

# Comité de Ética de los Servicios Sociales de Cataluña



Documentos de reflexión



*Documento de reflexión sobre contenciones*



Generalitat de Catalunya  
**Departament de Benestar Social  
i Família**

Esta obra está sometida a una licencia Reconocimiento-No Comercial-Sin Obras Derivadas 3.0 de Creative Commons. Se permite la reproducción, distribución y comunicación pública siempre que se cite el autor o autores y el editor, y no se haga un uso comercial de la obra original ni se creen obras derivadas. La licencia completa se puede consultar en:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/legalcode.ca>



© Departamento de Bienestar Social y Familia  
Comité de Ética de los Servicios Sociales de Cataluña

Autoría de los textos:

Josep Bové, Xavier Cardona, Joan Rodríguez, Antonia Segura, Laura Vergés, Mercè Vidal

Maquetación:

DIXIT Centro de Documentación de Servicios Sociales

Fecha de revisión y traducción: Noviembre de 2015

© 2015, Generalitat de Catalunya  
Departamento de Bienestar Social y Familia  
Paseo de Taulat, 266-270  
08019 Barcelona

## ÍNDICE



<b>1. Introducción</b> .....	2
<b>2. ¿Qué entendemos por contener? Causas</b> .....	4
<b>3. Fundamentación ética</b> .....	8
<b>4. Consideraciones legales</b> .....	14
<b>5. Tipo de estrategias de prevención</b> .....	18
5.1. Proactivas o de prevención primaria.....	18
5.1.1. Estrategias de prevención de las conductes desadaptativas y de los trastornos de conducta .....	20
5.1.2. Estrategias de prevención de las salidas no controladas o fugas... ..	20
5.1.3. Estrategias para la prevención de caídas .....	20
5.2. Estrategias reactivas o de prevención secundaria .....	21
5.2.1. Estrategias reactivas de no contención .....	21
5.2.2. <i>Time out</i> (Aislamiento).....	23
5.2.3. De contención.....	24
a. Contención verbal .....	25
b. Contención espacial .....	26
c. Contención física.....	29
d. Contención mecánica.....	30
e. Contención farmacológica.....	33
<b>6. Consideraciones y recomendaciones: otra manera de cuidar</b> .....	35
<b>7. Conclusiones y recomendaciones: otra manera de cuidar</b> .....	39
<b>8. Glosario</b> .....	43
<b>9. Referencias</b> .....	46

## 1. INTRODUCCIÓN



El trabajo diario en la intervención social nos hace ver la necesidad de detenernos para repensar lo que hacemos y como lo hacemos, es decir, aplicar la ética en nuestro ámbito de actuación.

Desde hace tiempo las contenciones son objeto de discusión en la intervención social, y por eso pensamos que desde el Comité de Ética de Servicios Sociales de Cataluña hay que hacer una aproximación reflexiva que nos ayude al debate.

Con la intención de mejorar la atención a las personas atendidas en todos los ámbitos de la intervención social, los objetivos que nos hemos propuesto son los siguientes:

- a) Delimitar el campo de reflexión sobre las contenciones, fundamentar éticamente la toma de posición sobre éstas.
- b) Revisar su aplicación en los diferentes ámbitos: personas mayores, infancia y adolescencia, personas con enfermedad mental y personas con discapacidad intelectual, tanto las institucionalizadas como las atendidas a domicilio.

- c) Proponer una serie de recomendaciones que puedan servir de ayuda en la reflexión.

Metodológicamente, se ha trabajado durante una primera fase en pequeño grupo conformado por miembros del CESSC y expertos externos en el tema, teniendo en cuenta la pluralidad práctica de la intervención social y la pericia reconocida que a través del trabajo individual y la discusión en grupo han permitido hacer un primer documento para la discusión en el CESSC.

Somos conscientes de que estamos limitados a no poder abarcar todas las experiencias que se presentan en este campo, y por eso no dudamos que su discusión posterior, por todas partes donde se produce la intervención social, lo enriquecerá y lo hará más próximo a nuestro gran objetivo ya citado: mejorar tanto como se pueda la atención a las personas a quienes dirigimos.

En el documento que os proponemos encontraréis, de entrada, una definición amplia y descriptiva por la cual hemos optado, que explica desde un primer momento dónde nos posicionamos. Pasamos inmediatamente a la reflexión ética fundamentada en argumentos tanto éticos como legales. Tipificamos lo que nombramos *tendencia cero* en la aplicación de las contenciones, con una gradación en la implementación de medidas que nos las ahorren si puede ser y, para cuando no pueda ser, hemos indicado cuáles son las medidas de contención a utilizar. Acabamos haciendo unas recomendaciones con el deseo de que puedan ser discutidas desde la intervención social.

## 2. ¿QUÉ ENTENDEMOS POR CONTENER? CAUSAS



Lo primero que queremos hacer es delimitar la variedad conceptual del tema que queremos analizar, ya que la bibliografía nos da formulaciones muy diversas. *Contener, sujetar, restringir o atar* son temas que no quieren decir exactamente lo mismo y que denotan en sí mismos formas diversas de comprender aquello sobre lo que queremos reflexionar. Esta polisemia nos ayuda a entender, en algunos casos, las polémicas que comporta llamarlo de una forma o de otra.

Mayoritariamente "se utiliza el término *contener* para referirnos a 'cuándo se limita, retiene o impide que una persona salga o traspase un límite, ya sea físico, psíquico o emocional'" para evitar un peligro que habría más allá del límite (Rodríguez, J., 2011) a diferencia del término *sujetar* (Vidal, M., Contreras, M. J., y López, E., 2011) que contiene una connotación más física con matices relacionados con la dominación y el poder. El término *sujeción* se utiliza en algunos casos, sobre todo en la literatura gerontológica, como sinónimo de *restricción* (Alarcón, 2001; Alarcón, 2008; Del Río, Gótor, y Cuevas, 2000; Fariña-López, Estévez-Guerra, y Núñez, 2008; Fariña-López, 2011; Fariña-Lopez, Camacho, Estevez-Guerra [et al.], 2009; Gobert, d'Hoore y Mora-Fernández, 2005; Orbegozo, A., 2006; SEGG, 2003; Suen, Lai, y Wong, 2006; Zunzunegui, 2005) y como procedimientos restrictivos, en el Decreto foral de Navarra 221/2011 (Gobierno de Navarra, 2011) y también en el

Colegio de Enfermería de Barcelona. No faltan autores muy críticos en la utilización de estos términos que utilizan eufemismos del concepto atar (Burgueño, A., 2008; CEOMA, 2005).

La Comisión Deontológica del Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona define la *contención* como: 'la utilización de un dispositivo físico o mecánico para restringir los movimientos de una parte del cuerpo o su totalidad, con el fin de prevenir aquellas actividades físicas que pueden poner en situación de riesgo o peligro de lesión a la persona enferma u otras personas de su entorno' (Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona, Comisión Deontológica, 2006).

Esta definición es muy parecida a otras definiciones, que, con algunas pequeñas variaciones, señalan la proximidad del mecanismo al cuerpo y la dificultad sacarse autónomamente el dispositivo (CEOMA, 2005; Del Río [*et al.*], 2000; Fariña-López [*et al.*], 2008; Galán, Trinidad y Ramos, 2008; Gobert [*et al.*], 2005; Zunzunegui, 2005).

En otros lugares son descritos por sus usos de forma diferente, como 'procedimientos terapéuticos o de intervención terapéutica' (Hospital Gregorio Marañón, 2012; SEEGG, 2003) o como 'procedimiento clínico' (CEAS Hospital Clínico San Carlos, 2010). Según el *Cuaderno de la buena praxis* del Colegio de Médicos de Barcelona sobre las contenciones (Padrós, J., Arimany, J., y Gómez, E., 2013), la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la *contención mecánica o física* como 'la restricción de movimiento mediante cualquier método manual, dispositivo físico o mecánico, material o equipo conectado o adyacente al cuerpo del paciente, que él o ella no puede sacar fácilmente,' y el *Cuaderno de la buena praxis* continuando que se trata de una medida terapéutica excepcional que inmoviliza parcialmente o en conjunto el cuerpo del paciente, generalmente con la sujeción a una cama o silla'. No obstante, en este concepto se engloba el uso de otros mecanismos diferentes de contención, como las barandillas de cama.

Nuestra opción es ampliar la visión puramente mecánica de la contención, porque la realidad nos lleva a pensar que hay una intención compartida por otros dispositivos u otras estrategias que podríamos llamar también de contención, y lo adjetivamos

para clarificar el tipo: así, hay *contenciones verbales* cuando lo hacemos oralmente, *físicas* si las hacemos de cuerpo a cuerpo, *mecánicas* cuando hacemos referencia al dispositivo, *espaciales* si contenemos a través del espacio y *farmacológicas* si son debidas a fármacos.

Hacemos esta opción convencidos de que algunas polémicas pueden ser evitadas si ampliamos el campo de visión. La descripción de la contención no la hace mejor o mala por sí misma, sino que ésta se centra en la intención de fondo de su aplicación.

No podemos olvidar las causas del uso de contenciones en nuestro medio, ya que son un elemento primordial en la reflexión que estamos empezando.

Las contenciones se han convertido en una práctica habitual por diversas causas, según consta en los estudios (Fariña-López y Estévez-Guerra, 2011; Gallagher, 2011) hechos con personas mayores, y que son extensibles en diferente medida a los otros ámbitos de la intervención social: evitar caídas, el peligro de huída, conductas disruptivas, conductas consideradas molestas, todas a veces con frecuencia y durante mucho tiempo. Todo nos recuerda el conflicto entre percepción/aceptación del riesgo y la seguridad, sabiendo que el riesgo cero no existe.

Según el estudio elaborado por el Servicio de Inspección del Departamento de Bienestar Social y Familia (DBSF), "Uso racional de las contenciones físicas. Estudio de la incidencia del asesoramiento de la inspección de servicios sociales en residencias de personas mayores" (Vidal, M., Contreras, M. J., y López E., 2011), en las visitas hechas a los diferentes servicios residenciales de ámbito diverso se ha podido comprobar que la utilización de las medidas de contención mecánica son muy presentes en centros residenciales de personas mayores.

Según este estudio, de una muestra de 8.772 personas, un 21,5% llevaba una sujeción mecánica; del global de la muestra, el 50% tenía un diagnóstico de demencia, y de éstos, el 41,22% (1.836 personas) estaban sujetadas.



Después de la tarea de asesoramiento y divulgación durante seis meses, se observa una reducción de un 14% en el uso de las sujeciones.

En el ámbito de las personas mayores, en el Estado español se hace un uso significativamente superior de estas inmovilizaciones respecto de otros países con condiciones socioeconómicas similares (Burgueño, A.A., Iborra, I., Martínez, P. y Pérez, V., 2008; Carrillo, E., Burgueño, A., Abad, F., Dupasquier, J.N., y Fries, B.E., 1996).

En niños y adolescentes, no hay casi referencias y las pocas que encontramos son preocupantes, como las del informe del Síndico de Agravios con referencia a las contenciones en algunos recursos residenciales donde viven adolescentes menores de edad que es demoledor por la normalidad con que se hacen: "El uso recurrente de medidas de contención en contra del principio de excepcionalidad y la forma de realizarlas no garantizan los derechos de los menores ingresados" (Síndico de Agravios, 2013).

En personas con discapacidad intelectual y personas con trastornos mentales encontramos referenciados los estudios de Merineau-Cote, J. y Mueran, D., 2013; Carr, P.G., 2012; Williams, D. E. y Grossett, D. I., 2011; Williams, D.E., 2009; Kahng, S., Leak, J.M., Vu, C., y Mishler, B., 2008; Harris, J. 1996, que tratan del uso técnico en este ámbito sin hacer una calificación.

### 3. FUNDAMENTACIÓN ÉTICA



Con respecto a la dignidad, es el principio básico sobre el cual se fundamenta toda nuestra intervención, tal como nos recuerda el preámbulo de la Declaración universal de los derechos humanos: "el respeto a la dignidad inherente a todos los miembros de la familia humana y a los derechos iguales e inalienables de cada uno constituye el fundamento de la libertad, de la justicia y de la paz del mundo" (ONU, 1948).

El concepto de dignidad se basa en el reconocimiento del valor intrínseco de la persona y, por tanto, merece respeto con independencia de sus condiciones individuales, físicas y/o psicológicas, su ideología o su situación económica. Todas las personas que reciben atención de servicios sociales y de cuidadores no profesionales (personas con discapacidad/diversidad funcional, personas mayores, niños, personas con enfermedad mental) merecen un trato digno.

Hará falta, pues, que demos contenido a aquello que entendemos por respeto a la dignidad en el ámbito de la intervención social, tanto en instituciones como en la atención domiciliaria, donde la situación de dependencia en algunos casos podría hacer que muchas personas fueran especialmente vulnerables a la pérdida de este derecho.

Respetar la dignidad quiere decir, entre otras cosas, cuidar del ejercicio de la libertad de toda persona desde la justicia, considerando su integridad y promocionando su autonomía (Gobierno de Navarra, 2011) desde la situación concreta en la cual se encuentra la persona atendida.

Ejercer la libertad ha sido entendido de muchas maneras diferentes a lo largo de la historia del pensamiento. Actualmente lo asociamos a la justicia –ya que libertad sin justicia es privilegio– y a la responsabilidad, lo cual nos obliga a tener en cuenta la situación concreta de la persona que lo tiene que ejercer, desde su integridad bio-psico-social-trascendente y su empoderamiento en el ejercicio de su autonomía, es decir, aquello que nombramos *su competencia* (Simón, 2008).

Según la gravedad de la decisión a tomar hará falta un grado de competencia u otro.

La competencia se mide según la capacidad cognitiva y psicológica de la persona que tiene que decidir, la gestión adecuada de la información recibida y la voluntariedad en la acción de decidir (Cardona [et al.], 2009; Esquerda, Pifarre, y Gabaldón, 2009; Ramos, 2009).

La concreción del respeto a la dignidad constituye cuidar a las personas, y requiere unas virtudes determinadas por parte de quien cuida, que son la aplicación práctica de unos determinados valores y principios. En el caso de las contenciones, los principios fundamentales son: la libertad, la integridad, la no maleficencia, la benevolencia, la intimidad y la información adecuada.

La aplicación del procedimiento del consentimiento informado une fundamentalmente el principio de respeto a la autonomía y el derecho a la información. Eso quiere decir que siempre habrá que consensuar la mejor acción terapéutica corresponsabilizándonos en el cuidado, después de informar adecuadamente de los objetivos, la metodología y la temporización de la medida terapéutica, pidiendo el permiso de la persona atendida, si es competente, y aceptando su consentimiento o no de la propuesta hecha por los profesionales.

En el caso de las contenciones, al ser "procedimientos que comportan riesgos e inconvenientes notorios y previsibles, susceptibles de repercutir en la salud del paciente", según recoge la Ley sobre los derechos de información concerniente a la salud y la autonomía del paciente y la documentación clínica, la Ley 21/2000, de 29 de diciembre (GenCat, 2000), será necesario siempre que, después del proceso verbal, se firme un documento explícito. Si la persona atendida no fuera lo bastante competente para esta decisión, habría que contar con la persona representante, tal como está fundamentado en el informe Belmont (Comisión Nacional para la Protección de Seres Humanos de la Experimentación Biomédica y de la Conducta, 1978) en lo que respecta al procedimiento de sustitución. Como ya explicita la Ley 21/2000 en el artículo 7 sobre el consentimiento informado, siempre hay que hacer "intervenir tanto como sea posible" a la persona, sea cual sea su nivel de competencia.

El respeto de la intimidad, derecho humano básico (ONU, 1948), nos obliga a un cuidado especial en el caso de aplicar una contención, preservando la persona siempre de la mirada de los demás, si no es que la misma persona lo permita. Eso, a veces se rehuye al aplicar contenciones en lugares públicos, con diferentes niveles de intimidad dentro de nuestros recursos sociales, sobre todos aquellos que son compartidos con otras personas atendidas y cuando reciben visitas. En estos casos, la demanda explícita de consentimiento es básica.

La no maleficencia y el respeto a la integridad de la persona son otros puntos clave: sólo después de haber intentado todas las otras medidas terapéuticas se podría proponer la contención como medida que implica un beneficio, con el mínimo de daño (la contención lo es) en todas las dimensiones que conforman la integridad personal (bio-psico-social-trascendente) y desde la atención centrada en la persona.

El Observatorio de Ética Aplicada (2008) remarca que no hay una diferencia entre la fuerza, que podría ser que implicara beneficio, y la violencia, que implicaría un daño, y, es, por lo tanto, nunca aplicable. La diferencia entre las dos radica en tres aspectos: 1) la finalidad, 2) la calidad de la acción, "la fuerza es defensiva con

intención protectora, la violencia es agresiva", y 3) la autoridad basada en el vínculo afectivo establecido entre la persona atendida y el profesional, que le da legitimidad.

Hay que determinar hasta qué punto la contención es la última medida que implica beneficio, ponderar bienes/daños y, si no hay posibilidad de no aplicar ninguna otra, asegurarnos que no implique un daño, al considerarla un abuso, un maltrato o una negligencia, como hacen algunos autores (Burgueño, 2008; CEOMA, 2005). Otras veces se propone como última alternativa, y se considera cualquier otra acción posible más beneficiosa que la contención y, por tanto, recomienda no aplicarla, si es posible. Desde esta visión aparece el concepto de *tendencia cero*, al proponerse la evitación, en la medida que sea posible, como objetivo inicial en nuestra práctica diaria.

A nuestro parecer, esta tendencia cero parte de un uso muy restrictivo del concepto contención con respecto a determinados dispositivos (sobre todo mecánicos), a pesar de que permitir o no un peligro inminente sería también fuente de discusión. Como alternativa utilizan otras medidas que también son de contención pero que culturalmente son más aceptadas (contención verbal, física, butacas bajas, mesa delante de la silla, acostamiento forzoso y otros); pero en el fondo la intención de contener es la misma y, por lo tanto, la discusión sobre si ésta es una medida que puede llegar a ser un daño y no realizable en ninguna situación no dependería tanto de la intención como del tipo de contención realizada que nos permitiría hacer una gradación de ésta según las consecuencias integrales, o bien según unos criterios más culturales y/o estéticos.

Habría que introducir en el debate el conflicto entre la beneficencia y la justicia, entendida como la mejor distribución y organización posible de los recursos existentes y posibles. Habría que preguntarnos si la aplicación de medidas de contención quizás justificada por una dificultad económica, sabiendo que por muy eficiente que sea económicamente no podemos tomar nunca una medida que sea un daño.

Según el Observatorio de Ética Aplicada a la Intervención Social (2008), los criterios que tendrían que prevalecer siempre en la aplicación de contenciones son:

1. Necesidad: es el último recurso a usar una vez todo el resto no ha funcionado.
2. Proporcionalidad: entre el tipo de contención que se aplica y la gravedad de la conducta.
3. Prevención: para evitar un mal mayor. Nunca se tiene que producir un carácter punitivo, que sirva de ejemplo, intimidatorio o sancionador.
4. Excepcionalidad: no se aplican nunca contenciones de forma rutinaria o habitual.

Todos estos principios, criterios y derechos, sin embargo, no se garantizan sin los cuidadores, sobre los cuales habrá que fomentar una serie de virtudes que hace falta ir cultivando en la práctica continuada, lo que llamamos *cuidar* (Cortina, 2009; Torralba, 2002). La primera virtud y la más básica es la benevolencia (García-Férez, 2005), es decir, querer el bien del otro, procurar el máximo beneficio terapéutico y la máxima independencia en la vida cotidiana, y procurar una mejor asistencia y calidad de vida de las personas atendidas (Schalock, R. L., y Verdugo, M. A., 2003). Además, Brykczynska (1992) nos recuerda cinco virtudes básicas en la ética del cuidar: la compasión, la competencia, la confianza, la confidencia y la cautela.

Compadecer quiere decir compartir lo que el otro está viviendo (Mèlich, J. C., 2010) como *pathos*, intentar ponerse en lugar del otro, no en el lugar del otro, que es diferente. La compasión quiere decir huir del paternalismo, aceptar el punto de vista del otro, potenciar su autonomía y promover el empoderamiento.

La compasión pide otras virtudes, como la comprensión y la paciencia. En la situación que puede generar la contención, el punto de vista de quien tiene que sufrirla es fundamental. Son básicos para ello los talleres dirigidos a los cuidadores donde experimenten lo que significa en la práctica ser contenido (Rodríguez, J. [et al.], 2011).

La competencia profesional pide ir formándose continuamente, para ser excelente en la práctica de cuidar, en la comprensión del otro, en la confidencia. Es responsabilidad nuestra, como profesionales, ampliar la comprensión tanto técnica

como sociocultural de las contenciones, también de lo que representan en otras culturas.

La confianza exige mantener el secreto y la intimidad, por eso genera confianza. Éste es un aspecto que hay que cuidar, en la contención, ya que muchas veces no se tiene en cuenta el respeto a la intimidad, las miradas de los demás, las consecuencias de la inmovilización en el entorno público.

También hay que tener confianza, poder fiarse, saber que uno está en buenas manos. Supone ser solícito a la situación del otro, en especial si está inmovilizado y con la seguridad de que no se tomará ninguna medida sin ser cuidadoso. La virtud de la fidelidad hace que la persona atendida sepa que siempre podrá contar con nosotros.

La cautela, la prudencia, que es el cuidado en la proporción de la medida aplicada, la revisión continuada de ésta, la deliberación sopesando otras medidas, la veracidad de no engañar y de informar adecuadamente, de ser sinceros y coherentes.

## 4. CONSIDERACIONES LEGALES



Tenemos que tener en consideración lo que las leyes dicen en relación con las contenciones y plantearnos si, a pesar de aplicar las medidas de contención según los preceptos legales, su uso garantiza los principios éticos descritos anteriormente y no vulnera ningún precepto de derechos fundamentales (Torres, F., y Barrios F. L., 2007).

Sin olvidar el documento marco, que es el Convenio europeo de derechos del hombre y la biomedicina del año 1997, ratificado por el Estado español el año 2000, hace falta tener en cuenta la amplia legislación que hay. Desde la legislación administrativa sanitaria de la Ley catalana 21/2000, sobre los derechos de información concerniente a la salud y la autonomía del paciente, y la documentación clínica (GenCat, 2000), hasta la Ley española 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, así como el Decreto 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información referentes a la salud y a la autonomía del paciente y a la documentación clínica, la Ley de enjuiciamiento civil o el Código penal.

Aparte de los preceptos constitucionales establecidos en el artículo 1 al derecho a la libertad; el artículo 10, de los principios de dignidad humana y libre desarrollo de



la personalidad; el artículo 15, sobre el derecho a la integridad física y moral y a no sufrir tratos inhumanos o degradantes, y el artículo 17 del derecho a la libertad física, hay otra regulación jurídica específica a propósito de las inmobilizaciones como un tipo concreto de contención. La Ley de servicios sociales 12/2007, en el artículo 12, que regula los derechos de los usuarios de los servicios y establecimientos, en el epígrafe *p* establece:

"Derecho a no ser sometido a ningún tipo de inmobilización o restricción física o farmacológica sin prescripción médica y supervisión, a excepción que exista peligro inminente para la seguridad física de la persona atendida o de terceras personas. En este último caso, las actuaciones efectuadas se tendrán que justificar documentalmente en el expediente asistencial de la persona atendida o usuaria y se tienen que comunicar al Ministerio Fiscal, de acuerdo con lo que establece la legislación".

Esta regulación obedece a otro momento con un alto número de contenciones, pero ahora habría que acentuar más el derecho a la propia autonomía para decidir la propia concepción de seguridad.

La Ley 21/2000, que hace referencia a los derechos de información concerniente a la salud y la autonomía del paciente, y la documentación clínica (GenCat, 2000). En el capítulo 2, artículo 2, formula y regula el alcance del derecho a la información asistencial del paciente, establece el derecho a conocer toda la información sobre su salud, y también el derecho a no ser informado si uno no quiere y la veracidad, la cual "se tiene que dar de manera comprensible y adecuada a las necesidades y los requerimientos del paciente, para ayudarle a tomar decisiones de una manera autónoma". Además, recuerda al capítulo 3, artículo 2 que "en caso de incapacidad del paciente, éste tiene que ser informado en función de su grado de comprensión, sin perjuicio de haber de informar también a quien tiene la representación". Y en el capítulo 4, artículo 6, establece la necesidad de obtener el consentimiento del paciente, debidamente informado, ante cualquier intervención en el ámbito de la salud, y que tiene que ser hecho por escrito sobre todo "cuándo se llevan a cabo procedimientos que comportan riesgos e inconvenientes notorios y previsibles,

susceptibles de repercutir en la salud del paciente", ya que es "un documento específico para cada supuesto" y "tiene que contener información suficiente sobre el procedimiento de que se trata y sobre sus riesgos", y se puede revocar el permiso en cualquier momento sin que afecte a su asistencia continuada. El artículo 7 establece el consentimiento por sustitución cuando no hay competencia plena.

El informe del Síndico de Agravios de Cataluña (Síndico, 2013) subraya: "Hay que decir que, en el caso de niños y adolescentes en situación de desamparo, la falta de desarrollo reglamentario de la Ley 14/2010 de los derechos y las oportunidades en la infancia y la adolescencia ha sido suplida por la Instrucción 11/2010, de 20 de diciembre, por la cual se aprueba el Protocolo sobre el acogimiento en centro por razones terapéuticas y educativas de niños o adolescentes en situación de guarda o tutela por la Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia (DGAIA).

Esta Instrucción regula, entre otros aspectos, las contenciones físicas y mecánicas y las medidas de aislamiento. También establece que en todo aquello que no esté previsto, subsidiariamente, hace falta regirse por la Instrucción 2/2006, de 1 de marzo, de la DGAIA, sobre el ejercicio de la facultad de corrección y contención de los menores acogidos en centros, donde especifica que "las contenciones tienen que ser la última medida posible siguiendo los principios de necesidad como última medida, proporcionalidad con la gravedad de la conducta, prevención, nunca como carácter intimidatorio o punitivo, y de excepcionalidad en su aplicación no habitual". Su ámbito de aplicación se extiende sólo a los niños y adolescentes en situación de tutela o guarda de la DGAIA, pero no a los chicos y chicas menores de edad ingresados en los llamados centros terapéuticos y que están bajo la potestad de sus padres." (Informe de protección de los niños del Síndico de Agravios, 2013).

Hay que tener en cuenta también lo que se establece sobre las medidas o medios de intervención terapéutica en los casos siguientes:

El *internamiento involuntario o forzoso*, regulado expresamente en el artículo 763 de la Ley 1/200 de enjuiciamiento civil y en el Código de familia catalán, en el artículo 255.

La *inmovilización terapéutica*, definida como el uso de procedimientos físicos o mecánicos dirigidos a limitar los movimientos en parte o de todo el cuerpo de la persona, con el objetivo de controlar su agitación psicomotora y protegerla de posibles lesiones hacia ella misma o hacia los demás, no regulado en el ámbito sanitario pero sí por el Decreto 176/2000, de 15 de mayo, de modificación del Decreto 284/1996, de 23 de julio, de regulación del Sistema catalán de servicios sociales.

En nuestro país no están explícitamente reguladas por ley y se consideran medidas estrictamente técnicas las dos figuras siguientes:

El *aislamiento terapéutico*, definido como la separación del paciente de su entorno inmediato en el centro y la sustitución temporal de este entorno por otro de cerrado y controlado.

El *tratamiento farmacológico forzoso*, definido como 'la implantación de tratamiento con medicamentos, normalmente en situación de internamiento, sin tener en cuenta la voluntad de la persona, pero siempre según criterios clínicos y amparados por el marco legal'. El tratamiento ambulatorio involuntario (TAI), presente en algunos países, no está regulado explícitamente ni permitido habitualmente en los juzgados españoles.

## 5. TIPO DE ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN



Siguiendo el concepto de *tendencia cero* siempre exploraremos previamente todas las estrategias para evitar la contención, si no fuera posible hará falta una cierta gradación en su aplicación.

La descripción de los diferentes tipos de contención desde una visión amplia nos posibilita estructurar esta gradación, aunque en algunos casos se hace difícil.

En su clasificación las hemos definido describiendo sus características, las indicaciones, y contraindicaciones si las hay, y el ámbito de uso en la intervención social. En otro apartado consideraremos el procedimiento y las actitudes para llevarlas a cabo.

### 5.1. ESTRATEGIAS PROACTIVAS O DE PREVENCIÓN PRIMARIA

Las estrategias proactivas son las que impiden la aparición de conductas o situaciones que podrían generar la utilización de medidas de contención que se pueden dar en todos los grupos de población de la intervención social.

### 5.1.1. Estrategias de prevención de las conductas desadaptativas y de los trastornos de conducta

Afortunadamente, la concepción del tratamiento de las conductas disruptivas en las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo (PDID) ha cambiado. Hoy día, se entiende que el manejo de los trastornos de la conducta en las PDID tiene que basarse en la reducción o la erradicación de estas conductas y se tienen que sustituir las conductas desadaptativas (o conductas problema) por otros que no supongan un riesgo para la persona ni para los demás.

Esta filosofía de trabajo se llama apoyo conductual positivo (SCP), y es utilizado en el trabajo de los problemas de conducta de las personas con discapacidad intelectual, pero puede hacerse extensivo también a otros subgrupos de la población (Goñi, M. J., Martínez, N., y Zardoya, A., 2007). Se basa en la utilización de estrategias proactivas a partir de las cuales la persona trabaja nuevas habilidades para evitar las conductas desadaptativas. No obstante, también tiene en cuenta que, en determinados momentos, aquella conducta desadaptativa que se quiere eliminar puede aparecer de nuevo, y habrá que actuar para solucionarla lo más rápido posible. Es en estas situaciones que tendremos que utilizar un abanico de estrategias reactivas (el cual pretende dar una respuesta rápida para la eliminación de la conducta problema).

Las estrategias de SCP se llevarán a cabo mientras la persona no presente trastornos de conducta, y consisten principalmente en las siguientes:

- Entrenamiento de la persona en habilidades sociales y de la vida diaria.
- Programación diaria estructurada basada en los intereses de la persona y en actividades adecuadas a su edad y a su funcionamiento.
- Enseñar a la persona conductas alternativas y estrategias de control que le permitan evitar conductas disruptivas.

- Reforzar las conductas positivas.
- Controlar los factores del entorno que puedan predisponer a tener trastornos de conducta.

### **5.1.2. Estrategias de prevención de las salidas no controladas o fugas**

- Diagnóstico de los factores de riesgo e intervención dirigida a la causa.
- Escucha activa y acompañamiento humano.
- Realización de actividades de estimulación individual y/o grupal adecuadas a la persona atendida.
- Paseo y acompañamiento en el exterior.
- Cambios de espacio dentro del centro, la unidad o cambios de unidad.
- Adecuación de los estímulos sensoriales: música, radio, televisión, otros.
- Uso de dispositivos localizadores con sistema GPS.
- Aumento de la vigilancia.

### **5.1.3. Estrategias para la prevención de caídas**

- Diagnóstico de los factores de riesgo e intervención dirigida a las causas.
- Realización de actividades rehabilitadoras o de estimulación psicomotora del equilibrio y la marcha.
- Aumento de la atención individualizada por parte de profesionales, familiares, amigos o voluntarios.
- Aumento de las actividades de paseo y de acompañamiento en los desplazamientos.

- Adecuación del entorno: iluminación, barreras arquitectónicas, alfombras, muebles inestables.
- Adecuación de las ayudas técnicas (corrección de la altura del bastón, uso de andador, asideros en el WC, tierra antideslizante en la ducha).

La aplicación de estrategias de tipo proactivo requiere una determinada capacidad de control y llevar a cabo conductas alternativas en la disruptiva o de riesgo. Determinados grupos de personas, por sus disfunciones cerebrales (descompensaciones graves de enfermedades psiquiátricas, deterioro cognitivo avanzado, etc.), no son capaces de hacer estos aprendizajes y, por este motivo, las estrategias tendrían que ser diferentes

## **5.2. ESTRATEGIAS REACTIVAS O DE PREVENCIÓN SECUNDARIA**

En el momento en que la aplicación de las estrategias proactivas ya no resulta efectiva, por lo tanto, empieza a aparecer la conducta o problemática, tenemos que aplicar estrategias de tipo reactivo. Éstas van encaminadas a frenar de la manera más rápida y eficiente posible la conducta problemática (agresividad verbal, física, estado de agitación psicomotora, caídas, huidas), con el fin de minimizar los posibles daños tanto propios como a terceros y volver, si se puede, al funcionamiento normal.

### **5.2.1. Estrategias reactivas de no contención**

Las estrategias reactivas son determinadas por el tipo de conducta o situación que se presente, por la intensidad de ésta y por las capacidades de la persona.

La intensidad y la rapidez de aparición de algunas conductas dificultan la aplicación de las estrategias reactivas menos intensas y necesitan la aplicación de medidas de contención.

Las estrategias reactivas de no contención son diversas según la causa y tienen diferentes grados:

- Escucha activa: promover que la persona exprese sus sentimientos.
- Acariciar, leve contacto físico.
- Ignorar la conducta. En el contexto de conductas disruptivas que no comporten riesgos para la persona ni para terceras personas (escupir, insultar, etc.), puede ser útil no reaccionar. No obstante, aunque no respondemos directamente a la "conducta reto", sí que tenemos que continuar relacionándonos con la persona, proponerle alguna actividad, hablar con ella, siempre con la intención de ignorar la conducta, pero nunca la persona.
- Redirigir la conducta: redirigir a la persona hacia una actividad que tengamos a mano y que le permita cambiar la conducta disruptiva por otra. Por ejemplo, pedir a la persona que nos ayude en una tarea que sabemos que la motiva.
- Retroalimentación positiva: recordar cuál es la conducta indeseable y reforzar con un estímulo motivador del control o manifestar qué obtendrá si la controla.
- Entrenamiento contingente: aprovechar una situación para practicar las conductas alternativas adaptativas aprendidas mediante la programación positiva (comunicación, solución de conflictos, etc.).
- Cambio de estímulos: ofrecer a la persona el cambio a un entorno menos estresante y más agradable para ella, que le permita relajarse y no tener que presentar trastornos conductuales. Por ejemplo, podemos proponerle salir de una sala muy ruidosa e ir a una más tranquila.
- Interposición. Colocar a alguien entre la persona y el objeto o sujeto hacia el cual va dirigida la conducta.



### 5.2.2. Time out (Aislamiento)

Permanencia de la persona en un entorno concreto por un tiempo determinado con el fin de evitar la aparición de un problema de conducta o frenar la evolución.

#### *Características*

En el momento en que la persona inicia la conducta problemática o se prevé que ésta pueda surgir, se la invita a salir del entorno que fomentaría la conducta y se la acompaña/invita a ir a un entorno tranquilo específico donde la conducta se frenará/remitirá.

El tiempo durante el cual la persona estará en el espacio marcado para hacer el aislamiento se pacta previamente con ella (cuando el problema de conducta no está presente), y está establecido en el plan de intervención. También se le puede dar la libertad de abandonarlo cuando ella lo crea conveniente. El aislamiento tendría que permitir a la persona tranquilizarse en unos minutos (10-15) y no tendría que alargarse más de este tiempo. No es un castigo, ni puede ser interpretado como tal. Si pasado este periodo la persona todavía no se ha podido relajar y la conducta persiste, debemos plantearnos si la estrategia posiblemente no es suficiente y puede ser necesario aplicar otras (escucha activa, contención farmacológica...), dependiendo de las características de la persona.

#### *Indicaciones*

Se utiliza en conductas disruptivas influenciadas, principalmente, por condiciones estresantes de un ambiente determinado y en las cuales se prevé que un entorno más tranquilo puede favorecer su control.

El aislamiento difícilmente podrá ser utilizado en personas con trastornos mentales no descompensados (cuadros psicóticos, maníacos, otros) ni en algunas personas con discapacidad intelectual, ya que en ambas situaciones hay dificultades para comprender la finalidad y el funcionamiento de esta estrategia.

### *Àmbit de uso*

La facilidad de aplicación del aislamiento permite que pueda ser utilizado en cualquier ámbito de los servicios sociales (personas con discapacidad intelectual, personas mayores, infancia y adolescencia y personas con enfermedad mental) y en cualquiera de las tipologías de servicios y establecimientos donde se produce la atención (a domicilio, servicio de atención a domicilio (SAD), centros de día, servicios residenciales, centros residenciales de acción educativa (CRAE), etc.).

### **5.2.3. De contención**

Si a pesar de la aplicación de unas o más estrategias de tipo proactivo o reactivo descritas anteriormente la conducta disruptiva persiste, es necesaria la aplicación de medidas de contención en intensidad creciente, también en el caso de riesgo de caída o de huida.

Para cada una de las conductas a controlar tenemos que utilizar una u otra estrategia de contención, que está condicionada por:

- a)** El tipo y la intensidad de la conducta.
- b)** Las características de la persona.
- c)** La posibilidad de aplicación de estrategias de control conductual.

Compartimos lo que la Fundación Allem propone sobre las contenciones:

"La aplicación de estas medidas terapéuticas excepcionales tiene que ser proporcional y razonable a los medios disponibles, a la finalidad, a la gravedad de la situación y al valor jurídico puesto en riesgo, es decir, la libertad. Se tiene que escoger un método de ejecución que provoque el mínimo de lesiones a los derechos de estas personas y que sea vigente temporalmente. Los medios utilizados tienen que ser los que se adapten mejor a los recursos personales y materiales disponibles. No se tiene que olvidar el principio del cuidado, el

seguimiento que hacen los profesionales y la evaluación periódica hecha por el médico que ha indicado la aplicación de la medida. Finalmente, se tiene que establecer un registro de actuaciones que sea garantía de los derechos de la persona, de sus familiares y de su entorno, así como de los derechos de los profesionales que intervienen y de las instituciones responsables de la atención prestada" (ERE Allem, 2009).

### a. Contención verbal

La contención verbal se basa en el control de un estado de agitación psicomotora, riesgo de caída o de huida mediante un discurso de unas características concretas tanto en la forma como en el contenido.

#### *Características*

A través de una actitud tranquila, a pesar de que sea segura, en un lenguaje y un tono también tranquilo y pausado, ya que se busca empatizar con la persona y no entrara confrontar la conducta ni sus motivos y/o consecuencias.

#### *Indicación*

La contención verbal es siempre la primera estrategia que se tiene que utilizar ante cualquier estado de agitación psicomotora, riesgo de caídas o de huida si las estrategias proactivas y reactivas previas no han funcionado. Muchas veces puede no ser suficiente para resolver el cuadro de agitación, no obstante, aunque vemos que no contribuye en gran medida al control del problema de conducta, siempre hay que hacerla y mantenerla mientras aplicamos otras medidas de contención.

En pacientes con patología mental descompensados, la posibilidad de contención mediante esta técnica es baja; no obstante, tiene que ser utilizada junto con cualquier otro tipo de contención. En niños, debería ser el primer tipo de contención que se usara.

### *Àmbit d'ús*

La contención verbal puede ser utilizada en cualquier ámbito de los servicios sociales.

### **b. Contención espacial**

La contención espacial consiste en *confinar* una persona en un espacio del cual no pueda salir libremente, con el objetivo de restringir las salidas no controladas al exterior ante un posible riesgo de la seguridad de la misma persona o de terceras personas.

### *Características*

Se basa en la barrera creada por elementos de tipo físico.

Hay diferentes tipos, según el grado de intensidad en la contención, que es determinada por el tamaño del espacio: una habitación de aislamiento, que puede ser la del mismo usuario en algunos casos o bien una de específica destinada a esta finalidad, una sala, una planta o unidad de la residencia, incluso el espacio residencial o ambiental.

### *Indicaciones*

Se utilizan principalmente en personas que no pueden salir de un entorno concreto por problemas de orientación o riesgo de presentar alteraciones conductuales en entornos no controlados.

### *Àmbit de uso*

Pueden ser utilizados en cualquier ámbito de los servicios sociales.

### *Sala de aislamiento o habitación de contención*

Medida de restricción espacial que busca detener una conducta disruptiva o un estado de agitación psicomotora a través de la reclusión de la persona en un entorno seguro del cual no puede salir libremente. Es el máximo grado de contención espacial.

Separa a la persona de un entorno que le favorece el estado de agitación o la conducta disruptiva y le proporciona un entorno que la calma.

### *Características*

Las habitaciones de aislamiento tienen que estar siempre bien acondicionadas (espacio suficiente, temperatura confortable, ventilación adecuada, ausencia de objetos potencialmente lesivos, etc.) y tienen que estar equipadas con medidas de vigilancia (circuito de vídeo, visor en la puerta que permita observar la habitación desde el exterior), a partir de las cuales se hará la observación periódica de la persona (según el protocolo establecido) y se anotará en un registro específico.

Los aislamientos están siempre sujetos a una supervisión y revisión periódica y frecuente. Hace falta valorar la administración de medicación de rescate (según pauta farmacológica) para favorecer la remisión del malestar que ha comportado la aparición de la conducta. En caso de administrar tratamiento farmacológico de rescate, se tiene que incluir también en el registro del aislamiento.

El personal responsable de atención es quien decide cuando la persona puede salir del espacio y tiene que asegurarse de que la medida de aislamiento deja de aplicarse lo antes posible una vez la persona ha recuperado su estado basal de funcionamiento. En todo caso, hace falta una supervisión visual continuada del espacio. Con respecto a las habitaciones de contención en centros de menores, se recomienda hacerlo cada quince minutos como mínimo (GenCat, Instrucción 2/2006, de 1 de marzo).

Una vez retirado el aislamiento, tenemos que procurar que la persona pueda incorporarse nuevamente al ritmo habitual de actividades, sin que se le aplique ninguna penalización por haber necesitado ser contenida

### *Indicaciones*

Se utiliza en cuadros de agitación psicomotora o alteraciones de conducta en contra de otros o de objetos del entorno y que no se hayan podido resolver mediante estrategias de menor intensidad (estrategias reactivas leves) o sólo farmacológicas.

### *Criterios de exclusión*

- Conductas autoagresivas.
- Personas en las cuales el aislamiento pueda crearles malestar (personas con claustrofobia o con pensamientos delirantes).
- Conductas autolesivas: mordeduras, golpes a la cabeza, golpes en extremidades, etc.
- Imposibilidad de la persona para permanecer sola en un espacio cerrado.
- En el caso de menores, cuando pueda “suponer un riesgo para su salud, ni con jóvenes embarazadas, ni con las que tengan los hijos con ellas” (Instrucción núm. 2/2006, de 1 de marzo, de la Generalidad de Cataluña).

### *Ámbito de uso*

El principal ámbito de uso de los aislamientos son los dispositivos especializados para personas con discapacidad intelectual y trastornos de conducta. Sin embargo, también pueden utilizarse de forma más puntual en personas con trastornos mentales descompensados (sobre todo en dispositivos de urgencias), en personas con deterioro cognitivo y trastornos de conducta asociados, y en los centros de acogida de menores en los casos indicados.

### c. Contención física

Consiste en limitar los movimientos de una persona a partir de la aplicación de fuerza por parte de otra, cuerpo a cuerpo, y sin la aplicación de dispositivos mecánicos.

#### *Características*

Aplica una fuerza de intensidad igual o superior a la de la persona con el fin de frenarle la movilidad, para apaciguarla, limitarla físicamente, establecer contacto con ella, abrazándola.

#### *Indicación*

Para impedir a una persona hacer movimientos que puedan suponer un riesgo para ella o para otra (levantarse de una silla con riesgo de caída, impedir una agresión, parar un golpe).

Se utiliza también en casos de agitación psicomotora de más intensidad en los cuales no se tiene la posibilidad de aplicar una contención de tipo mecánico (o en los momentos previos a su aplicación).

Hace falta tener en cuenta que, si la contención física tiene que durar mucho, hay que valorar la posibilidad de aplicar otras estrategias de contención (principalmente la mecánica y/o la farmacológica) con el fin de poder resolver el cuadro con rapidez y evitar posibles daños físicos tanto a la misma persona como al personal designado para hacer la contención. Es fundamental que el profesional que dirige la intervención controle la situación ambiental, y en especial la presencia de otros usuarios.

Hace falta disponer de personal suficiente y competente para atender a la persona todo el tiempo que dure la contención física, y evitar que los otros usuarios tengan que colaborar en la intervención.

#### *Criterios de exclusión en la realización de este tipo de contención*

- Falta de personal.

- Personal no formado en la aplicación de contenciones físicas.
- El tipo de conducta o su intensidad no permiten que sea resuelta mediante la aplicación de este mecanismo.

#### *Ámbito de uso*

Puede ser utilizada en cualquier entorno de los servicios sociales cuando sea indicado.

#### **d. Contención mecánica**

Consiste en cualquier procedimiento o dispositivo técnico, mobiliario o textil, en contacto o muy próximo a la persona, con la intención de restringir, limitar o dificultar la movilidad de una o diversas partes de su cuerpo.

Se pueden considerar dentro de este grupo los conocidos como dispositivos de sujeción (teniendo en cuenta que tienen que ser homologados y en buen estado): cinturón abdominal tanto de cama como de silla, cinturón pélvico, chaleco torácico, chaleco integral, muñequeras, tobilleras o cualquier dispositivo parecido que restrinja la movilidad de alguna parte del cuerpo o todo. También se incluyen aquí las barandillas de la cama (Gobert, 2005; Burgueño, 2008), las mesillas incorporadas a la silla, o los dispositivos textiles, como ropas adaptadas o sábanas ajustables a la cama, habitualmente con velcro, cierres o cremallera que sólo dejen libre una o diversas partes del cuerpo, si la intención es limitar o restringir su movilidad. También son métodos de contención mecánica el uso de butacas o sillas bajas, reclinables, sillas de ruedas frenadas delante de una mesa, o la misma disposición del mobiliario si la intención coincide con la restricción, la limitación o dificulta la movilidad, por eso tiene que quedar muy claro, si se usan, cuál es la situación muy grave de riesgo que obliga a ello.



### *Características*

Las contenciones mecánicas actúan de tres maneras:

- 1.<sup>a</sup>) Restringiendo la movilidad de una o diversas partes o la totalidad de la persona mediante dispositivos en contacto con el cuerpo.
- 2.<sup>a</sup>) Limitando la movilidad de la persona mediante dispositivos muy próximos al cuerpo aunque no estén en contacto directo con éste.
- 3.<sup>a</sup>) Dificultando los gestos normales necesarios para lateralizar o flexionar el tronco o para bipedestar personas con algún déficit motor.

### *Indicación*

Las indicaciones más habituales son debidas al peligro inminente para uno mismo o cuando haya un riesgo para otras personas del entorno y no ha funcionado ningún otro método de prevención.

Los diferentes dispositivos o procedimientos de contención mecánica también se utilizan en personas muy dependientes y/o muy discapacitadas físicamente como un método para mantener la sedestación y posibilitar el levantamiento de la cama y la interacción social.

Las necesidades de contención mecánica en las personas con trastorno mental acostumbran a ocurrir en episodios de descompensación del trastorno que sufren. Las indicaciones de hacer una contención mecánica son determinadas, principalmente, en el contexto de cuadros de agitación psicomotora y/o alteraciones de conducta graves que puedan comportar riesgo para la misma persona o para las demás.

En determinadas situaciones, hay que valorar con mucho cuidado la relación riesgo-beneficio para la aplicación de medidas de contención mecánica en los casos siguientes:

- Niños.

- Usuaris embarazadas, sobre todo en el tercer trimestre. Se tiene que tener un cuidado especial con la contención abdominal y evitar el decúbito supino por el riesgo que tienen de sufrir el síndrome de la vena cava inferior.
- Usuarios con problemas respiratorios y cardíacos. En muchos de éstos será necesario elevar el cabezal de la cama a fin de que la cabeza quede más alta que el corazón y los pulmones.
- Usuarios polimedcados. Hay que tener en cuenta que algunas medicaciones (benzodiazepinas, antipsicóticos de perfil sedante, otros) favorecen la depresión del centro respiratorio. La contención mecánica comporta una reducción de los movimientos respiratorios y, por lo tanto, en este tipo de usuarios hay riesgo de compromiso de la función respiratoria.
- Usuarios deshidratados. Se tiene que garantizar una buena hidratación durante la contención y se les tienen que hacer controles analíticos.
- Usuarios en situación de riesgo grave y que comporte la inmovilización que se tiene que prolongar o que presenten antecedentes o factores de riesgo de trombosis venosa profunda. En la mayoría de estos casos es necesario administrar heparina profiláctica y practicar la liberación rotatoria de las extremidades durante la contención. La heparina profiláctica está contraindicada en personas con sangrado agudo, enfermedades hepáticas graves, hipertensión grave y enfermedad ulcerosa péptica.
- Personas con síndrome de Down que se asocia a una hiperlaxitud de la articulación atlantoaxoidea (entre la 1.ª y la 2.ª vértebras cervicales). En caso de que sea necesario aplicarlas actuaremos con una cautela especial, para evitar al máximo los movimientos bruscos de flexión del cuello.
- Personas con antecedentes de fracturas recientes y/o de dislocaciones articulares.

### *Contraindicaciones*

No puede ser aplicada la contención mecánica en las situaciones siguientes:

- Alteración del nivel de conciencia con riesgo de aspiración en caso de vómito.
- Persona atendida con traumatismos inestables, especialmente pacientes con sospecha de traumatismo de columna a cualquier nivel.
- Trastornos hemorrágicos agudos.

### *Ámbito de uso*

Puede ser utilizada en cualquier ámbito de los servicios sociales, cuando sea indicada.

### **e. Contención farmacológica**

Teniendo siempre en cuenta las limitaciones por el riesgo de reacciones adversas graves, la contención farmacológica es una estrategia para el control de determinadas conductas que podrían ser peligrosas para la misma persona que las presenta o para otras del entorno (agitación psicomotora, autoagresividad, agresividad contra otros) a partir de la utilización de sustancias psicoactivas.

### *Características*

Mediante un fármaco con acción sobre el sistema nervioso central, se busca calmar la conducta. El fármaco es normalmente una benzodiazepina o un antipsicótico (principales psicofármacos con capacidad sedativa).

### *Indicaciones*

La contención farmacológica puede ser utilizada de forma aislada en casos de agitación psicomotora, autoagresividad o agresividad contra otros.

En algunos de los casos anteriores que se requiera también hacer contención física o contención mecánica, se ha de valorar administrar también un psicofármaco para favorecer que el paciente se pueda calmar más rápidamente (Fernández de Piñar,

E.; Romero, A., Plaza, M. D. Y García, M., 2007; Padrós, J., Arimany, J., y Gómez, E., 2013).

### *Ámbito de uso*

La contención farmacológica puede ser utilizada en cualquier entorno en el cual habitualmente se dispense tratamiento farmacológico, como entornos hospitalarios o residenciales que dispongan de personal sanitario autorizado para administrar

## 6. CONSIDERACIONES EN LA APLICACIÓN DE LAS CONTENCIONES



En todas las situaciones en las cuales se acabe considerando que hay que implementar un proceso de contención habría que tener en cuenta las consideraciones siguientes:

1. Tenemos que ser capaces de trabajar con profesionalidad (es decir, con la actitud adecuada, la utilización de estrategias proactivas, etc.) para intentar reducir al máximo las conductas desadaptativas y/o las situaciones de riesgo, y evitar así la aplicación de contenciones. Se trata de proponernos la tendencia cero.
2. Todo profesional tendría que ser capaz de empatizar con la persona que está presentando un trastorno de conducta: tendríamos que plantearnos porqué la persona lo tiene y cómo se debe sentir en el momento de aplicarle una medida de contención. Como profesionales, tenemos que intentar comprender el problema o la demanda que puede llevar a la persona atendida a actuar de esta manera y procurar atenuar o eliminar la conducta a partir de la utilización de estrategias reactivas.
3. Es de vital importancia tener en cuenta a las personas que tienen más dificultades para expresar sus necesidades, intereses, miedos y que pueden

reaccionar de forma poco adaptativa ante su malestar; tienen más predisposición a presentar problemas de conducta (gritos, autoagresiones, heteroagresiones...). En este sentido, deberíamos evitar etiquetarlas como diagnosticadas con trastornos de conducta, sino que lo hacen como reacción a determinados estímulos.

4. La utilización de una medida de contención no tiene que ser un castigo por una conducta que no nos guste: una negativa a hacer algo, un insulto. Hay que tener en cuenta la historia de la persona.
5. Todos los usuarios tendrían que poder disponer de un plan de intervención/PIAI/PEI donde estuvieran incluidas todas las estrategias a utilizar en caso de problemas de conducta.
  - Estos planes de intervención, redactados por el equipo técnico, consensuados con el personal de atención directa y la persona atendida, tienen que ser revisados de manera periódica cuando hay una variación de la situación de la persona, y deberían incluir también las contraindicaciones que pueda haber para alguna de las contenciones.
  - Ante toda situación que comporta la necesidad de proceder a una contención, hay que dejar por escrito las estrategias alternativas que se han llevado a cabo previamente, con la finalidad de poder revisar posteriormente la necesidad de plantearlas.
  - En todos los casos, las actuaciones que se hagan se tienen que justificar documentalmente, con la reflexión hecha por el equipo, en la historia asistencial de la persona atendida.
6. En el momento de aplicar cualquier contención, tenemos que actuar de forma pausada e informar a la persona atendida de la medida que se tiene que aplicar, los motivos por los cuales se aplica y su procedimiento, e invitarla a colaborar aunque esté presentando un problema importante de conducta, ya que tiene derecho a estar informada de lo que se le está haciendo y de las consecuencias de este acto. Excepcionalmente, en casos de mucha

agitación, no se tiene que hacer así, ni se tiene que entrar en confrontaciones, precisamente por la incapacidad de la persona, teniendo en cuenta su gran agitación.

**7.** Con respecto al riesgo hace falta:

- Que desde la diversa realidad asistencial, todos, la persona atendida, los profesionales, la organización y la familia, nos planteemos qué nivel de riesgo estamos dispuestos a asumir, y consensuarlo.
- Identificar los tipos y los niveles de riesgo que pueden sufrir las personas atendidas en cada ámbito y poder sugerir la utilización de métodos de contención.
- Intervenir según las causas de cada riesgo específico y de manera proporcionada a su nivel.
- Promocionar las medidas y actividades preventivas, cuidadoras, rehabilitadoras y las medidas de seguridad teniendo en cuenta el trato respetuoso basado en los principios éticos.
- Hacer un control exhaustivo de los psicofármacos y la polimedicación.
- Potenciar la fisioterapia y la rehabilitación de la marcha, el equilibrio y las actividades físicas destinadas a la prevención de caídas.
- Adecuar el entorno arquitectónico y mobiliario en función de los tipos y el nivel de riesgo específico.

**8.** En el proceso de decisión:

- Respetar la autonomía y la libertad de las personas atendidas competentes que asumen sus propios riesgos.
- Las decisiones de poner una contención tienen que ser deliberadas y consensuadas en equipo y se tiene que considerar que es la medida terapéutica más adecuada.

- Ante personas con incompetencia y que supongan un riesgo para la propia seguridad o para la de los otros, consensuar siempre cualquier decisión con la familia, el representante en caso de que haya un documento de voluntades anticipadas (DVA) o el tutor legal y el equipo profesional.
- Según la ley, la prescripción de llevar a cabo un aislamiento y/o una contención mecánica lo tiene que hacer el médico. En su ausencia y en situaciones de riesgo inminente, lo podrá hacer el profesional responsable previamente determinado en el protocolo de contención. En estos casos se recomienda pedir la intervención del servicio médico de urgencias sanitarias a fin de que evalúe y decida sobre la medida adoptada, sin perjuicio de la ratificación o rectificación posterior por parte del médico titular.

**9.** Antes de la prescripción hace falta:

- Disponer del consentimiento informado de la persona atendida, o bien del familiar, representante o tutor de referencia en caso de incompetencia.
- Preguntarse si el riesgo es inminente, si no hay alternativas, si ya se ha probado todo, si es la última opción, respetando los principios éticos, si tenemos el consentimiento, si hemos previsto las consecuencias de su aplicación, si la medida de contención es la más adecuada al tipo de riesgo detectado y si es proporcional a su nivel.



## 7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES: OTRA MANERA DE CUIDARSE



1. Las contenciones físicas de cualquier tipo, así como cualquier forma de restricción de la libertad de una persona, sea cuál sea su estado físico, mental o social, son siempre una amenaza para la dignidad de la persona, y sólo se pueden admitir como alternativa realmente excepcional ante una situación de riesgo que no pueda ser abordada de ninguna otra manera. Los profesionales tienen que ser conscientes no solamente de los beneficios, sino también de los perjuicios que una intervención como esta comporta para la persona, lo cual les obliga a extremar la sensibilidad y el cuidado en la ejecución y el seguimiento de esta medida.
2. La fundamentación ética de su uso en el ámbito asistencial de la intervención social se concreta en valores y principios con respecto a la dignidad de toda persona como la libertad, la integridad, la no maleficencia, la beneficencia, la intimidad y la adecuación de la información.
3. Las contenciones son procedimientos destinados a limitar, restringir o impedir que una persona traspase un límite, ya sea físico, psíquico o emocional, y tenga una consecuencia mala.

4. En función de cómo se hace la acción de contención se pueden clasificar en: verbales, espaciales, físicas, mecánicas y farmacológicas.
5. No son procedimientos buenos o malos en sí mismos, sino en la intención de quién los utiliza, por eso la conceptualización de las contenciones es amplia.
6. Su aplicación requiere el análisis, el seguimiento, la evaluación periódica y la grabación de las actuaciones.
7. El uso de una contención requiere el consentimiento informado por escrito de la persona o, si no es competente, de su representante.
8. Hace falta que en la contención establecida se tenga en cuenta la imagen de la persona y su derecho a que se preserve con el máximo de respeto a la dignidad.

### Recomendaciones

- 1) Los servicios residenciales tendrían que disponer de un proyecto de centro donde se estableciera qué concepto de atender y cuidar la persona tiene la institución y donde se hiciera referencia a las situaciones que podrían originar medidas de contención, como abordarlas y tratarlas.

También es conveniente que dispongan de un plan específico de mejora de la utilización de las contenciones, que identifique las diferentes situaciones que constituyen la casuística propia y que evalúe los resultados de las medidas adoptadas.

- 2) Tomar decisiones sobre las contenciones haría falta que fuera fruto de un verdadero trabajo interdisciplinario que incluyera a todos los profesionales y a la persona atendida o su representante en caso de incompetencia para decidir.

En la prescripción de las contenciones tendría que constar:

- Tipo de contención y motivo para su utilización
- Objetivo
- Duración
- Frecuencia

- Pauta de control
- Las medidas utilizadas previamente a la contención y que han fracasado

- 3) Es necesario promover la formación del personal en trastornos de conducta y en una sensibilización permanente de las competencias profesionales en el ámbito de la contención. Hace falta que ésta sea específica en el ámbito de la intervención social. Es necesario que los servicios hagan un análisis funcional de determinadas conductas para repensar la adecuación de las contenciones

En el ámbito de las personas mayores, es recomendable promover la formación en técnicas (validación, musicoterapia, *snowzelen*, reminiscencia) para abordar y tratar las demencias y que también se utilicen o se puedan utilizar en otros colectivos.

- 4) El manejo de los trastornos de conducta en las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo tiene que basarse en la reducción o erradicación de conductas disruptivas (conductas problema) y sustituirlas por otras que no supongan un riesgo ni para la persona ni para los demás. Esta filosofía se llama *apoyo conductual positivo* (SCP) y su implementación es básica para una política de no contención.

Para personas con discapacidad intelectual, para personas con demencia y Alzheimer y con niños y jóvenes es recomendable hacer el perfil sensorial y tener en cuenta técnicas de estimulación multisensorial. Estas técnicas proporcionan bienestar emocional, relajación, desarrollo cognitivo y mejoran la calidad de vida.

- 5) Pensar en las contenciones en sentido amplio nos permite reflexionar sobre la atención centrada en la persona liberándonos de prejuicios. Los motivos económicos no justifican determinadas actitudes y medidas de contención no adecuadas.
- 6) Para poder disponer de espacios específicos en los centros residenciales (exigirlos) la Administración tendría que revisar la única regulación existente en

lo referente a las condiciones materiales que constan en la Orden de 15 de julio de 1987. También es necesario revisar la normativa sobre el uso de las contenciones mecánicas en establecimientos sociales desde una visión ética.

- 7) Sería conveniente que se revisaran también los criterios sobre ratios de personal en los centros o establecimientos, a fin de que la falta de personal no justifique nunca la instauración de una contención que, de lo contrario, no habría sido necesaria.
- 8) Recomendamos vivamente que se intensifiquen las prácticas de colaboración con los profesionales de salud, especialmente en los entornos residenciales, ya sean de carácter social, de justicia u otros.
- 9) Los servicios de atención primaria tendrían que transmitir al personal o a las empresas concertadas criterios éticos y funcionales en materia de utilización de medidas de contención en los domicilios.

Junto con la atención primaria sanitaria, tendrían que ofrecer formación para familiares cuidadores en el ámbito domiciliario

- 10) Se convertirá en pedagógico evidenciar y publicar las buenas prácticas o los hitos alcanzados por los establecimientos en relación con la utilización de las contenciones.
- 11) La realización de auditorías permite conocer datos sobre la utilización de las contenciones siguiendo una política imprescindible de transparencia.

## 8. GLOSARIO



**Agitación psicomotora:** aumento inadecuado de la actividad motora. Puede ser de escasa intensidad (inquietud psicomotora) o de alta intensidad.

**Competencia:** es la capacidad de decidir que tiene toda persona atendida en una situación y momento concretos. Se evalúa, a través de la capacidad cognitiva y emocional, la información adecuada y la voluntariedad en la toma de decisiones.

**Consentimiento informado:** ejercicio del derecho que tiene toda persona atendida a permitir o no una acción donde esté implicada. Hace falta que sea informada adecuadamente antes de decidir, de entrada siempre oralmente y en algunos casos establecidos por la ley hace falta que haya un documento escrito.

**Expediente asistencial:** está definido y regulado en el artículo 18 del Decreto 284/1996 y modificado por el Decreto 176/2000 en lo referente a las obligaciones de los titulares de servicios sociales. Este artículo enumera la documentación de la cual las entidades tienen la obligación de disponer, y, concretamente, el punto 18.8 establece que los establecimientos residenciales y centros de día tienen que disponer de un expediente asistencial.

Esta documentación tiene que incluir:

- Los datos personales identificativos del residente;
- El familiar, la persona de referencia o persona que es responsable –si es el caso– y que ha intervenido en su ingreso;
- El informe médico del residente extendido en los tres meses anteriores a su ingreso;
- La prescripción medicofarmacéutica, que tiene que estar en todo momento actualizada;
- Las pautas de alimentación, dieta; y
- La prescripción médica de restricción mecánica si necesita.

Es recomendable que el expediente asistencial sea lo más completo posible y recoja, además, las visitas médicas a especialistas, derivaciones hospitalarias, etc.

En la práctica se ha ido incluyendo toda una serie de documentación en lo referente a la persona atendida que, a pesar de no formar siempre parte de un expediente único, se considera información relevante para su atención.

Así podemos encontrar también los datos relativos a la atención continuada y que corresponden a las áreas de los diferentes profesionales que intervienen, como trabajo social, área médica y de enfermería, área de fisioterapia y terapia ocupacional, psicología, otros.

**Historia asistencial:** conjunto histórico de registros efectuados por los profesionales sobre la evolución bio-psico-social de los usuarios de los servicios sociales.

**Medicación de rescate:** tratamiento farmacológico administrado de forma puntual por una necesidad concreta del usuario (insomnio, ansiedad, dolor...).

**Plan de intervención:** es el programa de actividades o actuaciones concretas que se destinan de manera personalizada a cada usuario de los servicios sociales, a partir de la valoración de sus capacidades y calidad de vida, el establecimiento de objetivos de mejora y la reevaluación de los resultados de la intervención. También se lo conoce como Plan integral de atención individualizada (PIAI) y personalizada (PIAIP). Para la elaboración y la evaluación del PIAIP es deseable la participación del usuario y/o de su representante.

**Protocolo de contención:** es el proceso o plan preciso y detallado de todas las actuaciones de los profesionales sociales y/o sanitarios destinadas a la prevención, la detección, el tratamiento y el estudio de los riesgos, problemas y conductas de los usuarios de los servicios sociales y/o de salud que requieren la utilización de medidas de contención.

**Registro:** documento que deja constancia por escrito de un acontecimiento o de una tarea realizada en un momento determinado. Hace falta la identificación de la persona que ha hecho la acción, la cual puede ser: registro de una caída, de una alteración de la conducta o de la realización de la higiene. Los servicios sociales residenciales y servicios diurnos están obligados a llevar registros de: incontinencia de esfínteres y medida o dispositivo idóneo para su correcta atención; residentes con lesión por presión con indicación de la causa originaria, tratamiento y fecha de aparición y curación; actualización de caídas de los residentes con indicación de las circunstancias, los sistemas de prevención y las medidas de contención, con indicación de la medida más idónea para llevarla a cabo en que se establece la duración y las pautas de movilización; actividades dirigidas al mantenimiento de la higiene personal de los residentes; registro de la medicación que tiene que tomar el usuario con indicación de la persona que lo administra, y participación de los usuarios en el programa de actividades donde conste el nombre del usuario.

**Tendencia cero:** voluntad de tender a la no utilización de medidas de contención mientras haya alternativas. En su utilización, la tendencia cero significaría el estado permanente de revisión crítica de la medida, con voluntad de aplicar siempre, de acuerdo con la evolución de la persona, la de menor impacto restrictivo.

## 9. REFERENCIAS



- Alarcón, T. "El uso adecuado de la restricción física en el anciano: una preocupación creciente". A: **Revista española de geriatría y gerontología**, 2003, vol. 43(4), p. 197-198.
- Alarcón, T. "Uso de restricción física en el anciano en el siglo XXI : ¿necesidad o falta de formación?". A: **Revista española de geriatría y gerontología**, 2001, vol. 36(1), p. 46-50.
- Brykczynska, G. "Caring. Some philosophical and spiritual reflections". A: G. Brykczynska i J. Moya (ed.). **Nursing Care**. Londres: Edward Arnolf, 1992.
- Burgueño, A. **Atar para cuidar: uso de sujeciones físicas y químicas en personas mayores dependientes que reciben cuidados prolongados**. 2008.  
[En línea](#)
- Burgueño, A. **Guía para personas mayores y familiares: uso de sujeciones físicas y químicas con personas mayores y enfermos de Alzheimer. Programa Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer**. Madrid: Fundación Iberdrola: CEOMA, Confederación Española de Organizaciones de Mayores,



2005. 62 p.

[En línea](#)

- **Carrillo, E.; Burgueño, A.; Abad, F.; Dupasquier, J.N.; Fries, B.E.**  
Comparaciones internacionales de residentes en centros de media y larga estancia (residencias asistidas) y clasificación en *case-mix*: perspectivas actuales. **Rev. de Gerontología, 6, (1996), p. 285-293.**
- CEAS Hospital Clínico San Carlos. **Protocolo de contención de movimientos en pacientes.** 2010.  
[En línea](#)
- Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona. Comissió Deontològica.  
**Consideracions davant les contencions físiques i/o mecàniques: aspectes ètics i legals.** 2006.  
[En línea](#)
- Comissió Nacional per a la Protecció d'Éssers Humans de l'Experimentació Biomèdica i de la Conducta. **Informe Belmont.** 1978.  
[En línea](#)
- "Comparaciones internacionales de residentes en centros de media y larga estancia (residencias asistidas) y clasificación en *case-mix*: perspectivas actuales". A: **Revista de gerontología**, 1996, núm. 6, p. 285-293.
- Cortina, A. **Ética de la razón cordial.** 2a ed. Madrid: Ediciones Nobel, 2009. 270 p. (Jovellanos de ensayo; 32)
- Del Río, M.; Gótor, P.; Cuevas, P. "Restricciones físicas en pacientes ancianos hospitalizados: perfil de los pacientes y motivos de su uso". A: **Garnata**, 2000, 16.

- Esquerda, M.; Pifarré, J.; Gabaldón, S. "Evaluación de la competencia para tomar decisiones sobre su propia salud en pacientes menores de edad". A: **FMC**, 2009, 16(9), p. 547-553.
- "Estudio descriptivo sobre la actitud de la familia ante el uso de restricciones físicas en mayores: resultados preliminares". A: **Revista española de geriatría y gerontología**, 2008, vol. 43(4), p. 201-207.
- Fariña-López, E. "Problemas de seguridad relacionados con la aplicación de dispositivos de restricción física en personas mayores". A: **Revista española de geriatría y gerontología**, 2011, vol. 46(1), p. 36-42.
- Fariña-López, E., Camacho, A., Estevez-Guerra, G. J. "Accidentes asociados al uso de restricciones físicas en ancianos con trastornos cognitivos: estudio de tres casos". A: **Revista española de geriatría y gerontología**, 2009, vol. 44(5), p. 262-265.
- Fariña-Lopez, E.; Estévez-Guerra, G. J. "Physical restraint of patients: historical notes relating to the nineteenth and twentieth century = [La restricción física de los pacientes. Siglos XIX y XXI]". A: **Revista de enfermería**, 2011, vol. 34(3), p. 22-29.
- Federació Allem. **Protocol d'actuació de mesures restrictives en usuaris amb discapacitat intel·lectual**. Lleida: Federació Allem, 2009.
- Feil, Naomi. **Validación: un método para ayudar a las personas mayores desorientadas**. Barcelona: Herder, 2002. 158 p. (Albor. Master gerontología social)
- **Força i violència en educació social: en Pere i en Josep, anàlisi d'un cas pràctic sobre els límits de la força física en un Centre Residencial d'Acció Educativa (CRAE)** Girona: Observatori d'Ètica Aplicada a la Intervenció Social, 2008. 133 p. (Quaderns d'ètica aplicada a la intervenció social; 2)

- Gallagher, A. "Ethical issues in patient restraint". A: ***Nursing times***, 2001, 107(9), p. 18-20.
- García Férez, J. ***La bioética ante la enfermedad de Alzheimer***. Madrid: Desclée de Brouwer-Univ. Comillas, 2005. 583 p. (Cátedra de bioética; 13)
- Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar i Família. Direcció general d'atenció a la infància i l'adolescència. ***Instrucció núm. 2/2006, d'1 de març, sobre l'exercici de la facultat de correcció i contenció dels menors acollits en centres***.
- Generalitat de Catalunya. ***Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica***.  
[En línia](#)
- Generalitat de Catalunya. ***Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de serveis socials***.  
[En línia](#)
- Gobert, M.; D'Hoore, W.; Mora-Fernández, J. "Adecuación de las restricciones físicas y farmacológicas en los ancianos institucionalizados: estudio comparativo en Québec y la Suiza Romanda, con implicaciones en nuestro medio". A: ***Revista española de geriatría y gerontología***, 2005, vol. 40(1), p. 7-17.
- Gobierno de Navarra. ***Decreto foral 221/2011, de 28 de septiembre, por el que se regula el uso de sujeciones físicas y farmacológicas en el ámbito de los servicios sociales residenciales de la Comunidad Foral de Navarra***.  
[En línia](#)
- Goñi, M. J.; Martínez, N.; Zardoya, A. ***Apoyo conductual positivo: algunas herramientas para afrontar las conductas difíciles***. Madrid: FEAPS, 2007. 46 p. (Cuadernos de buenas prácticas FEAPS)  
[En línia](#)

- Harris, J. "Physical restraint procedures for managing challenging behaviours presented by mentally retarded adults and children". A: **Research in developmental disabilities**, 1996, vol. 17(2), p. 99-134.
- Hospital Gregorio Marañón. **Cuidados al enfermo con restricciones mecánicas protectoras**. 2012.  
[En línea](#)
- **International Snoezelen National Assotiation**.  
[En línea](#)
- "Mechanical restraints as positive reinforcers for aggression". A: **Behavioral interventions**, 2008, vol. 23(2), p. 137-142.
- Mèlich, J. C. **Ética de la compasión** Barcelona: Herder, 2010. 317 p.
- Merineau-Cote, J.; Morin, D. "Correlates of restraint and seclusion for adults with intellectual disabilities in community services". A: **Journal of intellectual disability research**, 2013, vol. 57(2), p. 182-190.
- Orbegozo Aramburu, A. "Experiencias en relación con el maltrato y el abordaje desde las instituciones y entidades". A: **El maltrato de personas mayores: detección y prevención desde un prisma criminológico interdisciplinar**. Donostia: Hurkoa Fundazioa: Instituto Vasco de Criminología, 2006. p. 61-79.
- Organització de les Nacions Unides. **The Universal Declaration of Human Rights**.  
[En línea](#)
- Padrós, J.; Arimany, J.; Gómez, E. "Contencions". A: **Quaderns de bona praxi**, 2013, núm. 32, 24 p.  
[En línea](#)
- "Prevalencia comunicada de sujeciones físicas: resultado de la aplicación de un sistema de información para un *benchmarking* anónimo entre residencias españolas del Programa desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer". A:

**Agathos: revista de atención sociosanitaria y bienestar**, 2008, núm.1, p. 4-11.

- **Proposta d'avaluació de la competència en la gent gran.** [s.l.]: Comitè d'Ètica Assistencial dels centres per a la gent gran Llar Terrassa, Montsacopa (Olot) i La Torrassa (L'Hospitalet de Llobregat), 2009.

[En línea](#)

- Ramos Montes, J. "Evaluación de la competencia para tomar decisiones sobre su propia salud en adultos". A: **Formación médica continuada**, 2009, 16(10), p. 597-604.
- Rodríguez, J. "Contenciones mecánicas en geriatría: propuestas técnicas y recomendaciones de uso en el ámbito social". A: **Revista española de geriatría y gerontología**, 2013, vol. 48(4), p. 185–189.
- Schalock, R. L.; Verdugo, M. A. "El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual". A: **Revista española sobre discapacidad intelectual**, 2007, vol. 38(4), núm. 224, p. 21-36.
- **Seguridad del paciente: protocolo de contención mecánica e inmovilización de pacientes.** Granada: Hospital Universitario San Cecilio, Dirección de Enfermería, 2007. 43 p.

[En línea](#)

- Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. **Hacia una cultura sin restricciones: las restricciones físicas en ancianos institucionalizados.** 2003. (Documento técnico SEEGG; 3).

[En línea](#)

- Simón, P. "La evaluación de la capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una area todavía pendiente". A: **Aproximación al problema de la competencia del enfermo.** Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas, 2008. p. 37. (Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas; 14)

- Síndic de Greuges de Catalunya. **Informe sobre els drets dels infants**. Barcelona: El Síndic, 2013. p. 23-25.
- Suen, L.; Lai, C.; Wong, T. "Restricciones físicas en cuidados de larga duración: actitudes, experiencia y conocimiento mejoran su uso". A: **Revista Enfermería Clínica**, 2006, vol. 16(6), p. 345-347.
- **Taller de sensibilització per a professionals sobre contencions mecàniques: [pòster 6a. Jornades Interdisciplinàries Catalanes de Residències de Gent Gran, Barcelona, 23 i 24 de març 2012]**. 2012.  
[En línea](#)
- Torralba Rosselló, F. **Ética del cuidar**. [Sant Cugat del Vallés]: Institut Borja de Bioètica; Madrid: Fundación MAPFRE Medicina, 2002. 272 p.
- Torres, F.; Barrios, F. L. **Libertades fundamentales derechos básicos y atención al enfermo mental**. 2007.  
[En línea](#)
- "Uso de sujeciones físicas en una población anciana ingresada en residencias públicas". A: **Revista española de geriatría y gerontología**, 2008, vol. 43(4), p. 208-13.
- Vidal, M.; Contreras, M. J.; López, E. **Ús racional de les contencions físiques: estudi de la incidència de l'assessorament de la inspecció de serveis socials en residències de gent gran**. Barcelona: Departament de Benestar Social i Família. Generalitat de Catalunya, 2011. 42 p.  
[En línea](#)
- Williams, Don E. "Restraint safety: an analysis of injuries related to restraint of people with intellectual disabilities". A: **Journal of applied research in intellectual disabilities**, 2009, vol. 22(2), p. 135–139.
- Williams, Don E.; Grossett, Deborah L. "Reduction of restraint of people with intellectual disabilities: an organizational behavior management (OBM)

approach". A: ***Research in developmental disabilities***, 2011, vol. 32, issue 6, p. 2336-2339.

- Zunzunegui, M. V. "Restricciones físicas y farmacológicas de las personas mayores que viven en instituciones". A: ***Revista española de geriatría y gerontología***, 2005, vol. 40(1), p. 4-6.