

Conflictos de valores en el tratamiento
de un paciente con diagnóstico de autismo.

Adrián Camilo Restrepo Meléndez

Departamento de Bioética, Universidad El Bosque

Tutor teórico: Boris Pinto Bustamante

Tutor metodológico: Hernando Clavijo Montoya

Maestría en Bioética

Bogotá D.C

2021

Resumen.

La contención mecánica es un método ampliamente utilizado en servicios de salud mental, que se debe usar como último recurso cuando otras intervenciones no han sido efectivas en pacientes en estado de agitación psicomotora y conductas hetero y autolesivas. Dicha práctica muchas veces suele ser coercitiva o agresiva, y es realizada en pacientes que, en muchos casos, resulta difícil la evaluación de su competencia para la toma de decisiones; como por ejemplo los pacientes con Trastorno del Espectro Autista (TEA), quienes son especialmente susceptibles a que su autonomía y su dignidad sean vulnerados frente a estas situaciones. Esto genera conflictos de valores que se deben resolver. Por tal razón, en este ensayo interpretativo caso tipo se utiliza el método deliberativo de Diego Gracia, pertinente para resolver una situación en la que la dignidad y la autonomía de un paciente con TEA pueden verse vulnerados, con el fin de que sean llevadas a cabo acciones terapéuticas que favorezcan al paciente con TEA, a su familiar y el desempeño de los equipos de salud que se ven involucrados. Los cursos de acción obtenidos se convierten en una propuesta para el mejoramiento en la toma de decisiones éticas frente a conflictos de valores bioéticos presentes en el cuidado y tratamiento de pacientes con TEA.

Palabras clave: Trastorno del espectro autista, contención mecánica, conflicto de valores, dignidad.

Introducción

La idea del presente trabajo surge como una respuesta a diferentes cuestionamientos e interrogantes que emergen durante la práctica profesional de enfermería en psiquiatría, situaciones que se presentan con pacientes con trastorno del espectro autista (TEA) durante la atención de episodios agudos de agitación psicomotora, en donde se debe llevar a cabo un tratamiento prioritario que acaba finalmente en contenciones mecánicas o físicas, realizadas en su mayoría por el personal de enfermería.

Este enfoque médico al paciente con TEA podría llegar a ocasionar otras circunstancias como el aislamiento del paciente con su exterior y su cotidianidad, la separación prolongada de sus familiares, el aumento de conductas hetero agresivas y autolesivas de parte del paciente, así como conflictos morales en el personal de enfermería.

Durante este proceso surgen emociones encontradas entre los profesionales de enfermería: Por un lado, hay un sentimiento de rechazo al uso de las contenciones físicas, pero a su vez se consideran necesarias para evitar otras complicaciones.

Debido a que es el personal de enfermería es el encargado de prestar los cuidados por lo que mantiene mayor interacción con el paciente, desde el punto de vista moral y ético, son ellos mismos los que deben ejercer una reflexión sobre la práctica que están llevando a cabo con una persona con TEA bajo estas condiciones.

Dada la urgencia de los pacientes con TEA, del gremio de salud y de los familiares por encontrar posibles soluciones óptimas, idóneas y dignas para contribuir en la disminución de ese estrés emocional y físico causado por el cuidado mismo de la persona con TEA, en este ensayo interpretativo a través de este estudio de caso se emplea el método deliberativo de Diego Gracia, por medio del cual se quiere revisar, reflexionar y analizar los posibles cursos de acción ante el

cuidado de un paciente con TEA, teniendo en cuenta la dignidad y autonomía del paciente, así como el proceder médico y de enfermería, el interés de los familiares y el bien común.

Dado lo anterior nace la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los conflictos de valores y posibles cursos de acción en el tratamiento de un paciente con trastornos del espectro autista y agitación psicomotora en un hospital psiquiátrico de la Región de Baja Sajonia de Alemania.

Para dar respuesta a esta pregunta debemos primero identificar los conflictos de valores que se presentan en el estudio de caso utilizando el método deliberativo de Diego Gracia, para así, poder proseguir a analizar los posibles cursos de acción para el personal de salud y de enfermería, el paciente y la familia frente a dichos conflictos de valores y, finalmente, poder recomendar desde la perspectiva de Diego Gracia el curso intermedio óptimo de acción sobre las intervenciones terapéuticas al personal de salud y de enfermería, la familia y el paciente con TEA.

Paciente con TEA y los retos en sus cuidados.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) explica que los TEA son un grupo de afecciones caracterizadas por alteraciones en la comunicación, el lenguaje y el comportamiento social y, a su vez, por un repertorio de intereses y actividades restringidas, estereotipadas y repetitivas.

Hervás y Rueda (2018) afirman que las personas con TEA presentan alteraciones en el neurodesarrollo las cuales comienzan en edades precoces y que persisten en mayor o menor grado a lo largo de su vida. A su vez las personas con TEA frecuentemente manifiestan comorbilidades asociadas a trastornos de la conducta, evidenciadas en comportamientos agresivos, agitación psicomotriz, negativismo ante órdenes o demandas, autolesiones y ruptura de las normas sociales.

Siendo común que la persona con TEA presente agitación psicomotriz, Rubina (2019) la define como:

un síndrome caracterizado por un aumento significativo de la actividad motora, que puede oscilar desde una ligera inquietud hasta una verdadera tempestad de movimientos; más una alteración de la esfera emocional, que puede tener la tonalidad de ansiedad severa, pánico, cólera, euforia y tensión interna difícil de controlar, es necesario tener en cuenta el riesgo que suponen estos pacientes para su entorno familiar, el personal que lo atiende e incluso su propia vida. (p. 4).

Hervás y Rueda (2018) también advierten que los problemas de conducta incrementan el riesgo de experimentar en el hogar hostilidad verbal y física, un mayor aislamiento en casa, así como un trato coercitivo con sujeción física en servicios especializados de psiquiatría. Esta contención es una práctica utilizada en distintos tipos de hospitalización (Urgencias, Medicina interna, Psiquiatría, Unidad de cuidados intensivos y Geriatría), siempre buscando proteger la

integridad física del paciente y de quienes lo cuidan (Campo y Campo, 2017). Los cuidados de enfermería brindados a la persona con agitación psicomotriz que requiera como tratamiento la contención o inmovilización mecánica en el ámbito hospitalario debe garantizar el respeto a su dignidad personal y sus derechos (Campo y Campo, 2017). Además, debido a que la familia debe convivir con estos episodios de agresividad, incrementa en ellos el estrés emocional y físico, y la percepción de abandono institucional por la falta de servicios y apoyo recibido.

Un estudio realizado por Ardila (2018) concluye que la contención mecánica en el paciente con enfermedad mental es un método que genera problemas éticos para el profesional de enfermería, ya que este es quien se encuentra en contacto directo con el paciente y quien debe realizar el procedimiento.

Por lo tanto, resulta de vital importancia que las intervenciones dirigidas a las personas con TEA y otros trastornos del desarrollo se acompañen con medidas que actúen sobre sus entornos físicos, sociales y actitudinales para que estos sean más accesibles, inclusivos y compasivos (OMS, 2021).

La Sociedad Europea de Psiquiatría Infantil y del Adolescente (ESCA, 2020) señala que en la mayoría de países, incluidos los de ingresos elevados, la mayoría de las intervenciones son realizadas por personas no especializadas, por lo que los padres y los profesionales quedan cortos de herramientas y opciones, dejando así a los médicos y profesionales de salud que intervienen en los procesos de cuidado y terapia con niños mayores, adolescentes o adultos, con muy pocos concejos prácticos sobre la mejor manera de evaluar, asesorar o intervenir a sus pacientes.

Si bien no existe una fórmula única frente al uso o no de las medidas restrictivas como el aislamiento y la contención mecánica, puesto que el cuidado debe ser individualizado, integral y holístico (Ardila, 2018), considero que generar posibles estrategias o cursos de acción frente al

cuidado y tratamiento de un paciente con TEA quien manifiesta regularmente agitación psicomotora, serviría como apoyo práctico en la toma de decisiones éticas para los familiares, el paciente y los profesionales de salud y así contribuir a disminuir esa carga emocional y moral que conlleva el cuidado de personas con TEA.

Conflicto de valores.

Según Ortega en el libro Fundamentos de Bioética de Diego Gracia,

Los valores son un linaje peculiar de objetos irreales que residen en los objetos reales o cosas, como cualidades *sui generis*. No se ven con los ojos, como los colores, ni si quiera se entienden, como los números y los conceptos. La belleza de una estatua, la justicia de un acto, la gracia de un perfil femenino no son cosas que quepa entender o no entender. Solo cabe “sentirlas”, y mejor, estimarlas o desestimarlas. El estimar es una función psíquica real- como el ver, como el entender- en que los valores se nos hacen patentes. Y viceversa, los del mismo modo que la igualdad o la diferencia solo existen para seres capaces de comparar. En este sentido, y solo en este sentido, puede hablarse de cierta subjetividad en el valor. (Gracia, 2007, p.361)

La axiología formal es una disciplina apriorística y analítica, consta de principios similares a los de identidad y contradicción, como es el de que los valores son positivos o negativos, o también, como plantea Brentano, en estos cuatro axiomas:

La existencia de un valor positivo es, en sí misma, un valor positivo; la existencia de un valor negativo es, en sí mismo, un valor negativo; y la inexistencia de un valor positivo es, en sí misma, un valor negativo; y la inexistencia de un valor negativo es, en sí misma, un valor positivo. (Gracia, 2008, p. 124).

Max Scheler (como se citó en Gracia, 2007) nos dice que los valores se nos presentan *a priori* de un cierto orden jerárquico, en virtud de la cual un valor es más alto o bajo, es decir, superior o inferior a otro. Este acto de captación de rango de un valor se sucede mediante un acto llamado preferencia. En otras palabras, no se trata de tender, ni de elegir o querer, sino de *preferir*. El preferir es apriorístico, por lo cual decimos, por ejemplo, *prefiero la rosa al clavel*, sin pensar en una elección que es empírica. Así Scheler (como citó en Gracia, 2007) describe en su obra *El formalismo en la ética y la ética material* cuatro distintos tipos de valores:

- Los valores sensibles: Por sí mismos (agradable, desagradable); por referencia (útil, inútil).
- Los valores vitales: Noble- vulgar; sano- enfermo; enérgico- inerte; fuerte- débil.
- Valores espirituales: Estéticos (bello- feo); éticos (justo- injusto); noéticos (conocimiento- error).
- Valores religiosos: Santo- profano.

Según Trilla (1995), un conflicto entre valores aparece cuando ante un objeto, persona o situación determinado existen distintas opciones que tratan de fundamentarse mediante referencias axiológicas diferentes. Los conflictos de valores no los entendemos en abstracto, sino referidos a objetos determinados. Así, dados dos valores en conflicto mutuo, es posible que el uno sea más valioso para determinados individuos y grupos humanos, que para otros.

González (1982), dice que: “en caso de darse un conflicto de valores, deben de manifestarse contradicciones. Es decir, en la medida en que es contrario a un valor hacer una determinada acción, en esa medida no es valioso hacerla; pero, si hay conflicto de valores, entonces es que hay alguna acción que es, a la vez, valiosa y contraria a algún valor” (p. 137).

Max Weber (como citó en Gracia, 2008) no solo afirma la intrínseca conflictividad entre los valores, sino también la imposibilidad de dirimir esos conflictos de modo estrictamente racional. Por lo que dice que la función del método no es dirimir las contiendas entre visiones del mundo, lo que el método aporta no es otra cosa que claridad y sentido de responsabilidad.

Método deliberativo de Diego Gracia.

Según Feito Grande et al. (2013) en su artículo Fundamentos de Bioética de Diego Gracia, Dialogo Bioético, el método propuesto por Diego Gracia toma la forma de un principialismo jerarquizado: teniendo en cuenta la necesidad de observar, por una parte, una serie de principios que sirven de salvaguarda de valores importantes, que recogen, además, buena parte de las tradiciones que han animado y dotado de sentido la ética médica a lo largo de la historia y, por otra, de resolver los conflictos que se plantean en la realidad.

Según Feito (2013) los principios son concebidos como un punto de partida que debe interpretarse después en el contexto de su aplicación. En el caso del principialismo de Beauchamp y Childress es necesario sopesar las demandas de cada uno de los principios, y será el contexto el que determine qué principio debe prevalecer, porque entre estos principios no es posible establecer ninguna jerarquía, son todos ellos del mismo nivel. De ahí que su método sea la combinación de unos principios abstractos con unas reglas de mediación que servirán como estrategia práctica. A ello añaden que el acuerdo sobre los principios no asegura el acuerdo respecto al alcance de su aplicación. De ahí que, a pesar de mantener los mismos principios, pueda existir desacuerdo a la hora de determinar obligaciones morales, por ejemplo, acerca de a qué o a quién debemos tales obligaciones. Esto es precisamente lo que lleva a Diego Gracia a proponer una modificación en el esquema de los cuatro principios. Para la perspectiva europea, el esquema de Beauchamp y

Childress resulta poco aceptable, porque vuelve a caer en el casuismo: a pesar de la presencia de unos principios obligatorios, en el caso de un conflicto serán las circunstancias las que deban decidir en cada caso, pudiendo haber desacuerdo en la definición de lo que resulte correcto en cada ocasión.

Diego Gracia (2008) propone que el razonamiento moral, el cual se establece a partir de llevar a cabo un proceso de deliberación, consta de tres niveles: el primero es el sistema de referencia moral o canon de moralidad a partir del cual deben contrastarse los hechos. En este se debe afirmar que todo ser humano es persona y por lo tanto tiene dignidad y no precio. En ese mismo sentido, habría que aceptar el precepto de que todas las personas son iguales y merecen la misma consideración y respeto. Un segundo nivel se enfoca en definir y establecer los esbozos morales en forma de valores y principios éticos (autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia), para los cuales, Gracia establece un marco crítico. El tercer nivel del razonamiento moral es el análisis de las circunstancias y consecuencias del acto concreto, que en último término desembocan en la definición de un deber moral, así como de un deber legal.

Trastorno del espectro autista.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) define los trastornos del espectro autista (TEA) como un grupo de afecciones caracterizadas por algún grado de alteración del comportamiento social, la comunicación y el lenguaje, y por un repertorio de intereses y actividades restringido, estereotipado y repetitivo.

En los criterios diagnósticos de la OMS (2021) hacen una distinción entre autismo de la primera infancia, síndrome de Asperger y autismo atípico. En la práctica, sin embargo, cada vez es más difícil diferenciar, a medida que se diagnostican formas cada vez más leves de los trastornos

individuales. Por lo tanto, el término *trastorno del espectro autista* (TEA) se utiliza a menudo en la actualidad como un término genérico para todo el espectro de trastornos autistas.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) deja claro que el autismo se incluye dentro del terreno de los Trastornos del neurodesarrollo. Estos son un grupo de afecciones, generalmente evidentes en los primeros años de vida, que se caracterizan por carencias específicas del desarrollo del funcionamiento cognitivo, psicológico, comunicativo, social, adaptativo y/o motriz. La clasificación también incluye discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual), trastornos de la comunicación, trastorno de atención/hiperactividad, trastornos específicos del aprendizaje y trastornos motores (DSM-5, 2013).

Factores de riesgo para la agresión de niños con TEA.

Los niños con TEA que tienden a tener comportamientos ritualistas o repetitivos con frecuencia presentan conductas agresivas, así mismo la capacidad del lenguaje, el coeficiente intelectual y el funcionamiento adaptativo han sido relacionados como predictores del comportamiento agresivo en TEA (Fitzpatrick et. al., 2016).

Las conductas agresivas en niños con TEA están claramente relacionadas con resultados negativos en el ámbito de las relaciones sociales, el uso de la intervención física y mayor riesgo a ser victimizados (Dagnan y Weston, 2006). Incluso los comportamientos agresivos pueden contribuir al agotamiento de los cuidadores de los jóvenes con TEA, puesto que incluye aumento de los niveles de estrés, problemas financieros, falta de servicios de apoyo e impacto negativo de la vida familiar diaria (Fitzpatrick et. al., 2016).

Contención o restricción mecánica.

Según la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención Integral a las Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias (2010) la contención mecánica es “un acto sanitario que persigue la restricción física o control mediante cualquier mecanismo, material o equipo, atado al cuerpo o muy cerca de él, que el médico puede controlar o retirar con facilidad, y que impide al paciente, o está pensado para que le impida, el libre movimiento y/o el acceso normal a su propio cuerpo” (p. 274).

La restricción es un método que se utiliza generalmente en los pacientes que padecen de una enfermedad mental y según la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención Integral a las Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias (2010), el tratamiento que hay que seguir ante cuadros de agitación psicomotriz/agresividad en personas con demencia debe iniciarse con medidas de disuasión verbal y modificaciones en el entorno. Si no son suficientes, se utilizarán fármacos y solo, de forma extraordinaria, se usarán medidas de contención mecánica.

Los procedimientos de restricción mecánica siempre deben estar precedidos por intervenciones terapéuticas menos restrictivas que busquen disminuir la escalada de violencia; como acercamiento verbal, medicación voluntaria (oral) y demostración de fuerza (presencia de personal). Si estas estrategias fallan se debe evaluar la necesidad de restricción mecánica como último recurso (Guevara et. al., 2004). Así, se deben establecer prioridades de tratamiento evitando el uso de estrategias que resulten ser más lesivas para el paciente que su propia enfermedad, recordando que existen diversos tipos de contención y guías internacionales que contienen recomendaciones que adaptadas al contexto son de gran utilidad para llegar a indicar manejos asertivos (López, 2017).

A su vez las contraindicaciones para los procedimientos de restricción son: condiciones que pueden ser exacerbadas por disminución de estímulos, como sustituto del tratamiento, como

castigo, como respuesta a la negativa del paciente al tratamiento o a otras actividades, por conveniencia del personal de salud, uso en lugares donde esté prohibido por guías o protocolos previamente aceptados y aplicación de las medidas de restricción por personal sin entrenamiento (Guevara et. al., 2004).

Adicionalmente se cuentan algunas complicaciones médicas como obstrucción de la vía aérea, asfixia, broncoaspiración, rabdomiólisis, trombosis venosa profunda, úlceras de presión, úlceras en sitios donde se aplicaron las restricciones y muerte del paciente, así como también efectos psicológicos deletéreos y complicaciones medicolegales (Guevara et. al., 2004).

Ardila (2018) 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.

Como afirma Pinto (2012) “siempre se debe procurar la alternativa menos restrictiva de las libertades fundamentales, dentro de lo cual se consideran otras modalidades como la internación parcial, la internación ambulatoria y los modelos comunitarios de atención en salud mental” (p.62).

Sastre y Campaña (2014) proponen, que siempre que se aplique este método se deben tener en cuenta los principios éticos de no maleficencia, justicia, beneficencia y autonomía; y especial cuidado con la intimidad y vulnerabilidad de la persona.

Tratamiento.

En los últimos años se constata un aumento significativo del número de ensayos controlados aleatorios (ECA), en particular para los niños muy pequeños. Actualmente hay pruebas sólidas de la eficacia, de la intervención temprana en niños con TEA y en algunos casos

de los efectos a largo plazo de las intervenciones que se centran en las interacciones tempranas entre padres e hijos (Hervás et. al., 2020). También hay pruebas de que las intervenciones en países de alta renta se pueden adaptar para satisfacer las necesidades de personas de otras culturas y entornos más desfavorecidos económicamente (Divan et. al., 2018). No obstante, el alcance de los ECA sigue siendo limitado en lo que respecta a la gama de intervenciones ensayadas y a la edad y las características de los participantes, y el número de ensayos en los países de bajos recursos también sigue siendo muy pequeño. Además, no hay una sola intervención que funcione para todos.

En la última guía práctica presentada por la ESCAP (2020) señalan que, en la mayoría de los países, incluidos los de alta renta, la mayoría de las intervenciones son realizadas por personas no especializadas, por lo que los padres y los profesionales no tienen "más opciones que lo que esté disponible y se ofrezca en su región". Esto deja a los médicos, enfermeros y demás personal de salud, en particular a los que trabajan con niños mayores, adolescentes o adultos, con muy pocos consejos prácticos sobre la mejor manera de evaluar, asesorar o intervenir con sus pacientes o usuarios.

Tratamiento psicoterapéutico.

A pesar de las diversas alegaciones de tratamientos "milagro" para el autismo, no hay intervenciones específicas que puedan ser recomendadas para todos los individuos. Según la ESCAP (2020), hasta la fecha, las pruebas más sólidas provienen de los ensayos a gran escala, aleatorios y controlados, de intervenciones centradas en las interacciones tempranas entre padres e hijos. Sin embargo, la mayoría de estos ensayos se han realizado en niños muy pequeños y la evidencia para intervenciones en niños mayores, adolescentes y especialmente adultos es limitada.

No obstante, la guía ESCAP (2020) sugiere evidencia de diversas terapias con enfoques generales que pueden ser útiles para los menores y sus familiares:

- Terapias de comunicación social basadas en el desarrollo: diseñadas para facilitar la comunicación social entre los niños muy pequeños y sus padres. El enfoque principal se basa en la sincronización entre adultos y niños, de manera que los padres aprendan a responder a las señales de comunicación de sus hijos y fomentar la comunicación espontánea; creando oportunidades para la atención compartida, la iniciación social del niño y el juego espontáneo.
- Intervenciones basadas en el análisis conductual aplicado: los programas basados en los principios del Análisis Conductual Aplicado (ABA) se han utilizado ampliamente en recursos educativos y otros entornos para personas con autismo. Las estrategias básicas ABA (refuerzo, modelado, incitación, aproximación parcial para aumentar las habilidades, etc.) han sido aplicadas de manera individual y en grupos pequeños; resultando en un cambio conductual positivo.
- Intervenciones conductuales naturales orientadas al desarrollo: indican el valor potencial de las intervenciones basadas en estrategias conductuales que, si bien están dirigidas en gran medida a los adultos, hacen hincapié en la importancia del aprendizaje individual y natural.

La ESCAP (2020) también sugiere programas enfocados en los padres para el manejo del comportamiento del niño o niña con TEA. Sin embargo, generalmente la intensidad y los costos de muchos programas conductuales, tanto en el hogar como en las clínicas, hacen que las demandas financieras o de tiempo estén muy por encima de los medios de la mayoría de las familias y de los servicios públicos. No obstante, es posible proporcionar a las familias un asesoramiento, basado

en la evidencia, sobre el manejo del comportamiento, con un coste mucho menor. Los grupos psicoeducativos para padres de niños recién diagnosticados se ofrecen ahora de forma rutinaria en muchos centros de atención a la infancia y la adolescencia, y su objetivo es la mejora de la comprensión de los padres sobre el autismo, cómo fomentar habilidades sociales y comunicativas y cómo gestionar comportamientos "difíciles" como rituales, rabietas y/o agresividad, miedos y fobias, y/o problemas con la alimentación, dormir y el control de esfínteres.

Los programas de habilidades sociales también son ampliamente recomendados; estos se utilizan ampliamente en escuelas y en clínicas para niños con autismo. Pueden implicar una amplia variedad de estrategias diferentes, incluyendo grupos de socialización, programas de computadoras, estrategias cognitivo-conductuales y apoyo del resto del alumnado.

Por supuesto las terapias del habla y del lenguaje, buscan mejorar la comprensión y la comunicación espontánea, siendo estas durante mucho tiempo una parte integral de la educación de los niños con TEA.

Tratamiento Farmacológico.

Los problemas emocionales y del comportamiento son bastante comunes en el TEA y se puede considerar la posibilidad de utilizar medicamentos, en especial cuando las modificaciones del entorno o las intervenciones psicosociales resultan ineficaces. Sin embargo, dadas las dificultades de diagnóstico, la falta de pruebas de laboratorio para el autismo y la respuesta muy a menudo impredecible de las personas con autismo a los medicamentos, es importante que estos se receten de manera individualizada y de modo experimental. Cada medicamento debe iniciarse con una dosis baja y la duración del tratamiento ha de ser adaptada individualmente; dependiendo de la afección coexistente, del propio paciente y de la respuesta obtenida. Además, cualquiera que sea

el fármaco que se administre, es esencial que sus posibles beneficios compensen el riesgo de efectos adversos.

En Estados Unidos, la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) aprobó dos fármacos, risperidona (FDA 2011) y abilify (2016) para la agitación e irritabilidad en el autismo. Es necesario vigilar sistemáticamente la receta de estos dos medicamentos; y, en el caso de la risperidona en particular, deben vigilarse cuidadosamente los efectos secundarios metabólicos. En Europa, la Agencia Europea de Medicamentos (EMA,2017) aprobó el haloperidol para la agresividad grave y persistente en niños y adolescentes con autismo, cuando otros tratamientos han fallado o generan efectos colaterales inaceptables. Este medicamento también debe utilizarse con gran precaución, debido al riesgo de efectos adversos discinéticos. Recientemente, se ha aprobado también en Europa un fármaco de melatonina de liberación prolongada para el tratamiento del insomnio en el autismo (después de que otras medidas psicosociales hayan resultado ineficaces) (EMA, 2018).

Método deliberativo de Diego Gracia.

Según un estudio realizado por Fugger et. al (2018), en los últimos años, se ha evidenciado el aumento del uso de la contención mecánica o del aislamiento, y de la medicación forzada en el contexto del tratamiento psiquiátrico. En Alemania estas medidas, si bien son reguladas, también se presentan con frecuencia en los servicios de psiquiatría y salud mental. Por tal motivo en este caso tipo elaborado por el autor para fines académicos, (totalmente ficticio, así como los personajes involucrados) se realizará un análisis a profundidad para resolver los conflictos éticos presentados durante la contención física de un paciente con TEA y sus posibles cursos de acción en un hospital psiquiátrico de la región de Baja Sajonia en Alemania.

Descripción y análisis de los hechos.

Johannes es un paciente masculino de 18 años de 1,85 metros de altura y 105 Kg de peso, quien ingresa inmovilizado en compañía del personal médico de la ambulancia, al servicio cerrado de pacientes psiquiátricos agudos en una institución de salud mental en la región de Baja Sajonia, por presentar un episodio de agitación psicomotriz en su hogar. El paciente es llevado a la habitación y es inmovilizado en 5 puntos recibiendo además una dosis de Ciatyl 50 mg vía intramuscular. Al cabo de un rato el paciente se duerme debido a la medicación.

Con diagnóstico de TEA, quien ya ha tenido en reiteradas ocasiones episodios de agitación psicomotora en el hogar manifestada en conductas hetero y autoagresivas. Los padres de origen indio, manifiestan que el manejo en casa ha sido demasiado complejo y que ya no pueden manejarlo por su cuenta. Pues este actualmente es mucho más grande que ellos y tiene mucha más fuerza que no puede controlar.

Pese a que el joven creció en Alemania, un país que cuenta con amplios recursos, nunca accedió a programas escolares o de asistencia médica para jóvenes con sus necesidades. Los padres no recibieron asesoría para su manejo, por lo que lo criaron como ellos creyeron era la mejor manera.

El paciente pasa mucho tiempo inmovilizado, debido a que agrede recurrentemente al personal de salud y a otros pacientes. Siempre mediante la activación de alarma, la cual se le hace llamado a personal médico y de enfermería de otros servicios para prestar apoyo y poder inmovilizarlo, puesto que el paciente tiene mucha fuerza y por su altura y peso, la contención mecánica incluso entre cinco personas se hace dificultosa.

La comunicación con Johannes es poco fructífera, puesto que el joven es incapaz de comunicarse verbalmente, solo puede comunicarse mediante señas (comunicación no verbal) que a su vez no proporcionan mucha información de lo que él quiere comunicar, como por ejemplo al señalar un vaso con agua, a lo que el personal de enfermería debe intuir que desea beber agua, pero al entregársela, él la arroja al personal de salud, a las paredes o al suelo.

Acepta solo alimentos proporcionados por el padre quien le lleva cada día la misma comida, la cual consiste en arroz y carne o arroz y pescado. Las comidas son acompañadas con bebidas azucaradas y chocolates. El padre dice que generalmente cuando Johannes está agitado, lo intenta calmar con dulces, y cuando hace cosas bien también lo intenta premiar con los mismos.

Johannes rechaza los alimentos y las bebidas administrados por el personal de enfermería, presenta intervalos en donde grita y llora por largos periodos y otros en donde duerme por largo tiempo. Pese a que acepta la medicación sin mayor dificultad esta no parece surgir mayor efecto, siendo tratado con Risperidona 1 mg mañanas y tarde, Pipamperon 40 mg mañanas, medio días y tardes, Diazepam 5 mg mañanas, tardes y noches, Sirvastatina 20 mg tardes. Para la prevención de trombosis venosa profunda se aplica Fragmin 5000 UI subcutánea en caso de que este inmovilizado.

El padre comenta al personal de enfermería que ya ha tenido que renovar el apartamento tres veces, ha comprado cuatro televisores, ha tenido dos accidentes en auto, no graves, debido a los comportamientos agresivos de Johannes, su madre y su hermano menor le tienen miedo y no quieren volver a vivir con él, por lo que la madre exige que sea internado en un centro para jóvenes autistas. El padre también dice que es probable que su hijo tenga algún déficit cognitivo, sin embargo, al haber sido poco valorado por expertos y por la estrecha crianza en casa, no lo tiene claro.

Siendo este un caso tan grave y complejo la estancia del paciente se ha visto prolongada por ya más de 3 semanas, en las que el personal de enfermería refiere que se siente realmente cansado con una carga laboral y emocional significativa a raíz del paciente, se cuestionan si la inmovilización es un método efectivo para un paciente como Johannes, quien denota desespero, tristeza y llanto al estar inmovilizado. El psiquiatra dice y admite que no es un experto en el manejo de pacientes autistas y debe en el mejor de los casos ser visto por uno, que sepa mejor sobre el tema, pero que en un servicio de unidad aguda de salud mental no es el espacio óptimo para ello.

Desde trabajo social comunican que no es posible encontrar un centro que lo reciba debido a que el paciente es demasiado agresivo y debido a su corporalidad es demasiado peligroso para el personal y otros. El médico psiquiatra refiere que desde la parte médica no se puede hacer mucho, más allá de un manejo farmacológico se debe llevar a cabo un manejo conductual y los padres deben aprender a manejar esta situación, ya que el paciente no puede estar por siempre en la institución psiquiátrica.

El personal de enfermería siente que, aunque así son las reglas y hacen lo que está a su alcance, quisieran poder dar mejores opciones al paciente y a sus familiares, así como proporcionar un mejor cuidado que el actualmente dispuesto. Algunos comienzan a presentar poca empatía e incluso rechazo hacia al paciente por la carga laboral y emocional que este genera; el personal de enfermería percibe la continua inmovilización del paciente como un acto inhumano, pero, dadas las dificultades para controlar la conducta agresiva de Johannes, no ven otra opción. Esta situación ha generado una importante carga moral y laboral para los trabajadores, lo que se refleja, entre otras consecuencias, en un incremento del ausentismo laboral por incapacidad. La falta de personal de enfermería ocasiona que muchas veces se pase por alto la atención a las necesidades básicas del paciente, como la bebida o el ir al baño. El personal de enfermería percibe que el paciente se ha

vuelto mucho más agresivo con el pasar del tiempo, grita con más frecuencia y se irrita con mayor facilidad. Estando este tranquilo únicamente durante las visitas de los padres.

Ya pasada dos semanas los padres refieren que para la comunicación en casa utilizan un Ipad Talker, un dispositivo con distintas imágenes con las que Johannes puede comunicarse mucho mejor con simplemente oprimir una imagen. Al presentarle el dispositivo a Johannes este lo usa con total familiaridad expresando mediante el Ipad Talker: “Agua”, “mama”, “papa”, “Lucas”, “Galletas”. El personal de enfermería lo interpreta como que el paciente quiere volver a su hogar o extraña a su familia.

Al completar tres semanas de hospitalización, el paciente continua irritable e incluso más agresivo, gran parte del tiempo inmovilizado y la familia con la negativa de no llevárselo a casa.

1. Consideraciones bioéticas

Para la identificación de los problemas bioéticos se deben revisar los siguientes ocho aspectos en el paciente:

1. El desconocimiento de los padres en la crianza y tratamiento de un paciente con TEA.
2. El paciente pasa mucho tiempo inmovilizado, siendo así que podría atentar contra sus derechos humanos y generar otras complicaciones médicas.
3. El posible déficit cognitivo del paciente, que aún no ha sido diagnosticado con rigurosidad, no da cuenta del grado de comprensión del paciente sobre la situación y el tratamiento.
4. Una comunicación deficiente entre el paciente, la familia y el personal de salud que afecta la toma de decisiones y pasos a seguir para el tratamiento.

5. El miedo que el paciente genera a la madre y a su hermano por las conductas hetero agresivas y los episodios de agitación psicomotora, siendo que estos ya no quieren volver a convivir con él.

6. La falta de personal de enfermería en la institución da cuenta de la carga laboral, afectando los correctos cuidados de enfermería a brindar.

7. La inexperiencia de los profesionales de la salud en el tratamiento y cuidado de un paciente con TEA.

8. La poca empatía del personal de salud al no atender los sentimientos y sufrimiento del paciente en posición de vulnerabilidad.

2. Identificar Valores o Principios en Conflicto

Una vez presentado los hechos, se deben identificar los valores o principios en conflicto, los cuales se examinan a continuación:

1. Autonomía y Vulnerabilidad: Johannes es un paciente de 18 años con TEA diagnosticado y con un posible déficit cognitivo. Debido al desconocimiento de la familia y al poco apoyo de los servicios de salud no ha recibido un acompañamiento temprano psicoterapéutico por parte de expertos, para un adecuado crecimiento conductual. Debido a una inadecuada dieta alimenticia se encuentra en sobrepeso (30,6) según su índice de masa corporal. Ha permanecido hasta 3 semanas hospitalizado en una institución psiquiátrica generalmente inmovilizado en 5 o 3 puntos durante su estancia, por presentar constantemente conductas heteroagresivas y autoagresivas. Como afirma Späth y Jongsma (2019) muchos jóvenes autistas se ven obstaculizados para ser autónomos debido a suposiciones no reflejadas sobre su autodeterminación, por acciones paternalistas o a injerencias injustificadas, como puede ser el caso en cuestión.

2. Dignidad: Johannes se le debe reconocer como una persona merecedora de respeto, y no por padecer una enfermedad de salud mental, sino por el simple hecho de ser un ser humano.

Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros. (Artículo 1 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948).

Torralba (2000) afirma que la dignidad:

es un atributo o característica que se predica universalmente de la persona humana. Decir de una realidad que es digna o que tiene dignidad significa, a priori, reconocerla como superior a otra realidad e implica, por consiguiente, un trato de respeto. El respeto y la dignidad son conceptos mutuamente correlacionados. La dignidad conlleva el respeto y el respeto es el sentimiento adecuado frente a una realidad digna como la persona (p.4).

Frente al caso expuesto se ve violentada gravemente la dignidad de Johannes siendo este sometido reiteradamente y por largos periodos de tiempo a un procedimiento que debe ser utilizado únicamente frente a situaciones de episodios agudos. La privación de su libertad y el aislamiento de su entorno familiar limitan el respeto y la preservación de la dignidad que como persona a priori ya Johannes tiene.

3. Conflicto de valores: Si bien se le debe respetar la autonomía y la dignidad del paciente, la no maleficencia, la integridad de terceras personas como el personal de salud y los familiares también ha estado en riesgo, por tal motivo el personal de salud se ha visto en la necesidad de realizar contenciones mecánicas reiteradas veces. Sin embargo, es de señalar que durante las visitas de los familiares el paciente se ha mostrado amigable y tranquilo, incluso estando junto con ellos sin inmovilización. Este es un tema que se debe resolver en conjunto

incluyendo al personal de salud tanto médico como de enfermería, a los familiares, y por supuesto, al paciente.

4. Deberes: cursos de acción.

Se encuentran cursos extremos de acción y un curso intermedio que se valorarán a continuación:

Cursos extremos de acción

1. Continuar con el manejo hospitalario y realizar las contenciones mecánicas las veces que lo amerite hasta que el paciente ceda y deje las conductas hetero y autoagresivas. Ignorando la autonomía y deseos del paciente, así como vulnerando la dignidad que como ser humano *a priori* tiene.

2. Darle del alta al paciente y que los padres se lo lleven nuevamente al hogar para que sea manejado únicamente por ellos, sin tener en cuenta los miedos, angustias y sentimientos de desamparo institucional.

Curso intermedio de acción

Realizar otro tipo de intervención a Johannes en el hogar de tipo psicoterapéutico en donde los padres además tendrán un acompañamiento de expertos de manera ambulatoria (en la medida de lo posible), respetando así su autonomía y dignidad, garantizando la no vulnerabilidad de sus derechos humanos.

Educación con los padres: los padres cumplen un papel importante en la integración social del joven con TEA, solo así con la ayuda de la presencia familiar activa dará una mejor convivencia que permita mantener a la familia unida. Esto debido a que las conductas que presentan los niños con autismo son un factor disruptivo en el entorno familiar, y muchas veces constituyen la causa de la desintegración de los núcleos familiares. Por lo tanto, es importante la

información que se le brinde a los padres, el apoyo psicológico profesional de parte de expertos y la referencia a los servicios disponibles para el tratamiento de la persona con TEA y el apoyo a la familia.

Personal de enfermería: el seguimiento y abordaje que realiza el personal de enfermería debe ser de forma integral, en este caso Johannes presenta dificultad en el lenguaje verbal por lo tanto al no ser capaz de comunicar lo que le sucede, manifestara su inconformismo o molestia por medio de cambios de conductas. Se debe mantener la historia clínica correctamente documentada y actualizada, esto debido a las comorbilidades asociadas que puede presentar Johannes, como por ejemplo si presenta problemas en el control de esfínteres, problemas de la alimentación o seguimiento de posibles efectos secundarios a los medicamentos.

El abordaje debe realizarse de manera individualizada, de tal manera que el personal de enfermería pueda entablar una buena relación terapéutica, y es aquí en donde se debe recurrir a pequeñas, sutiles y efectivas adaptaciones para hacer la permanencia de Johannes en el hospital menos traumático, como por ejemplo saludarle de vez en cuando o preguntarle como esta, de esta manera Johannes podrá ir sintiéndose cada vez más cómodo con el espacio físico y con el personal de salud.

La importancia del personal de enfermería también radica en la relación que establece con la familia y con los demás miembros del equipo profesional involucrado. Por lo tanto, guiarse de las observaciones facilitadas por los familiares sirven de apoyo para poder intervenir de manera adecuada a Johannes y evitar en la medida de lo posible las contenciones mecánicas. Hernández (2018) sugiere: “el entrenamiento de los profesionales de enfermería, donde se desarrollen acciones o programas de sensibilización, orientación y formación continua que promuevan el

menor uso posible y adecuado de las sujeciones mecánicas como medida terapéutica, considerándolas siempre como último recurso” (p. 58).

Varios artículos recomiendan el uso de dispositivos visuales o electrónicos para una comunicación efectiva, un lenguaje sencillo y conciso. Por lo tanto, el personal de enfermería debe determinar junto con los padres las estrategias de comunicación más adecuadas para Johannes. Celia T, et. al. (2016) sugiere que en caso de la irrupción de conductas agresivas en pacientes con TEA contra si mismo o contra otros, se debe mostrar una actitud de paciencia y concederles el tiempo para que se calmen, se debe intentar reducir la estimulación ambiental y emplear distractores como por ejemplo los juguetes. También se alude a la disminución de intervenciones médicas innecesarias e invasivas, puesto resulta abrumadores para el paciente con TEA.

La educación alimentaria: es impartida sobre todo a raíz de los problemas alimentarios que son comunes en las personas con TEA, tales como la excesiva selectividad que muestran hacia los alimentos que comen (Chan J., et., al. 2013). En cuanto a esto, el papel del equipo de enfermería consiste en realizar un seguimiento de la dieta de Johannes y evaluar la conveniencia de realizar modificaciones en ella para mejorarla. Esta labor debe ir acompañada de un profesional experto en Nutrición, además se debe abarcar el control del peso y el crecimiento, en especial en aquellos tratados con risperidona, cuyo efecto adverso más común es la ganancia de peso. En el caso de que resulte preciso, también será el profesional de enfermería el que instaure las intervenciones individualizadas para controlar el peso. Una de ellas es la promoción de la actividad física, que debe llevarse a cabo teniendo presente el grado de capacidad que tenga el paciente.

En un estudio de revisión llamado realizado por Kral et. al (2013), detallan la tendencia de los niños con TEA a ser excesivamente selectivos con lo que comen. Sugieren que esta actividad se debe a una posible hipersensibilidad a las texturas, colores, olores o temperatura de los

alimentos, provocando rechazo en el niño, y, por consiguiente, comportamientos asociados. Finalmente, al generar dieta poco variadas corre el paciente con TEA de padecer de obesidad y déficits nutricionales con todos los problemas que esto conlleva. Proporcionar a las padres estrategias para el manejo de la alimentación, así como apoyo durante la implantación de las intervenciones en el hogar y recomendar la derivación a un nutricionista.

Educación Sexual: Para impartir una asertiva educación sexual, hay que tener presente que los adolescentes con TEA tienen el mismo desarrollo y las mismas necesidades sexuales que la población media, sin embargo, debido a las características de su trastorno (menor conciencia social o conductas obsesivas y repetitivas) tienen grandes dificultades para adaptarse a sus cambios corporales y a los impulsos sexuales que comienzan a experimentar. A partir de esto, se pueden presentar determinadas conductas inapropiadas como la exhibición pública, hablar de sexo en contextos inadecuados, el acoso o sobrepaso físico con otros y hasta la masturbación en público o compulsiva (Chan J, et., al. 2012).

Para prevenir estas situaciones, además de recomendar terapias de entrenamiento de la conducta social a los padres, se debe empezar a impartir educación sexual desde antes de la pubertad. En estas enseñanzas deben incluirse el tranquilizar, no solo al paciente, sino a sus padres respecto a la naturalidad de ciertos deseos o conductas sexuales, como la masturbación, sin olvidar dejar claro el momento y el lugar adecuados para la realización de estos. También son útiles las recomendaciones como mantenerse ocupado haciendo ejercicio o cualquier otra actividad como manera de manejar los deseos sexuales (Chan J, et., al. 2012). Las personas más adecuadas para proporcionar educación sexual a estos adolescentes son sus propios padres, siendo fundamental a su vez reciban asesoramiento al respecto y se les eduque en esta materia puesto que a menudo se sienten inseguros respecto a cómo hacerlo ellos solos (Chan J, et., al. 2012).

Durante la interacción hay que vigilar los signos de aparición de una conducta disruptiva, muchas veces atribuida a la frustración que les provoca no poder comunicarse. Una vez que surgen, resulta muy útil para el manejo saber qué estrategias llevan a cabo los padres/cuidadores para controlarlas, aunque hay directrices que deben seguirse como la de no intervenir físicamente a no ser que haya riesgo para el niño o para otros.

Discusión y conclusiones.

Se concluye que un tratamiento biopsicosocial y cultural, en donde se haga un análisis funcional de todos los componentes que intervienen en los problemas de conducta y la realización constante de un registro continuado de las mismas de manera objetiva, contribuiría al desarrollo óptimo conductual de los pacientes con TEA. De esta manera el respeto a la autonomía y la dignidad se verán preservada. Para poder llevar esto de una manera eficiente se necesita un acompañamiento continuo a la familia, para que pueda recibir asesoramiento constante y periódico, para poder llevar unas intervenciones precisas e individualizadas. La evidencia científica además ha sugerido que el tratamiento farmacológico no es efectivo para los síntomas nucleares del TEA, pero puede ayudar a atenuar síntomas como la irritabilidad y los trastornos del sueño.

La ESCAP (2020) sugiere que las intervenciones deben centrarse en estrategias para hacer que el entorno sea más "amistoso" para el joven con TEA y favorecer la comprensión de las muchas maneras en las que todos podemos apoyar la inclusión de los niños y adultos con autismo y sus familias. Esto requiere la contribución no sólo de la sanidad, la educación y los servicios sociales, sino también de todos los servicios comunitarios que son importantes para una buena calidad de vida.

Se recomienda también a el personal de enfermería presentar una postura hacia el joven con TEA humanizada, de empatía y escucha cualificada para determinar sus necesidades, así como considerar la inclusión en todo momento de la familia como una parte indispensable de su cuidado y tratamiento.

La evidencia ética suministrada por la metodología deliberativa de Diego Gracia para el análisis de problemas éticos en la clínica, da las pautas para llegar al curso de acción óptimo. Se demuestra que las psicoterapias para el paciente con TEA, respetan la regla deontológica al no elegir una opción que vulnere los principios de primer nivel como la justicia y la no maleficencia o ética de los mínimos, arrojando mejores consecuencias, en razón a que cumplen con los principios de dignidad, igualdad y respeto a los derechos humanos.

Las intervenciones de tipo psicoterapéutico no discriminan ni estigmatizan a Johannes, le brindan igualdad de oportunidades, no producen daños en su integridad física y emocional al poseer más beneficios que riesgos y mejorar su calidad de vida. El manejo debe ser integral e incluir al núcleo familiar de manera activa.

Referencias.

- Agencia Europea de Medicamentos:(2017). *Questions and answers on Haldol and associated names (haloperidol tablets, oral solutions and injectable solution)*
<https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/referrals/haldol-associated-names>
- Agencia Europea de Medicamentos. (2018). *Slenyto (melatonin) An overview of Slenyto and why it is authorised in the EU* .
<https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/slenyto>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Washington DC, Estados Unidos: A. A. de P. Arlington VA.
- Ardila, K. (2018). *Consideraciones éticas en la restricción de pacientes con trastorno mental*. [Tesis de Pregrado, Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A] Repositorio institucional U.D.C.A.
<https://repository.udca.edu.co/handle/11158/924>
- Barrera, O., Pedraza, E. (2010). Guía para la sujeción mecánica de pacientes hospitalizados en las unidades de cuidado intensivo de las Clínicas FCI y SHAI0. Bogotá, Colombia: Universidad de la Sabana.
- Campo, E. & Campo, Y. (2017). *Cuidados de enfermería al paciente con agitación psicomotriz. Contención o inmovilización*. (Documento de docencia N° 4). Ediciones Universidad Cooperativa de Colombia.
<https://repository.ucc.edu.co/handle/20.500.12494/20379>
- Celia, T. Freysteinson, W.W. y Frye, R.E. (2016). Concurrent Medical Conditions in Autism Spectrum Disorders. *Pediatr Nurs.* 42(5): 230-234.

Dagnan D., Weston, C. (2006). Physical intervention with people with intellectual disabilities: the influence of cognitive and emotional variables. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 19(2), 219–222.

<https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2005.00262.x>

Divan, G., Vajaratkar, V., Cardozo, P., Huzurbazar, S., Verma, M., Howarth, E., Emsley, E., Taylor, C., Patel, V. y Green., J. (2019). The Feasibility and Effectiveness of PASS Plus: a lay health worker delivered comprehensive intervention for Autism Spectrum Disorders: pilot RCT in a rural low and middle income country setting. *Autism Res* 12:328-339.

<https://doi.org/10.1002/aur.1978>

Food and Drug Administration (FDA) (2011): Statistical review and evaluation. Risperdal.

<https://www.fda.gov/media/84433/download>

Food and Drug Administration (FDA) (2016). Productos farmacéuticos aprobados por la FDA: Medikation Guide. Abilify.

<https://www.fda.gov/media/73102/download>

Fuentes J., Hervás A y Howlin P. (2020). Guía práctica para el autismo de ESCAP: resumen de las recomendaciones basadas en la evidencia para su diagnóstico y tratamiento. (Grupo de Trabajo de ESCAP para el Autismo) – *European Child & Adolescent Psychiatry*.

<https://doi.org/10.1007/s00787-020-01587-4>

Gracia D. Fundamentos de Bioética. Madrid: Eudema; 1989. 2ª ed. Madrid: Triacastela; 2007.

Guevara, C., Escobar, F.E. y Fontecha J. (2004). Restricción en pacientes agitados atendidos en unidades de cuidado médico primario. *Rev de La Facultad De Medicina*, 52 (3), 199-211.

https://www.academia.edu/27416910/Restricci%C3%B3n_en_pacientes_agitados_atendidos_en_unidades_de_cuidado_m%C3%A9dico_primario

Hernández, N. (2018). *La sujeción mecánica como medida terapéutica en el cuidado de enfermería de pacientes adultos con agitación psicomotora en unidades de cuidados intensivos* [Monografía para optar al título de especialista en enfermería en cuidado al adulto en estado crítico de salud, Universidad de Antioquia]. Repositorio institucional Universidad de Antioquia.

<http://hdl.handle.net/10495/11260>

Hervás, I., & Rueda I (2018). Alteraciones de conducta en los trastornos del espectro autista. *Rev Neurol*, 66 (1), 31-38.

DOI: <https://doi.org/10.33588/rn.66S01.2018031>

Hottois, G. (2011). *¿Qué es la bioética?* Fontamara.

Kral T.V., Eriksen W.T., y Souders M.C., Pinto-Martin J.A. (2013). Eating Behaviors, Diet Quality, and Gastrointestinal Symptoms in Children With Autism Spectrum Disorders: A Brief Review. *Journal of Pediatric Nursing*, 28, 548-556.

DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2013.01.008>

López, C. (2017). *Contención del paciente con enfermedad mental en urgencias: un desafío bioético en un ambiente de conflicto*. [Tesis de Maestría, Universidad El Bosque]

file:///C:/Users/ADRIAN/Downloads/L%C3%B3pez_Becerra_%20Claudia_Liliana_2017.pdf

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2021, 2 de abril). *Trastornos del espectro autista*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>

Pinto, B. (2012). Los sistemas de salud mental: del modelo asilar a la promoción de derechos fundamentales. Superintendencia Nacional de Salud. *Monitor Estratégico*, (2), 60–65.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/sistemas-salud-mental.pdf>

Rubina, M. V. (2019). “*Cuidados de enfermería en pacientes con agitación psicomotriz en el servicio de emergencia de salud mental del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins ESSALUD, Lima - 2019*”. [Especialidad en enfermería en salud mental, Universidad Nacional del Callao] Repositorio institucional digital.

<http://repositorio.unac.edu.pe/handle/UNAC/4110>

Trilla-Bernet, J. (1995). Educación y valores controvertidos. Elementos para un planteamiento normativo sobre la neutralidad en las instituciones educativas. *Revista Iberoamericana de Educación*. 7, 93-120.

<https://rieoei.org/historico/oeivirt/rie07a04.pdf>

