

# Comitè d'Ètica dels Serveis Socials de Catalunya



Documents de reflexió

*Document de reflexió sobre contencions*



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

Aquesta obra està sotmesa a una llicència Reconeixement-No Comercial-Sense Obres Derivades 3.0 de Creative Commons. Se'n permet la reproducció, distribució i comunicació pública sempre que se'n citi l'autor o autors i l'editor, i no es faci un ús comercial de l'obra original ni se'n creïn obres derivades. La llicència completa es pot consultar a:

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



© Departament de Benestar Social i Família  
Comitè d'Ètica dels Serveis Socials de Catalunya

Autoria dels textos:

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

Document revisat: Juliol 2015

© 2015, Generalitat de Catalunya  
Departament de Benestar Social i Família  
Passeig del Taulat, 266-270  
08019 BARCELONA

## SUMARI



<b>1. Introducció</b> .....	2
<b>2. Què entenem per contenir? Causes</b> .....	4
<b>3. Fonamentació ètica</b> .....	8
<b>4. Consideracions legals</b> .....	14
<b>5. Tipus d'estratègies de prevenció</b> .....	18
5.1. Proactives o de prevenció primària.....	18
5.1.1. Dels trastorns de conducta .....	19
5.1.2. De les sortides no controlades.....	20
5.1.3. De les caigudes .....	20
5.2. Estratègies reactives o de prevenció secundària .....	21
5.2.1. De no contenció.....	21
5.2.2. <i>Time out</i> .....	22
5.2.3. De contenció.....	24
a. Contenció verbal .....	25
b. Contenció espacial.....	25
c. Contenció física.....	28
d. Contenció mecànica.....	29
e. Contenció farmacològica.....	32
<b>6. Consideracions en l'aplicació de les contencions</b> .....	34
<b>7. Conclusions i recomanacions: una altra manera de cuidar</b> .....	38
<b>8. Glossari</b> .....	42
<b>9. Referències</b> .....	45
<b>10. Crèdits</b> .....	51

## 1. INTRODUCCIÓ



El treball diari en la intervenció social ens fa veure la necessitat d'aturar-nos per repensar el que fem i com ho fem, és a dir, aplicar l'ètica en el nostre àmbit d'actuació.

Des de fa temps les contencions són objecte de discussió en la intervenció social, i per això pensem que des del Comitè d'Ètica de Serveis Socials de Catalunya cal fer-hi una aproximació reflexiva que ens ajudi al debat.

Amb la intenció de millorar l'atenció a les persones ateses en tots els àmbits de la intervenció social, els objectius que ens hem proposat són els següents:

- a) Delimitar el camp de reflexió sobre les contencions, fonamentar èticament la presa de posició sobre aquestes.
- b) Revisar la seva aplicació en els diferents àmbits: gent gran, infància i adolescència, persones amb malaltia mental i persones amb discapacitat intel·lectual, tant les institucionalitzades com les ateses a domicili.
- c) Proposar un seguit de recomanacions que puguin servir d'ajut en la reflexió.

Metodològicament, s'ha treballat durant una primera fase en petit grup conformat per membres del CESSC i experts externs en el tema, tenint en compte la pluralitat pràctica de la intervenció social i l'expertesa reconeguda que, a través del treball individual i la discussió en grup han permès fer un primer document per a la discussió en el CESSC.

Som conscients que estem limitats a no poder abastar totes les experiències que es presenten en aquest camp, i per això no dubtem que la seva discussió posterior, arreu on es produeix la intervenció social, l'enriquirà i el farà més proper al nostre gran objectiu ja citat: millorar tant com es pugui l'atenció a les persones a qui ens adreçem.

Al document que us proposem trobareu, d'entrada, una definició àmplia i descriptiva per la qual hem optat, que explica des d'un primer moment on ens posicionem. Passem immediatament a la reflexió ètica fonamentada en arguments tant ètics com legals. Tipifiquem allò que anomenem *tendència zero* en l'aplicació de les contencions, amb una gradació en la implementació de mesures que ens les estalviïn si pot ser i, per quan no pugui ser, hem indicat quines són les mesures de contenció a utilitzar. Acabem fent unes recomanacions amb el desig que puguin ser discutides des de la intervenció social.

## 2. QUÈ ENTENEM PER CONTENIR? CAUSES



El primer que volem fer és delimitar la varietat conceptual del tema que volem analitzar, ja que la bibliografia ens dóna formulacions molt diverses. *Contenir*, *subjectar*, *restringir* o *lligar* són temes que no volen dir exactament el mateix i que denoten en si mateixos formes diverses de comprendre allò sobre què volem reflexionar. Aquesta polisèmia ens ajuda a entendre, en alguns casos, les polèmiques que comporta anomenar-ho d'una forma o d'una altra.

Majoritàriament s'utilitza el terme *contenir* per referir-nos a “quan es limita, reté o impedeix que una persona surti o traspassi un límit, ja sigui físic, psíquic o emocional” per evitar un perill que hi hauria més enllà del límit (Rodríguez, J., 2011) a diferència del terme *subjectar* (Vidal, M., Contreras, M. J., i López, E., 2011), que conté una connotació més física amb matisos relacionats amb la dominació i el poder. El terme *subjecció* s'utilitza en alguns casos, sobretot en la literatura gerontològica, com a sinònim de *restricció* (Alarcón, 2001; Alarcón, 2008; Del Río, Gótor, i Cuevas, 2000; Fariña-López, Estévez-Guerra, i Núñez, 2008; Fariña-López, 2011; Fariña-Lopez, Camacho, Estevez-Guerra *et al.*, 2009; Gobert, d'Hoore i Mora-Fernández, 2005; Orbegozo, A., 2006; SEGG, 2003; Suen, Lai, i Wong, 2006; Zunzunegui, 2005) i com a procediments restrictius, al Decret foral de Navarra 221/2011 (Gobierno de Navarra, 2011) i també al Col·legi d'Infermeria de

Barcelona. No manquen autors molt crítics en la utilització d'aquests termes que fan servir eufemismes del concepte *lligar* (Burgueño, A., 2008; CEOMA, 2005).

La Comissió Deontològica del Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona defineix la *contenció* com: "la utilització d'un dispositiu físic o mecànic per restringir els moviments d'una part del cos o la seva totalitat, a fi de prevenir aquelles activitats físiques que poden posar en situació de risc o perill de lesió la persona malalta o altres persones del seu entorn" (Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona, Comissió Deontològica, 2006).

Aquesta definició és molt semblant a altres definicions que, amb algunes petites variacions, assenyalen la proximitat del mecanisme al cos i la dificultat per treure's autònomament el dispositiu. (CEOMA, 2005; Del Río *et al.*, 2000; Fariña-López *et al.*, 2008; Galán, Trinidad i Ramos, 2008; Gobert *et al.*, 2005; Zunzunegui, 2005).

En altres llocs són descrits pels seus usos de forma diferent, com a 'procediments terapèutics o d'intervenció terapèutica' (Hospital Gregorio Marañón, 2012; SEEGG, 2003), com a procediment clínic (CEAS Hospital Clínico San Carlos, 2010). Segons el *Quadern de la bona praxi* del Col·legi de Metges de Barcelona sobre les contencions (Padrós, J., Arimany, J. i Gómez, E., 2013), l'Organització Mundial de la Salut (OMS) defineix la *contenció mecànica* o *física* com 'la restricció de moviment mitjançant qualsevol mètode manual, dispositiu físic o mecànic, material o equip connectat o adjacent al cos del pacient, que ell o ella no pot treure fàcilment' i el *Quadern de la bona praxi* continua dient que es tracta d'una mesura terapèutica excepcional que immobilitza parcialment o en conjunt el cos del pacient, generalment amb la subjecció a un llit o cadira'. No obstant això, en aquest concepte s'engloba l'ús d'altres mecanismes diferents de contenció, com ara les baranes de llit.

La nostra opció és ampliar la visió purament mecànica de la contenció, perquè la realitat ens porta a pensar que hi ha una intenció compartida per altres dispositius o altres estratègies que podríem anomenar també de contenció, i l'adjectivem per clarificar-ne el tipus: així, hi ha *contencions verbals* quan ho fem oralment, *físiques*

si la fem de cos a cos, *mecàniques* quan fem referència al dispositiu, *espacials* si contenim a través de l'espai i *farmacològiques* si són degudes a fàrmacs.

Fem aquesta opció convençuts que algunes polèmiques poden ser evitades si ampliem el camp de visió. La descripció de la contenció no la fa més bona o dolenta per si mateixa, sinó que aquesta se centra en la intenció de fons de la seva aplicació.

No podem oblidar les causes de l'ús de contencions en el nostre medi, ja que són un element cabdal en la reflexió que estem encetant.

Les contencions han esdevingut una pràctica habitual per diverses causes, segons consta en els estudis (Fariña-López i Estévez-Guerra, 2011; Gallagher, 2011) fets amb gent gran, i que són extensibles en diferent mesura als altres àmbits de la intervenció social: evitar caigudes, el perill de fugida, conductes disruptives, conductes considerades molestes, totes a vegades amb freqüència i durant molt de temps. Tot plegat ens recorda el conflicte entre percepció/acceptació del risc i la seguretat, sabent que el risc zero no existeix.

Segons l'estudi elaborat pel Servei d'Inspecció del Departament de Benestar Social i Família (DBSF), "Ús racional de les contencions físiques. Estudi de la incidència de l'assessorament de la inspecció de serveis socials en residències de gent gran" (Vidal, M., Contreras, M. J., i López E, 2011), en les visites fetes als diferents serveis residencials d'àmbit divers s'ha pogut comprovar que la utilització de les mesures de contenció mecànica són molt presents en centres residencials de gent gran.

Segons aquest estudi, d'una mostra de 8.772 persones, un 21,5% portava una subjecció mecànica; del global de la mostra, el 50% tenia un diagnòstic de demència, i d'aquests el 41,22% (1.836 persones) estaven subjectades.

Després de la tasca d'assessorament i divulgació durant sis mesos, s'observa una reducció d'un 14% en l'ús de les subjeccions.



En l'àmbit de la gent gran, a l'Estat espanyol es fa un ús significativament superior d'aquestes immobilitzacions respecte d'altres països amb condicions socioeconòmiques similars (Burgueño, A. A., Iborra, I., Martínez, P. i Pérez, V., 2008; Carrillo, E., Burgueño, A., Abad, F., Dupasquier, J. N. i Fries, B. E., 1996).

En infants i adolescents, no hi ha quasi referències i les poques que trobem són preocupants, com les de l'informe del Síndic de Greuges en referència a les contencions en alguns recursos residencials on viuen adolescents menors d'edat que és demolidora per la normalitat amb què es fan: "L'ús recurrent de mesures de contenció en contra del principi d'excepcionalitat i la forma de realitzar-les no garanteixen els drets dels menors ingressats" (Síndic de Greuges, 2013).

En persones amb discapacitat intel·lectual i persones amb trastorns mentals trobem referenciats els estudis de Merineau-Cote, J. i Morin, D., 2013; Carr, P. G., 2012; Williams, D. E. i Grossett, D. L., 2011; Williams, D. E., 2009; Kahng, S., Leak, J. M., Vu, C. i Mishler, B. (2008); Harris, J. 1996, que tracten de l'ús tècnic en aquest àmbit sense fer-ne una qualificació.

### 3. FONAMENTACIÓ ÈTICA



El respecte a la dignitat és el principi bàsic sobre el qual es fonamenta tota la nostra intervenció, tal com ens recorda el preàmbul de la Declaració universal dels drets humans: “el respecte a la dignitat inherent a tots els membres de la família humana i als drets iguals i inalienables de cadascú constitueix el fonament de la llibertat, de la justícia i de la pau del món” (ONU, 1948).

El concepte de dignitat es basa en el reconeixement del valor intrínsec de la persona i, per tant, es mereix respecte amb independència de les seves condicions individuals, físiques i/o psicològiques, la seva ideologia o la seva situació econòmica. Totes les persones que reben atenció de serveis socials i de cuidadors no professionals (persones amb discapacitat/diversitat funcional, gent gran, infants, persones amb malaltia mental) mereixen un tracte digne.

Caldrà, doncs, que donem contingut a allò que entenem per respecte a la dignitat en l'àmbit de la intervenció social, tant en institucions com en l'atenció domiciliària, on la situació de dependència en alguns casos podria fer que moltes persones fossin especialment vulnerables a la pèrdua d'aquest dret.

Respectar la dignitat vol dir, entre altres coses, tenir cura de l'exercici de la llibertat de tota persona des de la justícia, considerant la seva integritat i promocionant la

seva autonomia (Gobierno de Navarra, 2011) des de la situació concreta en la qual es troba la persona atesa.

Exercir la llibertat ha estat entès de moltes maneres diferents al llarg de la història del pensament. Actualment l'associem a la justícia –ja que llibertat sense justícia és privilegi– i a la responsabilitat, la qual cosa ens obliga a tenir en compte la situació concreta de la persona que l'ha d'exercir, des de la seva integritat bio-psico-social-transcendent i el seu apoderament en l'exercici de la seva autonomia, és a dir, allò que anomenem la *seva competència* (Simón, 2008).

Segons la gravetat de la decisió a prendre caldrà un grau de competència o un altre.

La competència es mesura segons la capacitat cognitiva i psicològica de la persona que ha de decidir, la gestió adequada de la informació rebuda i la voluntarietat en l'acció de decidir (Cardona *et al.*, 2009; Esquerda, Pifarre, i Gabaldón, 2009; Ramos, 2009).

La concreció del respecte a la dignitat constitueix cuidar les persones, i requereix unes virtuts determinades per part de qui cuida, que són l'aplicació pràctica d'uns determinats valors i principis. En el cas de les contencions, els principis fonamentals són: la llibertat, la integritat, la no-maleficència, la benevolència, la intimitat i la informació adequada.

L'aplicació del procediment del consentiment informat uneix fonamentalment el principi de respecte a l'autonomia i el dret a la informació. Això vol dir que sempre caldrà consensuar la millor acció terapèutica coresponsabilitzant-nos en la cura, després d'informar adequadament dels objectius, la metodologia i la temporització de la mesura, demanant el permís de la persona atesa, si és competent, i acceptant el seu consentiment o no de la proposta feta pels professionals.

En el cas de les contencions, en ser “procediments que comporten riscos i inconvenients notoris i previsibles, susceptibles de repercutir en la salut del pacient”, segons recull la Llei sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient i la documentació clínica (Llei 21/2000 del 29 de desembre) caldrà

sempre que, després del procés verbal, se signi un document explícit. Si la persona atesa no fos prou competent per a aquesta decisió, caldria comptar amb la persona representant, tal com està fonamentat l'informe Belmont (Comissió Nacional per a la Protecció d'Éssers Humans de l'Experimentació Biomèdica i de la Conducta, 1978) quant al procediment de substitució. Com ja explicita la Llei 21/2000, en l'article 7 sobre el consentiment informat, sempre cal fer "intervenir tant com sigui possible" la persona, sigui quin sigui el seu nivell de competència.

El respecte de la intimitat, dret humà bàsic (ONU, 1948), ens obliga a una cura especial en el cas d'aplicar una contenció, preservant la persona sempre de la mirada dels altres, si no és que la mateixa persona ho permeti. Això, a vegades no es té en compte en aplicar contencions en espais públics, sobretot aquells que són compartits amb altres persones ateses i quan reben visites. En aquests casos, la demanda explícita de consentiment és bàsica.

La no-maleficència i el respecte a la integritat de la persona són uns altres punts clau: només després d'haver intentat totes les altres mesures terapèutiques es podria proposar la contenció com a mesura que implica un benefici, amb el mínim de dany (la contenció ho és) en totes les dimensions que conformen la integritat personal (bio-psico-social-transcendent) i des de l'atenció centrada en la persona.

L'Observatori d'Ètica Aplicada (2008) remarca que hi ha una diferència entre la força, que podria ser que impliqués benefici, i la violència, que implicaria un mal, i, per tant, mai aplicable. La diferència entre les dues rau en tres aspectes: 1) la finalitat, 2) la qualitat de l'acció, "la força és defensiva amb intenció protectora, la violència és agressiva", i 3) l'autoritat basada en el vincle afectiu establert entre la persona atesa i el professional, que li dóna legitimitat.

Cal determinar fins a quin punt la contenció és la darrera mesura que implica benefici, ponderar béns/danys i, si no hi ha possibilitat d'aplicar-ne cap altra, assegurar-nos que no comporti un mal, en considerar-la un abús, un maltractament o una negligència, com fan alguns autors (Burgueño, 2008; CEOMA, 2005). Altres vegades es proposa com a darrera alternativa, i es considera qualsevol altra acció possible més beneficiosa que la contenció i, per tant, s'encoratja a no aplicar-la, si

és possible. Des d'aquesta visió apareix el concepte de *tendència zero*, en proposar-se l'evitació, en la mesura que sigui possible, com a objectiu inicial en la nostra pràctica diària.

Al nostre parer, aquesta tendència zero parteix d'un ús molt restrictiu del concepte contenció pel que fa a determinats dispositius (sobretot mecànics), tot i que permetre o no un perill imminent seria també font de discussió. Com a alternativa es fan servir altres mesures que també són de contenció però que culturalment són més acceptades (contenció verbal, física, butaques baixes, taula al davant de la cadira, allitament forçós i d'altres); però en el fons la intenció de contenir és la mateixa i, per tant, la discussió sobre si aquesta és una mesura que pot arribar a ser un mal i no realitzable en cap situació, no dependria tant de la intenció com del tipus de contenció realitzada que ens permetria fer una gradació d'aquesta segons les conseqüències integrals, o bé segons uns criteris més aviat d'ordre cultural i/o estètic.

Caldrà introduir en el debat el conflicte entre la beneficència i la justícia, entesa com la millor distribució i organització possible dels recursos existents i possibles. Caldrà preguntar-nos si l'aplicació de mesures de contenció pot ser justificada per una dificultat econòmica, sabent que per molt eficient que sigui econòmicament no podem prendre mai una mesura que sigui un mal.

Segons l'Observatori d'Ètica Aplicada a la Intervenció Social (2008), els criteris que haurien de prevaler sempre en l'aplicació de contencions són:

1. Necessitat: és el darrer recurs a usar un cop tota la resta no ha funcionat.
2. Proporcionalitat: entre el tipus de contenció que s'aplica i la gravetat de la conducta.
3. Prevenció: per evitar un mal més gran. Mai no s'ha de produir amb un caràcter punitiu, que serveixi d'exemple, intimidador o sancionador.
4. Excepcionalitat: no s'apliquen mai contencions de forma rutinària o habitual.

Tots aquests principis, criteris i drets però, no es garanteixen sense tenir en compte els cuidadors, en els quals caldrà fomentar un seguit de virtuts que cal anar cultivant

en la pràctica continuada, el que anomenem *cuidar* (Cortina, 2009; Torralba, 2002). La primera virtut i la més bàsica és la benevolència (García-Férez, 2005), és a dir, voler el bé de l'altre, procurar el màxim benefici terapèutic i la màxima independència en la vida quotidiana, i procurar una millor assistència i qualitat de vida de les persones ateses (Schalock, R. L., i Verdugo, M. A., 2003). A més a més, Brykczynska (1992) ens recorda cinc virtuts bàsiques en l'ètica del cuidar: la compassió, la competència, la confiança, la confidència i la cautela.

Compadir vol dir compartir el que l'altre està vivint (Mèlich, J. C., 2010) com a *pathos*, intentar posar-se al lloc de l'altre, sense voler ser l'altre, que és diferent. La compassió vol dir fugir del paternalisme, acceptar el punt de vista de l'altre, potenciar la seva autonomia i promoure l'apoderament.

La compassió demana altres virtuts, com ara la comprensió i la paciència. En la situació que pot generar la contenció, el punt de vista de qui ha de patir-la és fonamental. Són bàsics per a això els tallers adreçats als cuidadors on experimentin el que significa a la pràctica ésser contingut (Rodríguez, J. *et al.*, 2011).

La competència professional demana anar-se formant contínuament, per ser excel·lent en la pràctica de cuidar, en la comprensió de l'altre, en la confidència. És responsabilitat nostra, com a professionals, ampliar la comprensió tant tècnica com sociocultural de les contencions, també del que representen en altres cultures.

La confidència exigeix mantenir el secret i la intimitat, per això genera confiança. Aquest és un aspecte que cal cuidar en la contenció, ja que molts cops no es té en compte el respecte a la intimitat, les mirades dels altres, les conseqüències de la immobilització en l'entorn públic.

També cal tenir confiança, poder fiar-se'n, saber que hom està en bones mans. Suposa ser sol·lícit a la situació de l'altre, en especial si està immobilitzat i amb la seguretat que no es prendrà cap mesura sense ser-ne curós. La virtut de la fidelitat fa que la persona atesa sàpiga que sempre podrà comptar amb nosaltres.

La cautela, la prudència, que és la cura en la proporció de la mesura aplicada, la revisió continuada d'aquesta, la deliberació sospesant d'altres mesures, la veracitat de no enganyar i d'informar adequadament, de ser sincers i coherents.

## 4. CONSIDERACIONS LEGALS



Hem de tenir en consideració el que les lleis diuen en relació amb les contencions i plantejar-nos si, malgrat aplicar les mesures de contenció segons els preceptes legals, el seu ús garanteix els principis ètics descrits anteriorment i no vulnera cap precepte de drets fonamentals (Torres, F., i Barrios F. L., 2007).

Sense oblidar el document marc, que és el Conveni europeu de drets de l'home i la biomedicina de l'any 1997, ratificat per l'Estat espanyol l'any 2000, cal tenir en compte l'àmplia legislació que hi ha. Des de la legislació administrativa sanitària de la Llei catalana 21/2000, sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica, fins a la Llei espanyola 41/2002, de 14 de novembre, reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica, així com el Decret 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació referents a la salut i a l'autonomia del pacient i a la documentació clínica, la Llei d'enjudiciament civil o el Codi penal.

A banda dels preceptes constitucionals establerts en l'article 1 al dret a la llibertat; l'article 10, dels principis de dignitat humana i lliure desenvolupament de la personalitat; l'article 15, sobre el dret a la integritat física i moral i a no patir tractes inhumans o degradants, i l'article 17 del dret a la llibertat física, hi ha altra regulació jurídica específica a propòsit de les immobilitzacions com un tipus concret de



contenció. La Llei de serveis socials 12/2007, en l'article 12, que regula els drets dels usuaris dels serveis i establiments, en l'epígraf *p* estableix:

*“Dret a no ser sotmès a cap tipus d’immobilització o restricció física o farmacològica sense prescripció mèdica i supervisió, a excepció que existeixi perill imminent per a la seguretat física de la persona atesa o de terceres persones. En aquest últim cas, les actuacions efectuades s’hauran de justificar documentalment en l’expedient assistencial de la persona atesa o usuària i s’han de comunicar al Ministeri Fiscal, d’acord amb el que estableix la legislació”.*

Aquesta regulació obeeix a un altre moment amb un alt nombre de contencions, però ara caldria accentuar més el dret a la pròpia autonomia per decidir la pròpia concepció de seguretat.

La Llei 21/2000, que fa referència als drets d’informació concernent la salut i l’autonomia del pacient, i la documentació clínica, en el capítol 2, l'article 2, formula i regula l’abast del dret a la informació assistencial del pacient, estableix el dret a conèixer tota la informació sobre la seva salut, i també el dret a no ser informat si un no vol i la veridicitat, la qual “s’ha de donar de manera comprensible i adequada a les necessitats i els requeriments del pacient, per ajudar-lo a prendre decisions d’una manera autònoma”. A més, recorda al capítol 3, article 2 que, “en cas d’incapacitat del pacient, aquest ha de ser informat en funció del seu grau de comprensió, sens perjudici d’haver d’informar també qui en té la representació”. I en el capítol 4, article 6, estableix la necessitat d’obtenir el consentiment del pacient, degudament informat, davant de qualsevol intervenció en l’àmbit de la salut, i que ha de ser fet per escrit sobretot “quan es duen a terme procediments que comporten riscos i inconvenients notoris i previsibles, susceptibles de repercutir en la salut del pacient”, ja que és “un document específic per a cada supòsit” i “ha de contenir informació suficient sobre el procediment de què es tracta i sobre els seus riscos”, i es pot revocar el permís en qualsevol moment sense que afecti la seva assistència continuada. L'article 7 estableix el consentiment per substitució quan no hi ha competència plena.

L'informe del Síndic de Greuges de Catalunya (Síndic, 2013) subratlla: “Val a dir que, en el cas d'infants i adolescents en situació de desemparament, la manca de desplegament reglamentari de la Llei 14/2010 dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència ha estat suplerta per la Instrucció 11/2010, de 20 de desembre, per la qual s'aprova el Protocol sobre l'acolliment en centre per raons terapèutiques i educatives d'infants o adolescents en situació de guarda o tutela per la Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (DGAIA).

Aquesta Instrucció regula, entre altres aspectes, les contencions físiques i mecàniques i les mesures d'aïllament. També estableix que en tot allò que no estigui previst, subsidiàriament, cal regir-se per la Instrucció 2/2006, d'1 de març, de la DGAIA, sobre l'exercici de la facultat de correcció i contenció dels menors acollits en centres, on especifica que “les contencions han de ser la darrera mesura possible seguint els principis de necessitat com a darrera mesura, proporcionalitat amb la gravetat de la conducta, prevenció, mai com a caràcter intimidador o punitiu, i d'excepcionalitat en la seva aplicació no habitual”. El seu àmbit d'aplicació s'estén només als infants i adolescents en situació de tutela o guarda de la DGAIA, però no als nois i noies menors d'edat ingressats en els anomenats centres terapèutics i que estan sota la potestat dels seus pares.” (Informe de protecció dels infants del Síndic de Greuges, 2013).

Cal tenir en compte també allò que s'estableix sobre les mesures o mitjans d'intervenció terapèutica en els casos següents:

L'*internament involuntari o forçós*, regulat expressament en l'article 763 de la Llei 1/200 d'enjudiciament civil i en el Codi de família català en l'article 255.

La *immobilització terapèutica*, definida com l'ús de procediments físics o mecànics dirigits a limitar els moviments en part o de tot el cos de la persona, amb l'objectiu de controlar la seva agitació psicomotora i protegir-la de possibles lesions cap a ella mateixa o cap als altres, no regulat en l'àmbit sanitari però sí pel Decret 176/2000, de 15 de maig, de modificació del Decret 284/1996, de 23 de juliol, de regulació del Sistema català de serveis socials.

En el nostre país no estan explícitament regulades per llei i es consideren mesures estrictament tècniques les dues figures següents:

L'*aïllament terapèutic*, definit com la separació del pacient del seu entorn immediat en el centre i la substitució temporal d'aquest entorn per un altre de tancat i controlat.

El *tractament farmacològic forçós*, definit com 'la implantació de tractament amb medicaments, normalment en situació d'internament, sense tenir en compte la voluntat de la persona, però sempre segons criteris clínics i emparats pel marc legal'. El tractament ambulatori involuntari (TAI), present en alguns països, no està regulat explícitament ni permès habitualment en els jutjats espanyols.

## 5. TIPUS D'ESTRATÈGIES DE PREVENCIÓ



Seguint el concepte de *tendència zero* sempre explorarem prèviament totes les estratègies per evitar la contenció. Si no fos possible caldrà una certa gradació en la seva aplicació.

La descripció dels diferents tipus de contenció des d'una visió àmplia ens possibilita estructurar aquesta gradació, tot i que en alguns casos es fa difícil.

En la seva classificació les hem definides descrivint les seves característiques, les indicacions, i contraindicacions si n'hi ha, i l'àmbit d'ús en la intervenció social. En un altre apartat considerarem el procediment i les actituds per dur-les a terme.

### 5.1. PROACTIVES O DE PREVENCIÓ PRIMÀRIA

Les estratègies proactives són les que impedeixen l'aparició de conductes o situacions que podrien generar la utilització de mesures de contenció que es poden donar en tots els grups de població de la intervenció social.

### 5.1.1. Dels trastorns de conducta

Afortunadament, la concepció del tractament de les conductes disruptives en les persones amb discapacitat intel·lectual i del desenvolupament (PDID) ha canviat. Avui dia, s'entén que el maneig dels trastorns de la conducta en les PDID ha de basar-se en la reducció o l'eradicació d'aquestes conductes i s'han de substituir les conductes desadaptatives (o conductes problema) per altres que no suposin un risc per a la persona ni per als altres.

Aquesta filosofia de treball s'anomena suport conductual positiu (SCP), i és utilitzat en el treball dels problemes de conducta de les persones amb discapacitat intel·lectual, però pot fer-se extensiu també en altres subgrups de la població (Goñi, M. J., Martínez, N. i Zardoya, A., 2007). Es basa en la utilització d'estratègies proactives a partir de les quals la persona treballa noves habilitats per evitar les conductes desadaptatives. No obstant això, també té en compte que, en determinats moments, aquella conducta desadaptativa que es vol eliminar pot aparèixer de nou, i caldrà actuar per solucionar-la al més ràpid possible. És en aquestes situacions que ens caldrà utilitzar un ventall d'estratègies reactives (les quals pretenen donar una resposta ràpida per a l'eliminació de la conducta problema).

Les estratègies de SCP es duran a terme mentre la persona no presenti trastorns de conducta, i consisteixen principalment en les següents:

- Entrenament de la persona en habilitats socials i de la vida diària.
- Programació diària estructurada basada en els interessos de la persona i en activitats adequades a la seva edat i al seu funcionament.
- Ensenyar a la persona conductes alternatives i estratègies de control que li permetin evitar conductes disruptives.
- Reforçar les conductes positives.

- Controlar els factors de l'entorn que puguin predisposar a tenir trastorns de conducta.

### 5.1.2. De les sortides no controlades

- Diagnòstic dels factors de risc i intervenció dirigida a la causa.
- Escolta activa i acompanyament humà.
- Realització d'activitats d'estimulació individual i/o grupal adequades a la persona atesa.
- Passeig i acompanyament a l'exterior.
- Canvis d'espai dins el centre, la unitat o canvis d'unitat.
- Adequació dels estímuls sensorials: música, ràdio, televisió, altres.
- Ús de dispositius localitzadors amb sistema GPS.
- Augment de la vigilància.

### 5.1.3. De les caigudes

- Diagnòstic dels factors de risc i intervenció dirigida a les causes.
- Realització d'activitats rehabilitadores o d'estimulació psicomotora de l'equilibri i la marxa.
- Augment de l'atenció individualitzada per part de professionals, familiars, amics o voluntaris.
- Augment de les activitats de passeig i d'acompanyament en els desplaçaments.
- Adequació de l'entorn: il·luminació, barreres arquitectòniques, catifes, mobles inestables.

- Adequació de les ajudes tècniques (correcció de l'alçada del bastó, ús de caminador, agafadors al WC, terra antilliscant a la dutxa).

L'aplicació d'estratègies de tipus proactiu requereix una determinada capacitat de control i dur a terme conductes alternatives a la disruptiva o de risc. Determinats grups de persones, per les seves disfuncions cerebrals (descompensacions greus de malalties psiquiàtriques, deteriorament cognitiu avançat, etc.), no són capaces de fer aquests aprenentatges i, per aquest motiu, les estratègies haurien de ser diferents.

## **5.2. ESTRATÈGIES REACTIVES O DE PREVENCIÓ SECUNDÀRIA**

En el moment en què l'aplicació de les estratègies proactives ja no resulta efectiva i, per tant, comença a aparèixer la conducta o problemàtica, hem d'aplicar estratègies de tipus reactiu. Aquestes van encaminades a frenar de la manera més ràpida i eficient possible la conducta problemàtica (agressivitat verbal, física, estat d'agitació psicomotora, caigudes, fugides), per tal de minimitzar els possibles danys tant propis com a tercers i retornar, si es pot, al funcionament normal.

### **5.2.1. De no contenció**

Les estratègies reactives són determinades pel tipus de conducta o situació que es presenti, per la intensitat d'aquesta i per les capacitats de la persona.

La intensitat i la rapidesa d'aparició d'algunes conductes dificulten l'aplicació de les estratègies reactives menys intenses i necessiten l'aplicació de mesures de contenció.

Les estratègies reactives de no-contenció són diverses segons la causa i tenen diferents graus:

- Escolta activa: promoure que la persona expressi els seus sentiments.
- Acaronar, lleu contacte físic.
- Ignorar la conducta. En el context de conductes disruptives que no comportin riscos per a la persona ni per a terceres persones (escopir, insultar, etc.), pot ser útil no reaccionar. No obstant això, tot i que no responem directament a la “conducta repte”, sí que hem de continuar relacionant-nos amb la persona, proposar-li alguna activitat, parlar amb ella, sempre amb la intenció d’ignorar la conducta, però mai la persona.
- Redirigir la conducta: redirigir la persona cap a una activitat que tinguem a mà i que li permeti canviar la conducta disruptiva per una altra. Per exemple, demanar a la persona que ens ajudi en una tasca que sabem que la motiva.
- Retroalimentació positiva: recordar quina és la conducta indesitjable i reforçar amb un estímul motivador del control o manifestar què obtindrà si la controla.
- Entrenament contingent: aprofitar una situació per practicar les conductes alternatives adaptatives apreses mitjançant la programació positiva (comunicació, solució de conflictes, etc.).
- Canvi d’estímuls: oferir a la persona el canvi a un entorn menys estressant i més agradable per a ella, que li permeti relaxar-se i no haver de presentar trastorns conductuals. Per exemple, podem proposar-li sortir d’una sala molt sorollosa i anar a una de més tranquil·la.
- Interposició. Col·locar algú entre la persona i l’objecte o subjecte cap al qual va dirigida la conducta.

### 5.2.2. Time out

Permanència de la persona en un entorn concret per un temps determinat per tal d’evitar l’aparició d’un problema de conducta o frenar-ne l’evolució.



### *Característiques*

En el moment en què la persona inicia la conducta problemàtica o es preveu que aquesta pugui sorgir, se la convida a sortir de l'entorn que fomentaria la conducta i se l'acompanya/convida a anar a un entorn tranquil específic on la conducta es frenarà / remetrà.

El temps durant el qual la persona estarà a l'espai marcat per fer l'aïllament es pacta prèviament amb ella (quan el problema de conducta no està present), i està establert en el pla d'intervenció. També se li pot donar la llibertat d'abandonar-lo quan ella ho cregui convenient. L'aïllament hauria de permetre a la persona tranquil·litzar-se en uns minuts (10-15) i no hauria d'allargar-se més d'aquest temps. No és un càstig, ni pot ser interpretat com a tal. Si passat aquest període la persona encara no s'ha pogut relaxar i la conducta persisteix, cal plantejar-nos que l'estratègia possiblement no és suficient i pot ser necessari aplicar-ne d'altres (escolta activa, contenció farmacològica...), depenent de les característiques de la persona.

### *Indicacions*

S'utilitza en conductes disruptives influenciades, principalment, per condicions estressants d'un ambient determinat i en les quals es preveu que un entorn més tranquil pot afavorir el seu control.

L'aïllament difícilment podrà ser utilitzat en persones amb trastorns mentals descompensats (quadres psicòtics, maníacs, altres) ni en algunes persones amb discapacitat intel·lectual, ja que en ambdues situacions hi ha dificultats per comprendre la finalitat i el funcionament d'aquesta estratègia.

### *Àmbit d'ús*

La facilitat d'aplicació de l'aïllament permet que pugui ser utilitzat en qualsevol àmbit dels serveis socials (persones amb discapacitat intel·lectual, gent gran, infància i adolescència i persones amb malaltia mental) i en qualsevol de les tipologies de serveis i establiments on es produeix l'atenció (a domicili, servei d'atenció a domicili

(SAD), centres de dia, serveis residencials, centres residencials d'acció educativa (CRAE), etc.).

### 5.2.3. De contenció

Si malgrat l'aplicació d'una o més estratègies de tipus proactiu o reactiu descrites anteriorment, la conducta disruptiva persisteix, és necessària l'aplicació de mesures de contenció en intensitat creixent, també en el cas de risc de caiguda o de fugida.

Per a cada una de les conductes a controlar, hem d'utilitzar una o altra estratègia de contenció, que està condicionada per:

- a) El tipus i la intensitat de la conducta.
- b) Les característiques de la persona.
- c) La possibilitat d'aplicació d'estratègies de control conductual.

Compartim el que la Fundació Allem proposa sobre les contencions:

*“L'aplicació d'aquestes mesures terapèutiques excepcionals ha de ser proporcional i raonable als mitjans disponibles, a la finalitat, a la gravetat de la situació i al valor jurídic posat en risc, és a dir, la llibertat. S'ha d'escollir un mètode d'execució que provoqui el mínim de lesions als drets d'aquestes persones i que sigui vigent temporalment. Els mitjans utilitzats han de ser els que s'adaptin millor als recursos personals i materials disponibles. No s'ha d'oblidar el principi de la cura, el seguiment que en fan els professionals i l'avaluació periòdica feta pel metge que ha indicat l'aplicació de la mesura. Finalment, s'ha d'establir un registre d'actuacions que actui com a garantia dels drets de la persona, dels seus familiars i del seu entorn, així com dels drets dels professionals que hi intervenen i de les institucions responsables de l'atenció prestada” (ERE Allem, 2009).*

## a. Contenció verbal

La contenció verbal es basa en el control d'un estat d'agitació psicomotriu, risc de caiguda o de fugida mitjançant un discurs d'unes característiques concretes tant en la forma com en el contingut.

### *Característiques*

A través d'una actitud tranquil·la, tot i que segura, en un llenguatge i un to també tranquil i pausat, ja que es busca empatitzar amb la persona i no entrar a confrontar la conducta ni els seus motius i/o conseqüències.

### *Indicació*

La contenció verbal és sempre la primera estratègia que s'ha d'utilitzar davant qualsevol estat d'agitació psicomotriu, risc de caigudes o de fugida si les estratègies proactives i reactives prèvies no han funcionat. Moltes vegades pot no ser suficient per resoldre el quadre d'agitació, no obstant això, tot i que veiem que no contribueix en gran mesura al control del problema de conducta, sempre cal fer-la i mantenir-la mentre apliquem altres mesures de contenció.

En pacients amb patologia mental descompensats, la possibilitat de contenció mitjançant aquesta tècnica és baixa; això no obstant, ha de ser utilitzada juntament amb qualsevol altre tipus de contenció. En infants, hauria de ser el primer tipus de contenció que s'hauria d'usar.

### *Àmbit d'ús*

La contenció verbal pot ser utilitzada en qualsevol àmbit dels serveis socials.

## b. Contenció espacial

La contenció espacial consisteix a *confinar* una persona en un espai del qual no pot sortir lliurement, amb l'objectiu de restringir les sortides no controlades a l'exterior

davant un possible risc de la seguretat de la mateixa persona o de terceres persones.

### *Característiques*

Es basa en la barrera creada per elements de tipus físic.

N'hi ha de diferents tipus, segons el grau d'intensitat en la contenció, que és determinada per la grandària de l'espai: una habitació d'aïllament, que pot ser la del mateix usuari en alguns casos, o bé una d'específica destinada a aquesta finalitat, una sala, una planta o unitat de la residència, fins i tot l'espai residencial o ambiental.

### *Indicacions*

S'utilitzen principalment en persones que no poden sortir d'un entorn concret per problemes d'orientació o risc de presentar alteracions conductuals en entorns no controlats.

### *Àmbit d'ús*

Poden ser utilitzats en qualsevol àmbit dels serveis socials.

### ***Sala d'aïllament o habitació de contenció***

Mesura de restricció espacial que busca aturar una conducta disruptiva o un estat d'agitació psicomotriu a través de la reclusió de la persona en un entorn segur del qual no pot sortir lliurement. És el màxim grau de contenció espacial.

Separa la persona d'un entorn que li afavoreix l'estat d'agitació o la conducta disruptiva, i li proporciona un entorn que la calma.

### *Característiques*

Les habitacions d'aïllament han d'estar sempre ben condicionades (espai suficient, temperatura confortable, ventilació adequada, absència d'objectes potencialment

lesius, etc.) i han d'estar equipades amb mesures de vigilància (circuit de vídeo, visor a la porta que permeti observar l'habitació des de l'exterior), a partir de les quals es farà l'observació periòdica de la persona (segons el protocol establert) i s'anotará en un registre específic.

Els aïllaments estan sempre subjectes a una supervisió i revisió periòdica i freqüent. Cal valorar l'administració de medicació de rescat (segons pauta farmacològica) per afavorir la remissió del malestar que ha comportat l'aparició de la conducta. En cas d'administrar tractament farmacològic de rescat, s'ha d'incloure també en el registre de l'aïllament.

El personal responsable d'atenció és qui decidirà quan la persona pot sortir de l'espai i ha d'assegurar-se que la mesura d'aïllament deixa d'aplicar-se al més aviat possible una vegada la persona ha recuperat el seu estat basal de funcionament. En tot cas, cal una supervisió visual continuada de l'espai. Pel que fa a les habitacions de contenció en centres de menors, es recomana fer-ho cada 15 minuts com a mínim (GenCat, Instrucció 2/2006, d'1 de març).

Una vegada retirat l'aïllament, hem de procurar que la persona pugui incorporar-se novament al ritme habitual d'activitats, sense que se li apliqui cap penalització per haver necessitat ser continguda.

### *Indicació*

S'utilitza en quadres d'agitació psicomotriu o alteracions de conducta en contra d'altres o d'objectes de l'entorn i que no s'hagin pogut resoldre mitjançant estratègies de menor intensitat (estratègies reactives lleus) o només farmacològiques.

### *Criteris d'exclusió*

- Conductes autoagressives.
- Persones en les quals l'aïllament pugui crear-los malestar (persones amb claustrofòbia o amb pensaments delirants).
- Conductes autolesives: mossegades, cops al cap, cops en extremitats, etc.

- Impossibilitat de la persona per romandre sola en un espai tancat.
- En el cas de menors, quan pugui “suposar un risc per a la seva salut, ni amb joves embarassades, ni amb les que tinguin els fills amb elles” (Instrucció núm. 2/2006, d’1 de març, de la Generalitat de Catalunya).

### *Àmbit d'ús*

El principal àmbit d'ús dels aïllaments són els dispositius especialitzats per a persones amb discapacitat intel·lectual i trastorns de conducta. Tanmateix, també poden utilitzar-se de forma més puntual en persones amb trastorns mentals descompensats (sobretot en dispositius d'urgències), en persones amb deteriorament cognitiu i trastorns de conducta associats, i en els centres d'acollida de menors en els casos indicats.

### **c. Contenció física**

Consisteix a limitar els moviments d'una persona a partir de l'aplicació de força per part d'una altra, cos a cos, i sense l'aplicació de dispositius mecànics.

### *Característiques*

S'aplica una força d'intensitat igual o superior a la de la persona per tal de frenar-li la mobilitat, per apaivagar-la, limitar-la físicament, establir-hi contacte, abraçant-la.

### *Indicació*

Per impedir a una persona fer moviments que puguin suposar un risc per a ella o per a una altra (aixecar-se d'una cadira amb risc de caiguda, impedir una agressió, parar un cop).

S'utilitza també en casos d'agitació psicomotriu de més intensitat en els quals no es té la possibilitat d'aplicar una contenció de tipus mecànic (o en els moments previs a la seva aplicació).

Cal tenir en compte que, si la contenció física necessita durar molt, cal valorar la possibilitat d'aplicar altres estratègies de contenció (principalment la mecànica i/o la farmacològica) per tal de poder resoldre el quadre amb rapidesa i evitar possibles danys físics tant a la mateixa persona com al personal designat per fer la contenció. És fonamental que el professional que dirigeix la intervenció controli la situació ambiental, i en especial la presència d'altres usuaris.

Cal disposar de personal suficient i competent per atendre la persona tot el temps que duri la contenció física, i evitar així que els altres usuaris hagin de col·laborar en la intervenció.

#### *Criteris d'exclusió en la realització d'aquest tipus de contenció*

- Manca de personal.
- Personal no format en l'aplicació de contencions físiques.
- El tipus de conducta o la seva intensitat no permeten que sigui resolta mitjançant l'aplicació d'aquest mecanisme.

#### *Àmbit d'ús*

Pot ser utilitzada en qualsevol entorn dels serveis socials quan sigui indicat.

#### **d. Contenció mecànica**

Consisteix en qualsevol procediment o dispositiu tècnic, mobiliari o tèxtil, en contacte o molt proper a la persona, amb la intenció de restringir, limitar o dificultar la mobilitat d'una o diverses parts del seu cos.

Es poden considerar dins d'aquest grup els coneguts com a dispositius de subjecció (tenint en compte que han de ser homologats i en bon estat): cinturó abdominal tant de llit com de cadira, cinturó pèlvic, armilla toràctica, armilla integral, canelleres, turmelleres o qualsevol dispositiu semblant que restringeixi la mobilitat d'alguna part del cos o tot. També s'inclouen aquí les baranes del llit (Gobert, 2005; Burgueño, 2008), les tauletes incorporades a la cadira, o els dispositius tèxtils, com robes

adaptades o llençols ajustables al llit, habitualment amb velcro, tanca o cremallera que només deixen lliure una o diverses parts del cos, si la intenció és limitar o restringir la seva mobilitat. També són mètodes de contenció mecànica l'ús de butaques o cadires baixes, reclinables, cadires de rodes frenades davant d'una taula, o la mateixa disposició del mobiliari si la intenció coincideix amb la restricció, la limitació o dificulta la mobilitat, per això ha de quedar molt clar, si s'usen, quina és la situació molt greu de risc que hi obliga.

### *Característiques*

Les contencions mecàniques actuen de tres maneres:

- 1a) Restringint la mobilitat d'una o diverses parts o la totalitat de la persona mitjançant dispositius en contacte amb el cos.
- 2a) Limitant la mobilitat de la persona mitjançant dispositius molt propers al cos tot i que no estan en contacte directe amb aquest.
- 3a) Dificultant els gestos normals necessaris per lateralitzar o flexionar el tronc o per bipedestar persones amb algun dèficit motor.

### *Indicació*

Les indicacions més habituals són degudes al perill imminent per a un mateix o quan hi hagi un risc per a altres persones de l'entorn i no ha funcionat cap altre mètode de prevenció.

Els diferents dispositius o procediments de contenció mecànica també s'utilitzen en persones molt dependents i/o molt discapacitades físicament com un mètode per mantenir la sedestació i possibilitar el desenllitament i la interacció social.

Les necessitats de contenció mecànica en les persones amb trastorn mental acostumen a ocórrer en episodis de descompensació del trastorn que pateixen. Les indicacions de fer una contenció mecànica són determinades, principalment, en el context de quadres d'agitació psicomotriu i/o alteracions de conducta greus que puguin comportar risc per a la mateixa persona o per a les altres.



En determinades situacions, cal valorar amb molt de compte la relació risc-benefici per a l'aplicació de mesures de contenció mecànica en els casos següents:

- Nens.
- Usuàries embarassades, sobretot en el tercer trimestre. S'ha de tenir una cura especial amb la contenció abdominal i evitar el decúbit supí pel risc que hi ha de patir la síndrome de la vena cava inferior.
- Usuaris amb problemes respiratoris i cardíacs. En molts d'aquests serà necessari elevar el capçal del llit per tal que el cap quedi més alt que el cor i els pulmons.
- Usuaris polimedicats. Cal tenir en compte que algunes medicacions (benzodiazepines, antipsicòtics de perfil sedant, altres) afavoreixen la depressió del centre respiratori. La contenció mecànica comporta una reducció dels moviments respiratoris i, per tant, en aquest tipus d'usuaris hi ha risc de compromís de la funció respiratòria.
- Usuaris deshidratats. S'ha de garantir una bona hidratació durant la contenció i se'ls han de fer controls analítics.
- Usuaris en què la situació de risc greu, i que comporti la immobilització, s'ha de perllongar o que presentin antecedents o factors de risc de trombosi venosa profunda. En la majoria d'aquests casos és necessari administrar heparina profilàctica i practicar l'alliberació rotatòria de les extremitats durant la contenció. L'heparina profilàctica està contraindicada en persones amb sagnat agut, malalties hepàtiques greus, hipertensió greu i malaltia ulcerosa pèptica.
- Persones amb síndrome de Down que s'associa a una hiperlaxitud de l'articulació atlantoaxoidea (entre la 1a i la 2a vèrtebres cervicals). En cas que sigui necessari aplicar-les actuarem amb una cautela especial, per evitar al màxim els moviments bruscos de flexió del coll.
- Persones amb antecedents de fractures recents i/o de dislocacions articulars.

### *Contraindicacions*

No pot ser aplicada la contenció mecànica en les situacions següents:

- Alteració del nivell de consciència amb risc d'aspiració en cas de vòmit.

- Persona atesa amb traumatismes inestables, especialment pacients amb sospita de traumatisme de columna a qualsevol nivell.
- Trastorns hemorràgics aguts.

### *Àmbit d'ús*

Pot ser utilitzada en qualsevol àmbit dels serveis socials, quan sigui indicada.

### **e. Contenció farmacològica**

Tenint sempre en compte les limitacions pel risc de reaccions adverses greus, la contenció farmacològica és una estratègia per al control de determinades conductes que podrien ser perilloses per a la mateixa persona que les presenta o per a altres de l'entorn (agitació psicomotriu, autoagressivitat, agressivitat contra altres) a partir de la utilització de substàncies psicoactives.

### *Característiques*

Mitjançant un fàrmac amb acció sobre el sistema nerviós central, es busca calmar la conducta. El fàrmac és normalment una benzodiazepina o un antipsicòtic (principals psicofàrmacs amb capacitat sedativa).

### *Indicacions*

La contenció farmacològica pot ser utilitzada de forma aïllada en casos d'agitació psicomotriu, autoagressivitat o agressivitat contra altres.

En alguns dels casos anteriors que es requereixi també fer contenció física o contenció mecànica, s'ha de valorar administrar també un psicofàrmac per afavorir que el pacient es pugui calmar més ràpidament (Fernandez de Piñar, E., Romero, A., Plaza, M. D., i García, M., 2007; Padrós, J., Arimany, J., i Gómez, E., 2013).

### *Àmbit d'ús*

La contenció farmacològica pot ser utilitzada en qualsevol entorn en el qual habitualment es dispensi tractament farmacològic, com entorns hospitalaris o residencials que disposin de personal sanitari autoritzat per administrar fàrmacs.

## 6. CONSIDERACIONS EN L'APLICACIÓ DE LES CONTENCIONS

En totes les situacions en les quals s'acabi considerant que cal implementar un procés de contenció caldria tenir en compte les consideracions següents:

1. Hem de ser capaços de treballar amb professionalitat (és a dir, amb l'actitud adequada, la utilització d'estratègies proactives, etc.) per intentar reduir al màxim les conductes desadaptatives i/o les situacions de risc, i evitar així l'aplicació de contencions. Es tracta de proposar-nos la tendència zero.
2. Tot professional hauria de ser capaç d'empatitzar amb la persona que està presentant un trastorn de conducta: hauríem de plantejar-nos per què la persona el té i com es deu sentir en el moment d'aplicar-li una mesura de contenció. Com a professionals, hem d'intentar comprendre el problema o la demanda que pot portar la persona atesa a actuar d'aquesta manera i procurar atenuar o eliminar la conducta a partir de la utilització d'estratègies reactives.
3. És de vital importància tenir en compte les persones que tenen més dificultats per expressar les seves necessitats, interessos, pors i que poden reaccionar de forma poc adaptativa davant el seu malestar; tenen més predisposició a presentar problemes de conducta (crits, autoagressions, heteroagressions...). En aquest sentit, hauríem d'evitar etiquetar-les com a

diagnosticades amb trastorns de conducta, sinó que ho fan com a reacció a determinats estímuls.

4. La utilització d'una mesura de contenció no ha de ser un càstig per una conducta que no ens agradi: una negativa a fer quelcom, un insult. Cal tenir en compte la història de la persona.
5. Tots els usuaris haurien de poder disposar d'un pla d'intervenció/PIAI/PEI on estiguessin incloses totes les estratègies a utilitzar en cas de problemes de conducta.
  - Aquests plans d'intervenció, redactats per l'equip tècnic, consensuats amb el personal d'atenció directa i la persona atesa, han de ser revisats de manera periòdica quan hi ha una variació de la situació de la persona, i haurien d'incloure també les contraindicacions que pugui haver-hi per alguna de les contencions.
  - Davant tota situació que comporta la necessitat de procedir a una contenció, cal deixar per escrit les estratègies alternatives que s'han dut a terme prèviament, amb la finalitat de poder revisar posteriorment la necessitat de plantejar-se-les.
  - En tots els casos, les actuacions que es facin s'han de justificar documentalment, amb la reflexió feta per l'equip, en la història assistencial de la persona atesa.
6. En el moment d'aplicar qualsevol contenció, hem d'actuar de forma pausada i informar la persona atesa de la mesura que s'ha d'aplicar, els motius pels quals s'aplica i el seu procediment, i convidar-la a col·laborar-hi tot i que estigui presentant un problema important de conducta, ja que té dret a estar informada del que se li està fent i de les conseqüències d'aquest acte. Excepcionalment, en casos de molta agitació, no s'ha de fer així, ni s'ha d'entrar en confrontacions, precisament per la incapacitat de la persona, atesa la seva gran agitació.

## 7. Respecte al risc cal:

- Que des de la diversa realitat assistencial, tots, la persona atesa, els professionals, l'organització i la família, ens plantegem quin nivell de risc estem disposats a assumir, i consensuar-ho.
- Identificar els tipus i els nivells de risc que poden patir les persones ateses en cada àmbit i poder suggerir la utilització de mètodes de contenció.
- Intervenir segons les causes de cada risc específic i de manera proporcionada al seu nivell.
- Promocionar les mesures i activitats preventives, cuidadores, rehabilitadores i les mesures de seguretat tenint en compte el tracte respectuós basat en els principis ètics.
- Fer un control exhaustiu dels psicofàrmacs i la polimediació.
- Potenciar la fisioteràpia i la rehabilitació de la marxa, l'equilibri i les activitats físiques destinades a la prevenció de caigudes.
- Adequar l'entorn arquitectònic i mobiliari en funció dels tipus i el nivell de risc específic.

## 8. En el procés de decisió:

- Respectar l'autonomia i la llibertat de les persones ateses competents que assumeixen els seus propis riscos.
- Les decisions de posar una contenció han de ser deliberades i consensuades en equip i s'ha de considerar que és la mesura terapèutica més adequada.
- Davant de persones amb incompetència i que suposin un risc per a la pròpia seguretat o per a la dels altres, consensuar sempre qualsevol decisió amb la família, el representant en cas que hi hagi un document de voluntats anticipades (DVA) o el tutor legal i l'equip professional.
- Segons la llei, la prescripció de portar a terme un aïllament i/o una contenció mecànica l'ha de fer el metge. En la seva absència i en situacions de risc imminent, ho podrà fer el professional responsable

prèviament determinat en el protocol de contenció. En aquests casos es recomana demanar la intervenció del servei mèdic d'urgències sanitàries a fi que avaluï i decideixi sobre la mesura adoptada, sense perjudici de la ratificació o rectificació posterior per part del metge titular.

**9.** Abans de la prescripció cal:

- Disposar del consentiment informat de la persona atesa, o bé el familiar, representant o tutor de referència en cas d'incompetència.
- Preguntar-se si el risc és imminent, si no hi ha alternatives, si ja s'ha provat tot, si és la darrera opció, respectant els principis ètics, si tenim el consentiment, si hem previst les conseqüències de la seva aplicació, si la mesura de contenció és la més adequada al tipus de risc detectat i si és proporcional al seu nivell.

## 7. CONCLUSIONS I RECOMANACIONS: UNA ALTRA MANERA DE CUIDAR

1. Les contencions físiques de qualsevol tipus, així com qualsevol forma de restricció de la llibertat d'una persona, sigui quin sigui el seu estat físic, mental o social, són sempre una amenaça per a la dignitat de la persona, i només es poden admetre com a alternativa realment excepcional davant d'una situació de risc que no pugui ser abordada de cap altra manera. Els professionals han de ser conscients no sols dels beneficis, sinó també dels perjudicis que una intervenció com aquesta comporta per a la persona, la qual cosa els obliga a extremar la sensibilitat i la cura en l'execució i el seguiment d'aquesta mesura.
2. La fonamentació ètica del seu ús en l'àmbit assistencial de la intervenció social es concreta en valors i principis de respecte a la dignitat de tota persona com la llibertat, la integritat, la no-maleficència, la beneficència, la intimitat i l'adequació de la informació.
3. Les contencions són procediments destinats a limitar, restringir o impedir que una persona traspassi un límit, ja sigui físic, psíquic o emocional, i tingui una conseqüència maleficent.



4. En funció de com es fa l'acció de contenció es poden classificar en: verbals, espacials, físiques, mecàniques i farmacològiques.
5. No són procediments bons o dolents en si mateixos, sinó en la intenció de qui els fa servir, per això la conceptualització de les contencions és àmplia.
6. La seva aplicació requereix que el personal que les ha de portar a terme estigui degudament qualificat i supervisat tècnicament. Cal l'anàlisi, el seguiment, l'avaluació periòdica i l'enregistrament de les actuacions.
7. L'ús d'una contenció requereix el consentiment informat per escrit de la persona o, si no és competent, del seu representant.
8. Cal que en la contenció establerta es tingui en compte la imatge de la persona i el seu dret que es preservi amb el màxim de respecte a la dignitat.

## Recomanacions

- 1) Els serveis residencials haurien de disposar d'un projecte de centre on s'establís quin concepte d'atendre i cuidar la persona té la institució i on es fes referència a les situacions que podrien originar mesures de contenció, com abordar-les i tractar-les.

També és convenient que disposin d'un pla específic de millora de la utilització de les contencions, que identifiqui les diferents situacions que constitueixen la casuística pròpia i que avaluï els resultats de les mesures adoptades.

- 2) La presa de decisió de les contencions caldria que fos fruit d'un veritable treball interdisciplinari que inclogués tots els professionals i la persona atesa o el seu representant en cas d'incompetència per decidir.

En la prescripció de les contencions hauria de constar:

- Tipus de contenció i motiu per a la seva utilització

- Objectiu
  - Durada
  - Freqüència
  - Pauta de control
  - Les mesures utilitzades prèviament a la contenció i que han fracassat
- 3) És necessari promoure la formació del personal en trastorns de conducta i en una sensibilització permanent de les competències professionals en l'àmbit de la contenció. Cal que aquesta sigui específica en l'àmbit de la intervenció social. És necessari que els serveis facin una anàlisi funcional de determinades conductes per repensar l'adequació de les contencions.

En l'àmbit de la gent gran, és recomanable promoure la formació en tècniques (validació, musicoteràpia, *snowzelen*, reminiscència) per abordar i tractar les demències i que també s'utilitzin o es puguin utilitzar en altres col·lectius .

- 4) El maneig dels trastorns de conducta en les persones amb discapacitat intel·lectual i del desenvolupament ha de basar-se en la reducció o eradicació de conductes disruptives (conductes problema) i substituir-les per altres que no suposin un risc ni per a la persona ni per als altres. Aquesta filosofia s'anomena suport conductual positiu (SCP) i la seva implementació és bàsica per a una política de no-contenció.

Per a les persones amb discapacitat intel·lectual, per a persones amb demència i Alzheimer, i amb infants i joves és recomanable fer el perfil sensorial i tenir en compte tècniques d'estimulació multisensorial. Aquestes tècniques proporcionen benestar emocional, relaxació, desenvolupament cognitiu i milloren la qualitat de vida.

- 5) Pensar en les contencions en sentit ampli ens permet reflexionar sobre l'atenció centrada en la persona alliberant-nos de prejudicis. Els motius econòmics no justifiquen determinades actituds i mesures de contenció no adequades.

- 6) Per poder disposar d'espais específics en els centres residencials (exigir-los) l'Administració hauria de revisar l'única regulació existent referent a les condicions materials que consten en l'Ordre de 15 de juliol de 1987. També és necessari revisar la normativa sobre l'ús de les contencions mecàniques en establiments socials des d'una visió ètica.
- 7) Seria convenient que es revisessin també els criteris sobre ràtios de personal en els centres o establiments, a fi que la manca de personal no justifiqui mai la instauració d'una contenció que altrament no hauria estat necessària.
- 8) Recomanem vivament que s'intensifiquin les pràctiques de col·laboració amb els professionals de salut, especialment en els entorns residencials, ja siguin de caràcter social, de justícia o altres.
- 9) Els serveis d'atenció primària haurien de transmetre al personal o a les empreses concertades criteris ètics i funcionals en matèria d'utilització de mesures de contenció als domicilis.  
  
Juntament amb l'atenció primària sanitària, haurien d'oferir formació per a familiars cuidadors en l'àmbit domiciliari.
- 10) Esdevindrà pedagògic evidenciar i publicar les bones pràctiques o les fites assolides pels establiments en relació amb la utilització de les contencions.
- 11) La realització d'auditories permet conèixer dades sobre la utilització de les contencions seguint una política imprescindible de transparència.

## 8. GLOSSARI



**Agitació psicomotriu:** augment inadequat de l'activitat motora. Pot ser d'escassa intensitat (inquietud psicomotriu) o d'alta intensitat.

**Competència:** és la capacitat de decidir que té tota persona atesa en una situació i moment concrets. S'avalua, a través de la capacitat cognitiva i emocional, la informació adequada i la voluntarietat en la presa de decisions.

**Consentiment informat:** exercici del dret que té tota persona atesa a permetre o no una acció on estigui implicada. Cal que sigui informada adequadament abans de decidir, d'entrada sempre oralment i en alguns casos establerts per la llei cal que hi hagi un document escrit.

**Expedient assistencial:** està definit i regulat en l'article 18 del Decret 284/96 i modificat pel Decret 176/00 referent a les obligacions dels titulars de serveis socials. Aquest article enumera la documentació que les entitats tenen l'obligació de disposar, i, concretament, el punt 18.8 estableix que els establiments residencials i centres de dia han de disposar d'un expedient assistencial.

Aquesta documentació ha d'incloure:

- Les dades personals identificatives del resident;
- el familiar, la persona de referència o persona que n'és responsable –si escau– i que ha intervingut en el seu ingrés;
- L'informe mèdic del resident estès en els tres mesos anteriors al seu ingrés;
- La prescripció medicofarmacèutica, que ha d'estar en tot moment actualitzada
- Les pautes d'alimentació, dieta, i
- La prescripció mèdica de restricció mecànica si en necessita.

És recomanable que l'expedient assistencial sigui el més complet possible i reculli, a més, les visites mèdiques a especialistes, derivacions hospitalàries, etc.

A la pràctica s'hi ha anat incloent tota una sèrie de documentació referent a la persona atesa que, tot i no formar sempre part d'un expedient únic, es considera informació rellevant per a la seva atenció.

Així podem trobar també les dades relatives a l'atenció continuada i que corresponen a les àrees dels diferents professionals que hi intervenen, com treball social, àrea mèdica i d'infermeria, àrea de fisioteràpia i teràpia ocupacional, psicologia, altres.

**Història assistencial:** conjunt històric de registres efectuats pels professionals sobre l'evolució biopsicosocial dels usuaris dels serveis socials.

**Medicació de rescat:** tractament farmacològic administrat de forma puntual per una necessitat concreta de l'usuari (insomni, ansietat, dolor...).

**Pla d'intervenció:** és el programa d'activitats o actuacions concretes que es destinen de manera personalitzada a cada usuari dels serveis socials, a partir de la valoració de les seves capacitats i qualitat de vida, l'establiment d'objectius de millora i la reavaluació dels resultats de la intervenció. També se'l coneix com a Pla

integral d'atenció individualitzada (PIAI) i personalitzada (PIAIP). Per a l'elaboració i l'avaluació del PIAIP és desitjable la participació de l'usuari i/o del seu representant.

**Protocol de contenció:** és el procés o pla precís i detallat de totes les actuacions dels professionals socials i/o sanitaris destinades a la prevenció, la detecció, el tractament i l'estudi dels riscos, problemes i conductes dels usuaris dels serveis socials i/o de salut que requereixen la utilització de mesures de contenció.

**Registre:** document que deixa constància per escrit d'un esdeveniment o d'una tasca realitzada en un moment determinat. Cal la identificació de la persona que ha fet l'acció (per exemple, registre d'una caiguda, d'una alteració de la conducta o de la realització de la higiene). Els serveis socials residencials i serveis diürns estan obligats a dur registres de: incontinència d'esfínters i mesura o dispositiu idoni per a la seva correcta atenció; residents amb lesió per pressió amb indicació de la causa originària, tractament i data d'aparició i curació; actualització de caigudes dels residents amb indicació de les circumstàncies, els sistemes de prevenció i les mesures de contenció, amb indicació de la mesura més idònia per dur-la a terme en què s'estableix la durada i les pautes de mobilització; activitats adreçades al manteniment de la higiene personal dels residents; registre de la medicació que ha de prendre l'usuari amb indicació de la persona que l'administra, i participació dels usuaris en el programa d'activitats on consti el nom de l'usuari.

**Tendència zero:** voluntat de tendir a la no-utilització de mesures de contenció mentre hi hagi alternatives. En la seva utilització, la tendència zero significaria l'estat permanent de revisió crítica de la mesura, amb voluntat d'aplicar sempre, d'acord amb l'evolució de la persona, la de menor impacte restrictiu.

## 9. REFERÈNCIES



- 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 línia](#)
- 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 línia](#)
- CEAS Hospital Clínico San Carlos. **Protocolo de contención de movimientos en pacientes**. 2010. [En línia](#)

- Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona. Comissió Deontològica. **Consideracions davant les contencions físiques i/o mecàniques: aspectes ètics i legals**. 2006.  
[En línia](#)
- Comissió Nacional per a la Protecció d'Éssers Humans de l'Experimentació Biomèdica i de la Conducta. **Informe Belmont**. 1978.  
[En línia](#)
- "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 bioètica 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 línia](#)

- ***International Snoezelen National Assotiation.***  
[En línia](#)
- "Mechanical restraints as positive reinforcers for aggression". A: ***Behavioral interventions***, 2008, vol. 23(2), p. 137-142.
- Mèlich, J. C. ***Ética de la compasió*** 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 línia](#)
- Padrós, J.; Arimany, J.; Gómez, E. "Contencions". A: ***Quaderns de bona praxi***, 2013, núm. 32, 24 p.  
[En línia](#)
- "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 línia](#)
- 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 línia](#)
- Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. **Hacia una cultura sin restricciones: las restricciones físicas en ancianos institucionalizados.** 2003. (Documento técnico SEEGG; 3).  
[En línia](#)
- 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 línia](#)
- 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 línia](#)
- "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 línia](#)
- 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.

## 10. CRÈDITS



**Aquest document ha estat aprovat pel Comitè d'Ètica dels Serveis Socials de Catalunya reunit en sessió plenària el passat 16 d'abril de 2015.**

El Comitè d'Ètica agraeix la col·laboració dels seus membres vocals així com als professionals Esther Busquets, Ramon Novell, Salvador Vilar i Miquel Vilardell per la revisió de les primeres versions del document.

**Han participat en la redacció d'aquest document els següents col·laboradors:**

- **Josep M. Bové.** Màster en Gerontologia Social per la Universitat de Barcelona director durant 29 anys de la Residència pública de gent gran Conca de Barberà (Montblanc) del Departament de Benestar Social i Família. Vocal del Comitè d'Ètica dels Serveis Socials de Catalunya.
- **Xavier Cardona.** Metge, professor de bioètica de la facultat de Ciències de la Salut Blanquerna-Universitat Ramon Llull, màster en bioètica per l'IBB-UAB, consultor en bioètica de diferents espais de reflexió i Comitès d'ètica. Vocal del Comitè d'ètica dels Serveis Socials de Catalunya.

- **Joan Rodriguez.** Fisioterapeuta. Professor de la Facultat de Ciències de la Salut i el benestar de la Universitat de Vic. Fisioterapeuta de la Residència Geriàtrica Montsacopa (Olot) Membre del seu Espai de Reflexió Ètica.
- **Antònia Segura.** Pedagoga terapeuta del Centre Assistencial Sant Joan de Deu d' Almacelles. Directora de Planificació, Qualitat i Seguretat. Vocal del Comitè d'Ètica dels Serveis Socials de Catalunya.
- **Laura Vergés.** Metge especialista en psiquiatria. Psiquiatra adjunta al servei de discapacitat intel·lectual de l'Institut d'Assistència Sanitària de Salt (Girona). Responsable de la Unitat d'hospitalització especialitzada per a persones amb discapacitat intel·lectual (UHEDI) i de la Residència per a persones amb discapacitat intel·lectual i trastorns de conducta associats Til·lers.
- **M. Mercè Vidal.** Llicenciada en filosofia i lletres – secció Ciències de l'Educació, màster en Ètica Aplicada per la UDG, inspectora de Serveis Socials del Departament de Benestar Social i Família, membre d'un comitè d'ètica de gent gran i secretària del Comitè d'Ètica dels Serveis Socials de Catalunya.