos mayores, realizar restricciones físicas o actuar ante las órdenes de restricción física, sin tratar de cuestionar la acción.

Categoría: Mecanismos de apoyo que utiliza el profesional de enfermería frente al método de restricción

Subcategoría: Comités de ética.

En los artículos analizados no se encuentra reporte de que los profesionales de enfermería utilicen los comités de ética como un mecanismo de apoyo para orientar la toma de decisiones frente a los problemas éticos que se generan en la realización de la restricción del paciente con enfermedad mental.

Subcategoría: Principalismo.

En el estudio de Kontio, et al (13) los participantes discutieron los principios éticos que guían su toma de decisiones para realizar la restricción física en el paciente agresivo.

Subcategoría: Equipo de trabajo.

McCann et al, (16) encontraron que no hay tiempo suficiente para la discusión con otros miembros del equipo profesional. Carr et al, (18) reportan que el personal realizaba reuniones diarias y semanales con el equipo multidisciplinario. Al respecto, Kontio et al, (13) identificaron que el mejor y más rápido apoyo provino de los miembros del equipo, donde se considera que la confianza y el apoyo de los compañeros son aspectos clave. Graziani et al, (29) establecen que se realiza discusiones en equipo y se lleva a cabo el apoyo mutuo entre los profesionales. Gaskin et al, (43) encuentran que la integración del personal y mayor número de enfermeras para el cuidado son alternativas para disminuir la restricción del paciente. Bowers et al, (48) manifiestan que el estilo de liderazgo, la colaboración e interacción entre sí se asocia con resultados negativos, tales como agotamiento, sentimientos de inseguridad y la falta de satisfacción.

Subcategoría: Normatividad.

Carr et al, (18) manifiestan que en el uso del dispositivo mecánico está reglamentado por la Ley de Salud Mental, en la que se especifica su propósito: respeto, mínima restricción, participación, efectividad, eficiencia y equidad. Al respecto Xiang et al, (36) reportan que el porcentaje de restricción física para este estudio fue de 30,7% antes de la aplicación de la Ley de salud mental y esta cifra se redujo a 22,4% después de su implementación. Gaskin et al (43) establecen que el apoyo estatal, cambios en políticas y regulación podrían contribuir a la disminución de los episodios de restricción.

Subcategoría: Familia o cuidador.

Landeweer et al, (19) encuentran que en los países bajos, la participación de la familia es un tema de debate y que los miembros de la misma pueden prevenir o detener la utilización de medidas coercitivas. Al respecto Xiang et al, (36) identifican que la restricción física en China no se puede aplicar si la familia del paciente se opone. Lejman et al, (39) manifiestan que se proporciona información y colaboración con los miembros de la familia.

Subcategoría: Paciente.

Carr et al, (18) reportan que se realizaron reuniones diarias y semanales con el equipo de trabajo, asignación de tiempo terapéutico para discusión de opciones y compromisos en la planificación de la atención, así como la colaboración para mejorar la autonomía, autodeterminación, participación y colaboración activa en la formulación de un plan de atención. Según Kontio et al, (13) se debe incluir al paciente en la conversación, responsabilidad, acuerdos con el equipo de salud e información sobre el motivo de la restricción. Landeweer et al, (19) sugieren que el compartir las responsabilidades entre pacientes y enfermeras ofrece nuevas oportunidades para reducir la coacción, fomentar una buena atención, incluso algunas instituciones han comenzado a trabajar con expacientes para atender a otros y apoyarlos.

Perkins et al, (34) encuentran que no se brindó la oportunidad de discutir las experiencias del paciente después de la restricción. Al respecto Gaskin et al, (43) reportan la importancia del monitoreo a los pacientes y contar con ellos como participantes activos al tener en cuenta su opinión. Según Kwisoon et al, (37) se aplica la restricción y no se respeta las opiniones o derechos de los pacientes. Lejman et al, (39) en su estudio encuentran que cuando el miembro de la familia del paciente quería que se usara restricción física, se le informó a los pacientes sobre la decisión de la familia y comprendiera la necesidad de esta medida.

Subcategoría: Alternativas.

Korkelia et al, (15) encontraron que sólo un cuarto de los encuestados estuvieron de acuerdo en que los métodos alternativos deben utilizarse para disminuir la cantidad de S/R. Landeweer et al, (19) identifican que las enfermeras se centran en la atención, confianza y responsabilidad, comprensión mutua, participación de los pacientes y colegas en la búsqueda de formas de prevenir. También se propone el uso de métodos experimentales. Al respecto McCan et al, (16) incluyen la alternativa es la negociación, que se utiliza para prevenir y manejar la agresión”. Según Kontio et al, (13) las alternativas consisten en: estar presente, realizar conversación, y cambiar el entorno (cómodo, terapéutico y con pocos estímulos), acuerdos multiprofesionales que incluyen al paciente y negociación oral y por escrito.

Según Guzmán, (33) en su análisis retrospectivo se plantea como alternativa: “la implementación de un programa en el que se haga un seguimiento a los pacientes de riesgo, formación del personal de enfermería: técnicas de apaciguamiento, la prevención y la participación de los pacientes en el programa de tratamiento”. Al respecto en el estudio de Carr et al, (18) se elaboró una directiva anticipada como una forma de reconocer y respetar el punto de vista y deseos, donde la capacidad del paciente se consideró semanalmente por el equipo multidisciplinario. La directiva se une al plan de cuidados, revisado periódicamente, se hizo gestión y seguimiento de la contención mecánica con una lista de verificaron, donde la restricción se eliminó gradualmente.

Según Graziani et al, (29) las alternativas al uso de restricción son: monitoreo constante, control de la conducta individual, gestión verbal y de actitud, reducir riesgos ambientales, administración de medicamentos, uso de protocolos, rutinas, sanciones a los profesionales para corregir su comportamiento. Strout (24), reporta uso de técnicas de apaciguamiento e intervenciones farmacológicas. Sin embargo, Perkins et al, (34) encuentran que el apaciguamiento y comunicación se consideran de menos valor. Según Gaskin et al, (43) el liderazgo, examinar el contexto en el que se realiza el método, monitoreo de episodios, educación al personal y cambio del entorno terapéutico son opciones ante la restricción. Lejman et al, (39) reportan el uso de habilidades educativas, personal adecuado y prevención del tratamiento coercitivo.

CONCLUSIONES

La restricción en el paciente con enfermedad mental es un método que genera problemas éticos para el profesional de enfermería ya que este se encuentra en contacto directo con el paciente y es quien realiza el procedimiento. Si este no se realiza pueden ocurrir lesiones tanto para el mismo paciente como para el personal de salud, de este modo cada una de las situaciones debe ser analizada en forma individualizada y las actividades deben estar encaminadas a ser lo menos restrictivas posibles.

La restricción en el paciente con enfermedad mental en sí misma puede llegar a generar un dilema y/o problema ético, además existen actitudes ambiguas por parte del profesional de enfermería sobre el uso de este método.

Los mecanismos de apoyo representan una parte fundamental en el proceso de la toma de decisiones frente a la restricción del paciente con enfermedad mental. No hay una fórmula respecto al uso o no de la restricción, porque el cuidado debe ser individualizado, integral, holístico, basado en el conocimiento, experiencia y normatividad.

RECOMENDACIONES

Realizar investigaciones futuras orientadas hacia la toma de decisiones acertadas, específicamente en esta temática, que pone de manifiesto las consideraciones éticas que conciernen al profesional de enfermería, además porque la presente revisión no se arrojó datos e investigaciones para Colombia.

Retomar la información reportada en la presente revisión para establecer programas encaminados a la disminución de la restricción en el paciente con enfermedad mental, teniendo en cuenta los riesgos, la prevención de la situación y el manejo sin vulnerar los principios bioéticos, los derechos de los pacientes, entre otros para la toma de decisiones asertivas.

Desarrollar estrategias y programas de apoyo en la educación y la práctica sobre asuntos éticos y legales que incluyan guías clínicas bien soportadas con enfoques integrados en el desarrollo de buenas prácticas en las que se incluya a los pacientes, equipo interdisciplinario y familia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(1) Alvarado García A. La ética del cuidado. Rev Aquichán, [Internet]. 2004 [consultado 09 de octubre de 2017]; 4(1), 30-39. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972004000100005&lng=en&tlng=es.

- (2) Garzón. N. Toma de decisiones Éticas. En Peña, B *Ética y bioética: memorias cátedra Manuel Ancízar*. División Académica y Cultural. Bogotá. Editorial 2001. p. 171-190
- (3) Piñón Gaytán F. El problema ético en la filosofía de Kant. (Spanish). *Política y Cult* [Internet]. 2013;(39):99–112. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=fua&AN=88269613&lang=es&site=ehost-live>
- (4) Organización Panamericana S, Protección Social M. Regulación de la Enfermería en América Latina [Internet]. 56. 2011. 61-76 p. Available from: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=16768&Itemid=721&lang=en
- (5) Jiménez- Garrote J. Fundamentación Ética en el Paciente Psiquiátrico. *Rev Bioética* [Internet]. 2007 [consultado 09 de octubre de 2017] 7 (2), 16-19 Disponible en: <http://www.cbioetica.org/revista/72/721619.pdf>
- (7) Tamyres-Araújo AD, Rocha-Pires L, Pedrería-Silva L, Cajé Mora LV, C. M. Physical restraint in patients in intensive care units: Exploratory. *Rev Online Brazilian Journal of Nursing* [Internet]. 2017 [consultado 16 de noviembre de 2017] Disponible en: <https://bibliobd.udca.edu.co:2118/docview/1958788754/9C28A615DDFC46E6PQ/1?accountid=47900>
- (8) Fernández Rodríguez Á, Zabala Blanco J. Restricción física: Revisión y reflexión ética. *Gerokomos*. 2014;25(2):63–7.
- (9) Guevara-Narváez C., Escobar-Córdoba FE, Fontecha J. Restricción en pacientes agitados atendidos en unidades de cuidado médico primario. *Rev de La Facultad De Medicina* [Internet]. 2004 [consultado 02 de diciembre de 2017]; 52(3), 199-211. Disponible en: <https://search.proquest.com/docview/1677568895?accountid=47900>
- (10) Luengas-Ramírez LM. Medidas de Sujeción en Pacientes Hospitalizados. *Rev Actualizaciones en enfermería* [Internet]. 2007 [consultado 02 de diciembre de 2017]; 10(2):28-30. Disponible en: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-102/medidasdesujecion/>
- (11) Sastre-Rus M, Campaña-Castillo F. Contención mecánica: definición conceptual. *Rev* [Internet]. 2014 [consultado 02 de diciembre de 2017]; 8(1). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2014000100007&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1988-348X2014000100007>.
- (12) Martínez A. ¿ Contención Física O Castigo? Un Recorte Histórico De Sus Antecedentes. V Congr Int Investig y Práctica Prof en Psicol XX Jornadas Investiación Noveno Encuentro Investig en Psicol del MERCOSUR Fac Psicol - Univ Buenos Aires [Internet]. 2013;95–7. Available from: <http://www.aacademica.com/000-054/295%5CnActa>
- (13) Korkeila H, Koivisto AM, Paavilainen E, Kylmä J. Psychiatric Nurses' Emotional and Ethical Experiences Regarding Seclusion and Restraint. *Issues Ment Health Nurs*. 2016;37(7):464–75.
- (14) Pettit SA, Bowers L, Tulloch A, Cullen AE, Moylan LB, Sethi F, et al. Acceptability and use of coercive methods across differing service configurations with and without seclusion and/or psychiatric intensive care units. *J Adv Nurs*. 2017;

- (15) Korkeila H, Koivisto AM, Paavilainen E, Kylmä J. Psychiatric Nurses' Emotional and Ethical Experiences Regarding Seclusion and Restraint. *Issues Ment Health Nurs*. 2016;37(7):464–75.
- (16) McCann T V., Baird J, Muir-Cochrane E. Attitudes of clinical staff toward the causes and management of aggression in acute old age psychiatry inpatient units. *BMC Psychiatry*. 2014;14(1).
- (17) Nenadović M, Katanić M, Tocilovac-Nina M, Kostić V, Perunčić M, Simonović P, et al. Most common diagnoses requiring physical restriction of psychiatric patients: humanity at the test. *Srp Arh Celok Lek*. 2011;
- (18) Carr PG. The use of mechanical restraint in mental health: A catalyst for change? *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2012;
- (19) Landeweer EGM, Abma TA, Widdershoven GAM. The essence of psychiatric nursing: Redefining nurses' identity through moral dialogue about reducing the use of coercion and restraint. *Adv Nurs Sci*. 2010;
- (20) Sacks MH, Walton MF. Seclusion and Restraint as Measures of the Quality of Hospital Care: Any Exceptions? *Psychiatr Serv*. 2014;
- (21) Steinert T, Lepping P, Bernhardsgrütter R, Conca A, Hatling T, Janssen W, et al. Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2010
- (22) Vítolo F. Inmovilización física y contención racional de pacientes. *Biblio Virtu NOBLE*. 2013;(4):1–15.
- (23) Hernández Figaredo Pablo. Psychiatry and Medical Ethics. *Rev Hum Med [Internet]*. 2007 Ago [citado 2018 Mar 27] ; 7(2): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202007000200001&lng=es.
- (24) Strout TD. Perspectives on the experience of being physically restrained: An integrative review of the qualitative literature. *Int J Ment Health Nurs* 2010;19(6):416-427.
- (25) Jalil R, Huber JW, Sixsmith J, Dickens GL. Mental health nurses' emotions, exposure to patient aggression, attitudes to and use of coercive measures: Cross sectional questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*. 2017
- (26) Lam K, Kwan JSK, Wai Kwan C, Chong AML, Lai CKY, Lou VWQ, et al. 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. *J Am Med Dir Assoc*. 2017;
- (27) Kuivalainen S, Vehviläinen-Julkunen K, Louheranta O, Putkonen A, Repo-Tiihonen E, Tiihonen J. Seasonal variation of hospital violence, seclusion and restraint in a forensic psychiatric hospital. *Int J Law Psychiatry*. 2017;
- (28) Simpson SA, Joesch JM, West II, Pasic J. Risk for physical restraint or seclusion in the psychiatric emergency service (PES). *Gen Hosp Psychiatry*. 2014;
- (29) Graziani K, Vedana G, Maria Da Silva D, Aparecida C, Ventura A, Cristina B, et al. Physical and mechanical restraint in psychiatric units: Perceptions and experiences of nursing staff. *Arch Psychiatr Nurs [Internet]*. 2017;1–0. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.11.027>

(30) Organización de las Naciones Unidas. La Declaración Universal de Derechos Humanos 1998
<http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>

(31) Republica de Colombia. Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004, octubre 4, por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. [Internet]. [Consultado 25 de abril de 2018]. Disponible en: https://www.mineduccion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf

(32) Republica de Colombia. Congreso de Colombia. Ley 1616 de 2013, enero 21, por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones". [Internet]. [Consultado 25 de abril de 2018]. Disponible en: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201616%20DEL%2021%20DE%20ENERO%20DE%202013.pdf>

(33) Guzman-Parra J, Aguilera Serrano C, García-Sánchez JA, Pino-Benítez I, Alba-Vallejo M, Moreno-Küstner B, et al. Effectiveness of a Multimodal Intervention Program for Restraint Prevention in an Acute Spanish Psychiatric Ward. *J Am Psychiatr Nurses Assoc.* 2016;

(34) Perkins E, Prosser H, Riley D, Whittington R. Physical restraint in a therapeutic setting; a necessary evil? *Int J Law Psychiatry.* 2012

(35) D. Winkler, A. Naderi-Heiden, A. Strnad, E. Pjrek, J. Scharfetter, S. Kasper, R. Frey, Intensive care in psychiatry, In *European Psychiatry*, Volume 26, Issue 4, 2011, Pages 260-264, ISSN 0924-9338, <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.10.008>.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0924933810002245>

(36) Xiang YT, Sha S, Zhang QE, Wu PP, Jin X. Physical restraint for psychiatric patients and its associations with clinical characteristics and the National Mental Health Law in China. *Psychiatry Res.* 2016

(37) Choe K, Song EJ, Jung CH. Ethical Problems Experienced by Psychiatric Nurses in Korea. *Arch Psychiatr Nurs.* 2012;

(38) Reitan SK, Helvik AS, Iversen V. Use of mechanical and pharmacological restraint over an eight-year period and its relation to clinical factors. *Nord J Psychiatry.* 2018

(39) Lejman E, Westerbotn M, Pöder U, Wadensten B. The ethics of coercive treatment of people with dementia. *Nursing Ethics.* 2013

(40) Tranvåg O, Petersen KA, Nåden D. Dignity-preserving dementia care: A metasynthesis. *Nurs Ethics.* 2013;

(41) Van Doeselaar M, Slegers P, Hutschemaekers G. Professionals' attitudes toward reducing restraint: The case of seclusion in The Netherlands. *Psychiatr Q.* 2008;

(42) Yamamoto M, Aso Y. Placing physical restraints on older people with dementia. *Nurs Ethics.* 2009;

- (43) Gaskin CJ1, Elsom SJ, Happell B. (2007) Interventions for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities: review of the literature. *Br J Psychiatry*. 2007 Oct;191:298-303. 10.1192/bjp.bp.106.034538
- (44) Husum, T. L., Bjørngaard, J. H., Finset, A., & Ruud, T. (2010). A cross-sectional prospective study of seclusion, restraint and involuntary medication in acute psychiatric wards: Patient, staff and ward characteristics. *BMC Health Services Research*, 10, 89. doi:<http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-10-89>
- (45) De Benedictis, L., Dumais, A., Sieu, N., Mailhot, M., Létourneau, G., Tran, M. M., . . . Lesage, A. D. (2011). Staff perceptions and organizational factors as predictors of seclusion and restraint on psychiatric wards. *Psychiatric Services*, 62(5), 484-91. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/865201819?accountid=47900>
- (46) Goulet M-H, Larue C, Stafford M-C, Dumais A. Profiles of Patients Admitted to a Psychiatric Intensive Care Unit: Secluded with or without Restraint. *Can J Psychiatry*. 2013;
- (47) Zwijsen SA, Smalbrugge M, Zuidema SU, Koopmans RT, Bosmans JE, Van Tulder MW, et al. Grip on challenging behaviour: A multidisciplinary care programme for managing behavioural problems in nursing home residents with dementia. Study protocol. *BMC Health Serv Res*. 2011;
- (48) Bowers L, Nijman H, Simpson A, Jones J. The relationship between leadership, teamworking, structure, burnout and attitude to patients on acute psychiatric wards. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2011;
- (49) Fariña-López E, Estévez-Guerra GJ, Gandoy-Crego M, Polo-Luque LM, Gómez-Cantorna C, Capezuti EA. Perception of Spanish nursing staff on the use of physical restraints. *J Nurs Scholarsh*. 2014;
- (50) Molewijk B, Kok A, Husum T, Pedersen R, Aasland O. Staff's normative attitudes towards coercion: The role of moral doubt and professional context - A cross-sectional survey study. *BMC Med Ethics*. 2017;
- (51) Huf G, Coutinho ESF, Adams CE. Physical restraints versus seclusion room for management of people with acute aggression or agitation due to psychotic illness (TREC-SAVE): A randomized trial. *Psychol Med*. 2012;
- (52) Cleary M, Hunt GE, Walter G. Seclusion and its context in acute inpatient psychiatric care. *J Med Ethics*. 2010;36(8):459–62.
- (53) Vuckovich PK, Artinian BM. Ustifying oercion. 2005;12(4).

BIBLIOGRAFÍA

- Alvarado García A. La ética del cuidado. *Rev Aquichán*, [Internet]. 2004 [consultado 09 de octubre de 2017]; 4(1), 30-39. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972004000100005&lng=en&tlng=es.
- Bowers L, Nijman H, Simpson A, Jones J. The relationship between leadership, teamworking, structure, burnout and attitude to patients on acute psychiatric wards. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2011;
- Carr PG. The use of mechanical restraint in mental health: A catalyst for change? *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2012;

Choe K, Song EJ, Jung CH. Ethical Problems Experienced by Psychiatric Nurses in Korea. *Arch Psychiatr Nurs*. 2012;

Cleary M, Hunt GE, Walter G. Seclusion and its context in acute inpatient psychiatric care. *J Med Ethics*. 2010;36(8):459–62.

D. Winkler, A. Naderi-Heiden, A. Strnad, E. Pjrek, J. Scharfetter, S. Kasper, R. Frey, Intensive care in psychiatry, In *European Psychiatry*, Volume 26, Issue 4, 2011, Pages 260-264, ISSN 0924-9338, <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.10.008>.
(<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0924933810002245>)

De Benedictis, L., Dumais, A., Sieu, N., Mailhot, M., Létourneau, G., Tran, M. M., . . . Lesage, A. D. (2011). Staff perceptions and organizational factors as predictors of seclusion and restraint on psychiatric wards. *Psychiatric Services*, 62(5), 484-91. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/865201819?accountid=47900>

Fariña-López E, Estévez-Guerra GJ, Gandoy-Crego M, Polo-Luque LM, Gómez-Cantorna C, Capezuti EA. Perception of Spanish nursing staff on the use of physical restraints. *J Nurs Scholarsh*. 2014;

Fernández Rodríguez Á, Zabala Blanco J. Restricción física: Revisión y reflexión ética. *Gerokomos*. 2014;25(2):63–7.

Garzón. N. Toma de decisiones Éticas. En Peña, B *Ética y bioética: memorias cátedra Manuel Ancízar*. División Académica y Cultural. Bogotá. Editorial 2001. p. 171-190

Gaskin CJ1, Elsom SJ, Happell B. (2007) Interventions for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities: review of the literature. *Br J Psychiatry*. 2007 Oct;191:298-303. 10.1192/bjp.bp.106.034538

Goulet M-H, Larue C, Stafford M-C, Dumais A. Profiles of Patients Admitted to a Psychiatric Intensive Care Unit: Secluded with or without Restraint. *Can J Psychiatry*. 2013;

Graziani K, Vedana G, Maria Da Silva D, Aparecida C, Ventura A, Cristina B, et al. Physical and mechanical restraint in psychiatric units: Perceptions and experiences of nursing staff. *Arch Psychiatr Nurs* [Internet]. 2017;1–0. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.11.027>

Guevara-Narváez C., Escobar-Córdoba FE, Fontecha J. Restricción en pacientes agitados atendidos en unidades de cuidado médico primario. *Rev de La Facultad De Medicina* [Internet]. 2004 [consultado 02 de diciembre de 2017]; 52(3), 199-211. Disponible en: <https://search.proquest.com/docview/1677568895?accountid=47900>

Guzman-Parra J, Aguilera Serrano C, García-Sánchez JA, Pino-Benítez I, Alba-Vallejo M, Moreno-Küstner B, et al. Effectiveness of a Multimodal Intervention Program for Restraint Prevention in an Acute Spanish Psychiatric Ward. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. 2016;

Hernández Figaredo Pablo. Psychiatry and Medical Ethics. *Rev Hum Med* [Internet]. 2007 Ago [citado 2018 Mar 27] ; 7(2): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202007000200001&lng=es.

Huf G, Coutinho ESF, Adams CE. Physical restraints versus seclusion room for management of people with acute aggression or agitation due to psychotic illness (TREC-SAVE): A randomized trial. *Psychol Med*. 2012;

Husum, T. L., Bjørngaard, J. H., Finset, A., & Ruud, T. (2010). A cross-sectional prospective study of seclusion, restraint and involuntary medication in acute psychiatric wards: Patient, staff and ward characteristics. *BMC Health Services Research*, 10, 89. doi:<http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-10-89>

Jalil R, Huber JW, Sixsmith J, Dickens GL. Mental health nurses' emotions, exposure to patient aggression, attitudes to and use of coercive measures: Cross sectional questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*. 2017

Jiménez- Garrote J. Fundamentación Ética en el Paciente Psiquiátrico. *Rev Bioética* [Internet]. 2007 [consultado 09 de octubre de 2017] 7 (2), 16-19 Disponible en: <http://www.cbioetica.org/revista/72/721619.pdf>

Korkeila H, Koivisto AM, Paavilainen E, Kylmä J. Psychiatric Nurses' Emotional and Ethical Experiences Regarding Seclusion and Restraint. *Issues Ment Health Nurs*. 2016;37(7):464–75.

Korkeila H, Koivisto AM, Paavilainen E, Kylmä J. Psychiatric Nurses' Emotional and Ethical Experiences Regarding Seclusion and Restraint. *Issues Ment Health Nurs*. 2016;37(7):464–75.

Kuivalainen S, Vehviläinen-Julkunen K, Louheranta O, Putkonen A, Repo-Tiihonen E, Tiihonen J. Seasonal variation of hospital violence, seclusion and restraint in a forensic psychiatric hospital. *Int J Law Psychiatry*. 2017;

Lam K, Kwan JSK, Wai Kwan C, Chong AML, Lai CKY, Lou VWQ, et al. 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. *J Am Med Dir Assoc*. 2017;

Landeweer EGM, Abma TA, Widdershoven GAM. The essence of psychiatric nursing: Redefining nurses' identity through moral dialogue about reducing the use of coercion and restraint. *Adv Nurs Sci*. 2010;

Lejman E, Westerbotn M, Pöder U, Wadensten B. The ethics of coercive treatment of people with dementia. *Nursing Ethics*. 2013

Luengas-Ramírez LM. Medidas de Sujeción en Pacientes Hospitalizados. *Rev Actualizaciones en enfermería* [Internet]. 2007 [consultado 02 de diciembre de 2017]; 10(2):28-30. Disponible en: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-102/medidasdesujecion/>

Martínez A. ¿ Contención Física O Castigo? Un Recorte Histórico De Sus Antecedentes. V Congr Int Investig y Práctica Prof en Psicol XX Jornadas Investigación Noveno Encuentro Investig en Psicol del MERCOSUR Fac Psicol - Univ Buenos Aires [Internet]. 2013;95–7. Available from: <http://www.aacademica.com/000-054/295%5CnActa>

McCann T V., Baird J, Muir-Cochrane E. Attitudes of clinical staff toward the causes and management of aggression in acute old age psychiatry inpatient units. *BMC Psychiatry*. 2014;14(1).

Molewijk B, Kok A, Husum T, Pedersen R, Aasland O. Staff's normative attitudes towards coercion: The role of moral doubt and professional context - A cross-sectional survey study. *BMC Med Ethics*. 2017;

Nenadović M, Katanić M, Tocilovac-Nina M, Kostić V, Perunčić M, Simonović P, et al. Most common diagnoses requiring physical restriction of psychiatric patients: humanity at the test. *Srp Arh Celok Lek*. 2011;

Organización de las Naciones Unidas. La Declaración Universal de Derechos Humanos 1998 <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>

Organización Panamericana S, Protección Social M. Regulación de la Enfermería en América Latina [Internet]. 56. 2011. 61-76 p. Available from: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=16768&Itemid=721&lang=en

Perkins E, Prosser H, Riley D, Whittington R. Physical restraint in a therapeutic setting; a necessary evil? *Int J Law Psychiatry*. 2012

Pettit SA, Bowers L, Tulloch A, Cullen AE, Moylan LB, Sethi F, et al. Acceptability and use of coercive methods across differing service configurations with and without seclusion and/or psychiatric intensive care units. *J Adv Nurs*. 2017;

Piñón Gaytán F. El problema ético en la filosofía de Kant. (Spanish). *Política y Cult* [Internet]. 2013;(39):99–112. Available from:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=fua&AN=88269613&lang=es&site=ehost-live>
Reitan SK, Helvik AS, Iversen V. Use of mechanical and pharmacological restraint over an eight-year period and its relation to clinical factors. *Nord J Psychiatry*. 2018

República de Colombia. Congreso de Colombia. Ley 1616 de 2013, enero 21, por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones". [Internet]. [Consultado 25 de abril de 2018]. Disponible en:

<http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201616%20DEL%2021%20DE%20ENERO%20DE%202013.pdf>

República de Colombia. Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004, octubre 4, por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. [Internet]. [Consultado 25 de abril de 2018]. Disponible en: https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf

Sacks MH, Walton MF. Seclusion and Restraint as Measures of the Quality of Hospital Care: Any Exceptions? *Psychiatr Serv*. 2014;

Sastre-Rus M, Campaña-Castillo F. Contención mecánica: definición conceptual. *Rev* [Internet]. 2014 [consultado 02 de diciembre de 2017]; 8(1). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2014000100007&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1988-348X2014000100007>.

Simpson SA, Joesch JM, West II, Pasic J. Risk for physical restraint or seclusion in the psychiatric emergency service (PES). *Gen Hosp Psychiatry*. 2014;

Steinert T, Lepping P, Bernhardsgrütter R, Conca A, Hatling T, Janssen W, et al. Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2010

Strout TD. Perspectives on the experience of being physically restrained: An integrative review of the qualitative literature. *Int J Ment Health Nurs* 2010;19(6):416-427.

Tamyres-Araújo AD, Rocha-Pires L, Pedrería-Silva L, Cajé Mora LV, C. M. Physical restraint in patients in intensive care units: Exploratory. *Rev Online Brazilian Journal of Nursing* [Internet]. 2017 [consultado 16 de noviembre de 2017] Disponible en:

<https://bibliobd.udca.edu.co:2118/docview/1958788754/9C28A615DDFC46E6PQ/1?accountid=47900>

Tranvåg O, Petersen KA, Nåden D. Dignity-preserving dementia care: A metasynthesis. *Nurs Ethics*. 2013;

Van Doeselaar M, Slegers P, Hutschemaekers G. Professionals' attitudes toward reducing restraint: The case of seclusion in The Netherlands. *Psychiatr Q*. 2008;

Vítolo F. Inmovilización física y contención racional de pacientes. *Biblio Virtu NOBLE*. 2013;(4):1–15.

Vuckovich PK, Artinian BM. Ustifying oercion. 2005;12(4).

Xiang YT, Sha S, Zhang QE, Wu PP, Jin X. Physical restraint for psychiatric patients and its associations with clinical characteristics and the National Mental Health Law in China. *Psychiatry Res*. 2016

Yamamoto M, Aso Y. Placing physical restraints on older people with dementia. *Nurs Ethics*. 2009;

Zwijssen SA, Smalbrugge M, Zuidema SU, Koopmans RT, Bosmans JE, Van Tulder MW, et al. Grip on challenging behaviour: A multidisciplinary care programme for managing behavioural problems in nursing home residents with dementia. Study protocol. *BMC Health Serv Res*. 2011;