

POSICIÓN FUNDACIÓN CUIDADOS DIGNOS Y LA INSTRUCCIÓN DE LA FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO DEL 19 DE ENERO DE 2022 (INTERPRETACIÓN LIBERA-CARE)

Desde la Fundación Cuidados Dignos (FCD) celebramos la instrucción de la Fiscalía General del Estado. Nuestra entidad lleva años denunciando el excesivo y mal uso de la sujeción tanto física como química en nuestros entornos de cuidado, por lo que resulta gratificante ver que desde los poderes institucionales se empieza a tratar el problema.

Aplaudimos la iniciativa y esperamos que la misma no se convierta en una regulación para “sujetar bien”, sino que siguiendo el espíritu de eliminación de la práctica de la sujeción que manifiesta tener, se trate de un primer paso que abra el camino a posteriores legislaciones que impulsen y regulen el “modelo centrado en la persona sin sujeciones” que defendemos ya muchas entidades preocupadas por el fenómeno.

Pero no dejando de celebrarla, sí queremos matizar cuestiones en torno a ella.

Por una lado, nos gustaría poder festejar en un futuro no lejano que la instrucción se “prolongue” a otros niveles de atención más allá de las unidades psiquiátricas o de salud mental y centros residenciales y/o sociosanitarios de personas mayores y/o con discapacidad.

La instrucción dice:

Quedan al margen de esta instrucción el uso de contenciones en el ámbito sanitario u hospitalario cuando las mismas responden a necesidades de intervención aguda.

Es injusto y no es adecuado pensar que el uso de sujeción es únicamente un problema de residencias de personas mayores, o de personas con discapacidad o de personas con problemas de salud mental en entornos de intervención no aguda. Por desgracia el modelo de cuidado español asienta en un principio de beneficencia desarrollado de manera paternalista y no centrado en la persona, lo que supone el caldo de cultivo para un uso excesivo e inadecuado de la sujeción tanto física como química de manera transversal a lo largo de los distintos niveles asistenciales. Obviar que los hospitales y sus distintos servicios, así como la atención primaria y domiciliaria sujetan “como los demás” es cuando menos “hacerse trampas al solitario”. Y las situaciones agudas de uso de sujeción que la instrucción quiere dejar fuera también forman parte de la baraja del uso excesivo e inadecuado.

Todo el modelo de cuidado español sujeta, es cultura de cuidado, lo he dicho en muchas ocasiones y sigo sosteniéndolo. Por eso aunque celebro que una institución como es la Fiscalía General del Estado empiece por fin a hacer frente a este grave problema, también deseo que su labor no tarde en extenderse a “toda la cadena de cuidado” y no se quede únicamente en el ámbito de los centros que en este primer momento son objeto de la instrucción.

En segundo lugar me gustaría aportar un poco de luz a la interpretación de la instrucción. Existen párrafos que a mi entender resultan confusos o no suficientemente desarrollados o

explicitados, lo que en mi opinión puede conducir a problemas en el análisis individual de cada caso, sea este de uso o de no uso de sujeción.

El mayor problema se produce respecto de la correcta interpretación de lo que es sujeción y lo que no lo es y del análisis de la dignidad de las prácticas de cuidado. Para analizarlo debemos de ir a las definiciones de los términos. En el ámbito del cuidado de personas, existe una falta de consenso respecto a los términos sujeción, restricción y contención, que en definitiva definen a un mismo concepto, lo cual dificulta el análisis del fenómeno.

En primer lugar, si definimos los términos Sujeción y Contención, vemos que según el Diccionario de la Lengua Española de la RAE (Real Academia Española):

- Contención: Acción y efecto de contener o contenerse.
- Contener: Reprimir o Sujetar el movimiento o impulso de un cuerpo.
- Sujetar: Afirmary o contener algo con la fuerza.
- Sujeción: Acción de Sujetar.

Así pues, se puede entender que **Sujeción** y **Contención** son sinónimos.

Además las Sujeciones – Restricciones las podemos clasificar en función de diferentes clasificaciones:

- 1) Según se sujete o restrinja:
Según la RAE:
Son sinónimos Sujetar, Dominar, Contener, Reprimir, Detener e Impedir.
Y son sinónimos Restringir y Limitar.
De esta forma parece hablarse de lo mismo pero:
 - a. Cuando la acción conduce a impedir se habla de **Sujeción**.
 - b. Cuando la acción conduce a limitar sin llegar a impedir, se habla de **Restricción**.
- 2) Según el método de aplicación:
 - a. Sujeciones o Restricciones **Mecánicas y Físicas**.
 - b. Sujeciones o Restricciones **Químicas o Farmacológicas**.
- 3) Todas ellas, en función del carácter temporal con el que se apliquen, serán:
 - a. **Agudas**, Episódicas o Esporádicas.
 - b. Crónicas, Habituales o **Permanentes**.
- 4) Todas ellas:
 - a. **Voluntarias**: Aceptadas y solicitadas por la persona.
 - b. **Involuntarias**: Cuando sea al contrario.

Contextualizando, las sujeciones a las que se refiere la instrucción son Físicas y Farmacológicas, Permanentes e Involuntarias.

Definición de **Sujeción Física**:

Parece lo más acertado utilizar una definición de consenso internacional (1) (2): Cualquier acción o procedimiento que impide el movimiento libre del cuerpo de una persona para una posición elegida y/o el acceso normal a su cuerpo mediante el uso de cualquier método adjunto o adyacente al cuerpo de una persona y que ella no puede controlar o eliminar fácilmente.

En otros países, pero también en España, los términos Sujeción Física y Sujeción Mecánica que se han utilizado indistintamente han comenzado a separarse utilizándose **Sujeción Física** cuando la contención es realizada por personas y **Sujeción Mecánica** para la contención realizada a través de dispositivos (3).

Definición de **Sujeción Química**:

Respecto de ella, no es un tema banal, que no exista una definición de consenso. En su ausencia, la podríamos definir como el uso de fármacos, fundamentalmente aquellos que actúan a nivel del Sistema Nervioso Central, que reducen la movilidad de la persona, de manera que quedan inhibidas sus actividades (salir de la cama, ir al cuarto de baño, participar en actividades sociales,...) con el objetivo de manejar o controlar una conducta inadecuada o molesta (p. e.: vagabundeo, agresividad verbal, no colaboración en los cuidados, etc.), que no tiene base en un desorden psiquiátrico diagnosticado. Dicho de otro modo, es el uso de fármacos (psicotrópicos o no) para manejar un problema para el cual existe un tratamiento mejor (4).

Una revisión de las distintas definiciones determinó que ni siquiera la definición de consenso de Sujeción Física llega a contemplar todos los dominios que sería apropiado y óptimo tener en cuenta en una definición (5). Y este no es un tema menor, porque esta variabilidad de dominios a explorar a la hora de interpretar un caso de cuidado con o sin sujeción desde la individualidad que requiere cada uno de ellos, dificulta enormemente el trabajo de quien lo analiza.

Dice la instrucción:

De lo anterior podemos concluir que la contención se refiere a una medida de control del comportamiento a través de una limitación externa al sujeto ejercida por terceros bien a través del cuerpo (mecánica), bien a través de la sedación (farmacológica).

Según lo que he expuesto más arriba, esto no es siempre así. Hacer una afirmación de estas características resulta tanto como decir que siempre que quien cuida limite a la persona cuidada, estaría sujetándole. Y sin embargo técnicamente, según lo expuesto, estaría restringiéndole, no sujetándole. Para sujetarle, contenerle, quien cuida debe de impedir a la persona cuidada desarrollar el comportamiento, es decir, controlar el comportamiento impidiendo, no limitando. Esto es muy importante, y no es un simple juego de palabras, porque cualquier alternativa que trate de evitar la sujeción, siempre será limitante, siempre será restrictiva, de forma que si la instrucción nos impidiera utilizarla, nos quedaríamos sin herramientas de protección en el cuidado. Pensar que quienes cuidamos podremos hacer frente al desafío que suponen las muchas veces acciones peligrosas y dañinas para sí misma y para su entorno, de personas sin capacidad volitiva o con una capacidad disminuida, es no conocer el mundo del cuidado y desproteger a sus profesionales. Es cierto que nos gustaría no tener que utilizarlas, pero la realidad es que en ocasiones no existe otra posibilidad para dar seguridad a la persona que cuidamos. Y si después de todo un proceso de **Gestión de Caso Individualizado Centrado en la Persona** desarrollado por todo un equipo de profesionales, se decide que utilizar esas alternativas es lo más seguro y por supuesto se hace preservando la dignidad de la persona, se podría considerar un Mal Menor, como propone la Norma Libera-Care (NLC), y a mi entender aseguraría un óptimo desarrollo de los principios de Beneficencia – No Maleficencia – Autonomía. Porque está científicamente

probado que limitar el comportamiento sin llegar a impedir es seguro y aceptado por la persona, mientras que impedirlo es muy mal tolerado y acaba muchas veces en un cuadro de agitación.

Entiendo pues que la intención de la instrucción no es anular nuestras herramientas de cuidado, sino proteger la dignidad de quienes cuidamos. Y es ahí donde mi propuesta pasa por analizar individualmente cada caso, desde el análisis del **Plan de Atención Individualizado (PAI)** o el **Plan de Atención y Vida (PAV)** de cada persona. Este análisis individual es el que permitirá a quien evalúa (fiscal o inspector/a) decidir si una determinada acción está resultando restrictiva-limitante, sujetando-impidiendo, respetando la dignidad y los derechos o indignificando. Así, una misma acción aplicada de diferente manera, podrá ser una cosa u otra.

Y sigue la instrucción:

Los ejemplos de contenciones físicas más frecuentes son las barras laterales, cinturones (abdominal o pélvico), chalecos (torácico o integral), muñequeras y tobilleras. No obstante, de acuerdo con el variado espectro de situaciones de contención observadas con la utilización de objetos o dispositivos, se incluyen: las barandillas de cama, las mesillas incorporadas a la silla, dispositivos textiles (ropas o sábanas ajustables a la cama – habitualmente con velcro–, cierres o cremalleras que solo dejan libre una o varias partes del cuerpo. Incluso, pueden actuar como contención las butacas o sillas bajas, reclinables, sillas de ruedas frenadas delante de una mesa, es decir, la disposición del mobiliario si busca restricción, limitación o dificultad de movilidad). Es tradicional, y sigue siendo habitual, el uso de las contenciones físicas referidas a personas mayores para evitar caídas, controlar alteraciones de conducta o la interferencia con los tratamientos.

Lo que no aclara la instrucción es que todos estos elementos serán sujeciones cuando su aplicación persiga la intención de impedir que alguien haga algo que quiere hacer. ¿Y como evaluar esa intencionalidad? Desde mi punto de vista es el **PAI-PAV** quien puede aportar la luz en cada caso.

Si a Dña María la vemos sin cinturón pero tumbada boca arriba en un sillón las 24 horas del día, podríamos equiparar esa situación a verla sentada en su silla de ruedas con un cinturón las 24 horas del día. Los derechos que se transgreden en ambas situaciones son prácticamente si no completamente los mismos. ¿Qué más da que a esta situación le llamemos sujeción, restricción o contención? Es una situación transgresora de derechos, que supone una indignificación de la persona, y eso es lo único importante. Pero si en el PAI-PAV de Dña María vemos que existe todo un plan de cuidado digno a lo largo del día (hace un rato en el sillón dormitando o echando la siesta, sí, y por supuesto sin cinturón, otro rato pasea en silla de ruedas, incluso camina un ratito, participa de vez en cuando de alguna actividad o simplemente está sentada despierta mirando, duerme, come, etc) no sería lógico penalizar el uso de ninguno de estos elementos que ayudan a cuidar dignamente.

Y es que esta es la cuestión. Como he manifestado también en más de una ocasión, el debate no está en la sujeción, el debate no es sujeción sí - sujeción no, el debate está en la dignidad, el debate está en la protección de los derechos y la cobertura de la dignidad. Y para ello el análisis del PAI-PAV, y el desarrollo de la GESTIÓN DE CASO NO SUJECIÓN y los 24 HORAS

INDIVIDUALES que propone la Norma Libera-Care, así como el cumplimiento de sus INDICADORES, aseguran ese cuidado digno.

Y respecto de la instrucción y la Sujeción Química:

*En el grupo de **contenciones farmacológicas o químicas** se ubica el uso de **benzodiazepinas o antipsicóticos**, es decir, **psicofármacos con capacidad sedativa**. El uso de las medicaciones se realiza de forma aguda (en una crisis) pero también **de manera continuada en el tiempo**. Cabe señalar que, si bien los tratamientos pueden dirigirse a disminuir síntomas específicos (por ejemplo, delirios o alucinaciones), en otras ocasiones **su empleo busca un efecto puramente sedativo**. Es precisamente el **uso crónico de la sedación farmacológica** donde surgen los conflictos con la limitación de derechos, la adecuada dotación de los sistemas asistenciales y las preferencias de usuarios y familias referidos a las distintas posibilidades de abordaje clínico.*

Pienso que también habría que aclarar lo que la instrucción expresa. Los psicofármacos tienen muchos de ellos capacidad sedativa per se; esa es una de sus funciones; y en ocasiones es lo que terapéuticamente se persigue que hagan, sedar, calmar, tranquilizar a la persona, y a veces esto se persigue de manera terapéuticamente continuada en el tiempo.

No es fácil definir la sujeción química. Nos resulta tremendamente difícil a los clínicos, por lo que es lógico que aún le resulte más complicado a quien no lo es. Los fármacos y entre ellos los psicofármacos, no son siempre sujeción química. Tratar de simplificar su definición vuelve otra vez a dejarnos a quienes cuidamos sin herramientas para hacerlo y demoniza inadecuadamente tratamientos que pueden ser en ocasiones necesarios. La definición de Sujeción Química tampoco ayuda mucho, porque empieza a ser obvio que excluir a los pacientes psiquiátricos no parece adecuado, dado que no por tratarse de personas con problemas de salud mental el psicofármaco que se esté aplicando no es siempre terapia, o lo que es lo mismo, nunca es una sujeción química.

Pero siendo cierto que el uso inadecuado de fármacos psicótrópos los puede convertir en sujeción química, pienso que en el análisis de esta el esfuerzo del evaluador (fiscal o inspector/a) se debe de centrar en distinguir cuándo un psicofármaco es Terapia y cuándo se ha convertido en Sujeción Química. Y para ello los 9 Criterios LCQ y los INDICADORES del LIBERA-CARE QUÍMICO resultan muy útiles permitiendo hacer esa distinción.

Quiero finalizar reconociendo la labor de todas las entidades que están contribuyendo a disminuir el uso de sujeción como son la propia Fiscalía General del Estado, las Comunidades Autónomas que están impulsando proyectos de No Sujeción, las otras entidades que al igual que la FCD impulsan el Cuidado Sin Sujeción, las Sociedades Científicas que nos acompañan en ese camino, todas las personas que investigan al respecto, y por supuesto las organizaciones que están siendo ejemplo de cambio hacia la No Sujeción.

Dra. Ana Urrutia Beaskoa
Presidenta Fundación Cuidados Dignos.



Bibliografía:

- (1) Delphi consensus study to determine an internationally accepted definition on physical restraints. *Gerontologist*. 2012;52:136.
- (2) Bleijlevens MH, Wagner LM, Capezuti E, Hamers JP; International Physical Restraint Workgroup. Physical Restraints: Consensus of a Research Definition Using a Modified Delphi Technique. *J Am Geriatr Soc*. 2016 Nov;64(11):2307-2310. doi: 10.1111/jgs.14435.
- (3) Acevedo M. *Uso seguro de la Contención Mecánica en Unidades de Cuidados Críticos: mapeo situacional, conceptualización profesional y recomendaciones para la práctica clínica*. (Tesis Doctoral). Madrid, España: Universidad Autónoma de Madrid; 2020.
- (4) Urrutia A. *Norma Libera-Care – Sistema de gestión de la calidad de vida en el cuidado en centros de atención sanitaria, social y sociosanitaria*. Gernika: Fundación Cuidados Dignos, 2014. (Adaptado de Rein Tideiksaar, Ph. D., President of Fall Prevent, LLC (2005) y Antonio Burgueño, Coordinador del Programa Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer de CEOMA).
- (5) Robins LM, Lee DA, Bell JS, Srikanth V, Möhler R, Hill KD, Haines TP. Definition and Measurement of Physical and Chemical Restraint in Long-Term Care: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Mar 31;18(7):3639. doi: 10.3390/ijerph18073639.

Desde la FCD, con el objeto de poder afrontar la evaluación de Fiscalía, aconsejamos a los Centros Libres de Sujeciones que detallen la siguiente documentación a los Fiscales que les evalúen:

- **Método de Vigilancia:**
 - **24 horas de Vigilancia General.**
 - El **24 horas de Vigilancia Individual** de las personas que por su mayor discapacidad, deterioro cognitivo o alteración del comportamiento, lo requieran. Es aconsejable que la redacción del documento explique particularmente el por qué y para qué del uso de elementos como sillones reclinables, camas bajas o de cota cero, etc.
- **PAI (Plan de Atención Individualizada) – PAV (Plan de Atención y Vida) y Gestión de caso No Sujeción** de cada persona usuaria.
- **Consentimientos Informados** de todas las barandillas incluso en aquellos supuestos en que la NLC no las considere sujeción. Consentimientos Informados de las sujeciones que aun posea el centro que esté en su camino de la No Sujeción.
- **Informe del cumplimiento del Libera-Care Químico:** Detallar especialmente las acciones que el centro ha llevado a cabo en el cumplimiento de los 9 Criterios LCQ.
- **Protocolo de Sujeciones** aunque el centro no las utilice.

Documento presentado a la **Unidad Coordinadora de Personas con Discapacidad y Mayores de la Fiscalía General del Estado** en las *Jornadas Especialistas de Personas con Discapacidad y Mayores* celebradas en Toledo el 5 y 6 de octubre de 2023.