

Hacia la contención cero

Guía de buenas prácticas

COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL



Hacia la contención cero

Guía de buenas prácticas

COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL

© 2018 **Fundación DomusVi**

Todos los derechos reservados. Sin la autorización escrita de Fundación DomusVi y, bajo las sanciones previstas por la ley, se prohíbe la reproducción, total o parcial, de esta obra mediante cualquier método o procedimiento.

Edita:

DomusVi

Depósito legal:

B-30.600-2018

ÍNDICE

Introducción	01
Garantías éticas	02
Aclaraciones conceptuales	03
Procedimiento	04
Medidas alternativas	05
Efectos adversos	06
Indicaciones	07
Contraindicaciones	07
Cuidados derivados	08
Entorno afectivo	10
Criterios éticos de la contención en la ayuda a domicilio	10
Conclusiones	12

1. Introducción

Desde hace unas décadas, existe una considerable preocupación por lograr que en los centros de personas mayores disminuya la utilización de sujeciones físicas y químicas.

Aunque sea una práctica común, las inmovilizaciones deben ser utilizadas tan infrecuentemente como sea posible y con las técnicas menos restrictivas disponibles. En el caso de que se usen, deben ser aplicadas de forma personalizada, involucrando tanto al usuario como a su familia.

La autonomía física y moral del residente es, sin duda, un valor a preservar por todos los medios, pero su primacía descansa sobre dos premisas básicas: que el usuario esté capacitado para conducir su propia vida y que su acción no sea dañina para sí mismo o terceros.

En caso de que existan hechos claros que demuestren el no cumplimiento de estas premisas, la no maleficencia se priorizaría sobre la autonomía. Este sería el sustrato ético que permitiría considerar la sujeción como un instrumento terapéutico aceptable, siempre que la prescripción se realice para evitar consecuencias más negativas para la persona.

Aun así, nuestra aspiración básica es alegar, en un futuro próximo, la *contención cero*. Para ello son fundamentales ciertas medidas y prácticas que desenvolvemos a lo largo de este documento.

2. Garantías éticas

En nuestra sociedad actual conceptos como libertad, autodeterminación, y bienestar son considerados como bienes especialmente protegibles, en tanto que derechos, que en correlación exigen que vayamos avanzando en la adopción de medidas que los garanticen.

Las contenciones mecánicas son métodos que en cualquier caso suponen una pérdida de autonomía, dignidad y autoestima a la persona a la que se aplica.

En definitiva, las medidas de contención suponen claros riesgos e inconvenientes previsibles para las personas sometidas a ellas que pueden afectar gravemente a su salud, independencia y calidad de vida y, por ello, es necesario hacer un uso racionalizado de las mismas. Debe considerarse por el personal profesional de los centros residenciales como el *último recurso*, después de haber agotado todas las medidas alternativas.

Para el cumplimiento de este objetivo final, es fundamental la concienciación tanto del personal de los centros residenciales como de los familiares. Debe resaltarse la importancia del papel de las familias para la toma de la decisión, por esta razón tanto el proceso de información como el de firma del consentimiento informado de aplicación de una medida temporal de contención, debe llevarse a cabo en el centro de forma clara y rigurosa.

La Constitución Española de 1978, dentro de su Capítulo II “Derechos y Libertades” establece una Sección I relativa a los *Derechos y libertades fundamentales*, en el que destaca el artículo 15 donde se recoge que todos los ciudadanos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes. En el artículo 17 se afirma que toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad y en el artículo 18 se garantiza el derecho al honor, a la intimidad y a la propia imagen.

En la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica y reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, se defiende la autonomía integral del paciente. En el artículo 4, el derecho a la información asistencial, en el artículo 8 se defiende el consentimiento informado y en el artículo 9 de la citada ley se hace referencia a los límites del consentimiento informado y consentimiento por representación.

Considerando el marco legal y ético que empara nuestra actividad de cuidar y de curar, resulta básico tender al máximo respeto de la autonomía física y moral y progresar activamente hacia el paradigma de la contención cero.

Sólo cuando esté justificada la aplicación de una medida de contención física/ mecánica, se deberá proceder, pero respetando, en todo momento los siguientes principios éticos:

- *El principio de autonomía.* Este reconoce que todas las personas tienen derecho a tomar decisiones sobre su vida y su salud. Si la persona es capaz y rechaza cualquier tipo de restricción debe respetarse su decisión. Si la persona está incapacitada debe decidir su tutor/a legal.
- *El principio de justicia.* Según este principio, la aplicación de una medida de sujeción no puede actuar jamás como causa de discriminación de la persona por parte del personal profesional, pues existe el derecho a no ser discriminado por ninguna circunstancia.
- *El principio de no-maleficencia.* Según este principio, la acción de cuidar y de curar debe evitar un mal. Si se presume que la contención puede causar un mal en el paciente, debe rehusarse. Sólo si en la ponderación de beneficios y riesgos, la deliberación se inclina por los beneficios para el paciente, puede tener lugar, siempre que respete el principio de autonomía.
- *El principio de intimidad.* Según este principio ético, cualquier intervención por parte del personal profesional debe respetar escrupulosamente el derecho a la intimidad, incluso en caso de que la persona no sea consciente de este hecho.

3. Aclaraciones conceptuales

El discernimiento ético de la práctica de la contención requiere, de manera ineludible, una aclaración conceptual. Es ineludible definir en primer lugar qué se entiende por sujeción o contención en este documento, puesto que existe una gran variabilidad terminológica y conceptual según el tipo de documento oficial o protocolo consultado. En la presente *Guía* se entienden del siguiente modo:

Contención: freno o limitación de un movimiento o impulso. Esta puede ser de tres tipos:

- Institucional:* impedir salidas, normas, horarios.
- Ambiental:* unidades especiales (sectorización), verjas, barandillas, etc....
- Psicológica:* órdenes, situaciones de superioridad, medidas de persuasión.

Sujeción mecánica: método manual o aparato, equipos o materiales físicos o mecánicos que se ajustan al cuerpo de la persona, y de los que no puede deshacerse con facilidad, limitando la libertad de movimientos o el acceso normal a su cuerpo.

Sujeción química: el uso de medicamentos psicoactivos, ya sean sedantes o tranquilizantes, para mejorar o controlar una conducta supuestamente molesta o de riesgo, que no tiene base en un desorden psiquiátrico diagnosticado. En general, se refiere a la administración de esos medicamentos para afrontar un problema para el que, en muchas ocasiones, no existe un tratamiento mejor.

Es muy probable que las personas a las que se les aplican sujeciones químicas acaben sometidas a sujeciones físicas. No se incluye esta terminología ya que los medicamentos psicoactivos deben estar indicados *siempre* según diagnóstico médico previo y con dosis adecuada, nunca con otro objetivo que no sea en beneficio del paciente y según diagnóstico previo.

4. Procedimiento

El procedimiento de una contención o sujeción exige los siguientes elementos:

La prescripción facultativa: Las medidas de sujeción deben ser prescritas por el personal facultativo responsable, propio del Centro, en el que se aplicará la medida menos restrictiva, con indicación temporal, y por tanto, sometida a revisiones periódicas.

El titular del *derecho a la información asistencial* es la persona usuaria, y si estuviera incapacitada, sería su tutor/a legal.

El consentimiento informado: es necesario informar a la persona afectada, o en su caso al/la tutor/a legal, sobre la contención física a aplicar, el plan de atención individualizada que se establecerá, así como las posibles consecuencias y los beneficios esperados. Una vez facilitada la información, se solicitará el consentimiento para la adopción de estas medidas y de las condiciones en que se preste, debiendo quedar constancia por escrito.

El plan de cuidados de cada persona debe contemplar, como mínimo, una serie de aspectos registrados en los protocolos de intervención. El profesional dejará constancia por escrito de manera diaria y mensual.

5. Medidas alternativas

Una adecuada valoración geriátrica, que posibilite el correcto tratamiento de la patología que presente el paciente, puede disminuir la necesidad de uso de sujeciones o acortar, al menos, el periodo por el que se va a mantener la medida.

Por ello, es necesario realizar una evaluación exhaustiva con el objetivo de conocer sus antecedentes médicos, tratamiento habitual, existencia de patología aguda, realizar los ajustes de tratamientos que fuesen necesarios e intervenir sobre aquellos aspectos modificables que pudieran estar relacionados, solicitando la implicación de todo el equipo interdisciplinar.

Se deben intentar medidas alternativas, como el abordaje o contención verbal para desactivar situaciones de agitación, reducción de estímulos provocadores de respuestas violentas, cambios en el entorno, en el mobiliario, búsqueda de la ubicación más adecuada y segura para esa persona dentro del centro, revisión y modificación (si es preciso) de su medicación, optimización de recursos humanos e implicación de las familias.

Otras medidas alternativas son técnicas de relajación, paseos programados y musicoterapia que se puede hacer individualizada. También la introducción en la práctica habitual de nuevas medidas tecnológicas que nos pueden ayudar como medida preventiva por ejemplo, sensores de movimiento o cojines con sensor de alarma, adecuación de sillas, camas bajas de Alzheimer.

Siempre antes de adoptar una medida de contención física, el equipo interdisciplinar (personal de enfermería, fisioterapeuta, psicólogo, trabajador social, terapeuta ocupacional,...) debe de valorar la adopción de otras alternativas menos agresivas e incapacitantes para la persona residente como son:

- a. Adecuar el entorno: mejorar la iluminación, luces fáciles de encender, suelos antideslizantes, que ningún mueble obstaculice el paso, etc.
- b. Seguridad en la cama: colchones cóncavos, colocación de rodillos acolchados, alfombras mullidas en el suelo, individualizar la altura de las camas según necesidades, trapecio que facilite la movilidad en cama, timbre de llamada, etc.
- c. Asientos e higiene postural: sillas con asientos profundos, sillas con sistema antivuelco, mecedoras o asientos reclinables, almohadas grandes en el suelo, etc.
- d. Alarmas: en la cama, silla o muñeca para personas con deterioro cognitivo, de control de deambulación errática, en las puertas de salida, etc.

e. Aseo y continencia: ayuda frecuente en el aseo, programación del aseo, cambiar a la persona usuaria inmediatamente después de cada micción o deposición, identificar el baño con un dibujo, etc.

f. Actividades y programas: desarrollar programas de rehabilitación y ejercicios que incluyan enseñar a la persona usuaria técnicas seguras de movilidad, de equilibrio, terapias físicas, ocupacionales y recreativas, rutinas diarias estructuradas, terapias de orientación a la realidad, etc.

g. Necesidades psicosociales: escuchar con atención a las personas usuarias, dar respuesta a sus necesidades, aumentar las visitas, animar la interacción entre el personal y las personas usuarias, proporcionar compañía de la familia, amistades, voluntariado, etc. El centro siempre se debe adaptar a las necesidades de sus personas usuarias, potenciando sus capacidades en la medida de lo posible.

6. Efectos adversos

En cuanto a los efectos adversos que pueden derivarse de la aplicación de restricciones físicas, debemos señalar las lesiones directas, causadas por la presión externa del sistema de sujeción: laceraciones, hematomas, lesiones en plexos nerviosos, lesiones isquémicas y estrangulamiento (que en ocasiones puede conducir a la asfixia y a la muerte).

El uso de sujeciones físicas y químicas en centros de personas mayores se ha asociado a declive del comportamiento social, cognición y movilidad, con aislamiento, disminución de la autoestima, depresión, aumento de la desorientación y deterioro cognitivo, desarrollo de úlceras por presión, atrofia muscular, incontinencia urinaria y fecal e infecciones, entre otros.

Como conclusión y considerando las implicaciones éticas y legales que acompañan a la aplicación de este tipo de medidas (pérdida de autonomía, de libertad), entendemos que hay que plantearse un uso restringido, humanizado y acorde a los conocimientos actuales, exigiendo el esfuerzo y compromiso de todos los agentes implicados: gestores de los centros, profesionales de atención directa, familiares y usuarios.

Es, por todo ello, que la introducción de programas formativos para los profesionales, la información sobre las consecuencias negativas derivadas de su uso y el conocimiento de medidas alternativas son puntos clave para aumentar las garantías sanitarias de la intervención, disminuir su prevalencia y asegurar el respeto a los derechos de las personas mayores.

7. Indicaciones

El principal grupo susceptible de tener prescrito este tipo de sujeciones lo constituyen las personas mayores con demencia o elevado grado de dependencia.

Las razones esgrimidas para la utilización de estas medidas suelen ser, entre otras: prevención de caídas, control de la agitación y otras alteraciones conductuales que puedan causar daño a terceros, mantenimiento de una terapia, protección de instrumentos, prevención de conductas de riesgo por vagabundeo y ayudar a mantener la correcta posición anatómica del cuerpo.

Las sujeciones físicas y químicas deberían ser aplicadas si:

- a. No existe otra medida alternativa que pueda solucionar el problema.
- b. Sólo en caso de conductas o situaciones que representen una amenaza para la integridad física del propio usuario o de otros.
- c. Para prevenir autolesiones o lesiones a otras personas.
- d. Protección de programas terapéuticos propios o ajenos (arranque de vías, sondas, catéteres...).
- e. Cuadros de agitación psicomotora no controlable por otros procedimientos terapéuticos.

8. Contraindicaciones

En ningún caso se utilizará como castigo ante una trasgresión o conducta molesta, por conveniencia del personal o de otros usuarios, ni como sustitutivo de vigilancia.

Además, está contraindicada, con carácter general, si no existe indicación explícita, si existen abordajes alternativos de eficacia similar, en caso de orden expresa del facultativo de no aplicación de esta medida y siempre que se desconozca el estado general de salud del usuario.

Si no han funcionado las medidas preventivas implantadas anteriormente, existe indicación específica de sujeción y la prescripción médica por escrito (salvo situaciones urgentes por ausencia del facultativo), se pondrá en marcha la medida más oportuna según el caso, teniendo en cuenta diversos aspectos:

- a. La medida de sujeción normalizada más adecuada será pautada por parte del médico con el apoyo del equipo interdisciplinar del centro, aplicándola según instrucciones y recomendaciones establecidas de forma individualizada (horarios, cuidados especiales derivados).
- b. Información inmediata al usuario, tutores, familiares o personas de referencia autorizadas para solicitar consentimiento informado por escrito. Éstos recibirán una copia del documento implementado desde el sistema de información asistencial GCR¹. Explicar siempre al paciente (si su nivel cognitivo lo permite) de forma empática la medida que se va a adoptar y el porqué de la misma.
- c. En el caso de carecer del consentimiento escrito por parte del usuario, tutores, familiares o personas de referencia autorizadas, si el personal asistencial estima imprescindible el uso de la sujeción por los riesgos previstos, se procederá a poner en conocimiento del Juez la intervención realizada o a derivar el caso a los Servicios de Salud Mental correspondientes si fuese necesario.
- d. Toda esta información debe quedar reflejada lo antes posible en el curso clínico del paciente, en su plan de cuidados y en el registro específico habilitado en el sistema de información asistencial GCR para este tipo de medidas.
- e. Mantener la sujeción el menor tiempo posible, siendo reevaluada por el médico (con el apoyo del equipo interdisciplinar) convenientemente a la semana de su aplicación y obligatoriamente coincidiendo con la valoración periódica del usuario. Así mismo, en el necesario control y seguimiento de la medida se debe registrar en el curso clínico la siguiente información: la evolución, incidencias, tolerancia, eficacia y sucesivas revisiones, con la decisión de continuidad o retirada de la sujeción.

9. Cuidados derivados

Se deberá respetar la dignidad de la persona mayor en todo momento, preservando su intimidad. Para disminuir el riesgo de lesiones, el personal deberá estar formado y entrenado en el uso correcto de los mecanismos de sujeción, el material utilizado debe estar específicamente diseñado para la función que debe realizar y se asegurará de su uso correcto, de acuerdo con las instrucciones del fabricante.

¹ GCR (Gestión de Centros Residenciales) es un software informático al que tiene acceso el equipo interdisciplinar de un centro para recoger información fundamentalmente clínica y administrativa. También aquella de otra índole que pueda afectar de un modo relevante respecto al residente/usuario/paciente. Una vez introducida dicha información, esta no es susceptible de modificación.

En el caso de las sujeciones químicas, prestaremos especial atención a sus posibles efectos adversos (sería interesante que los auxiliares estuviesen adiestrados ante posibles signos de sospecha) y en el momento en que sea posible serán retiradas. Como regla general, en los centros del Grupo DomusVi, los tratamientos farmacológicos deben ser revisados al menos una vez al mes por el médico.

Además, se adoptarán los cuidados necesarios para evitar posibles consecuencias negativas derivadas de la aplicación de medidas de restricción física:

- a. El auxiliar responsable en cada turno debe encargarse de almohadillar y revisar las sujeciones, comprobando el estado de la piel y/o posibles lesiones, que en el caso de producirse comunicará a la enfermera.
- b. Se deben realizar igualmente los cambios posturales programados por enfermería (plan de cuidados).
- c. Se tienen que facilitar también periodos de movilidad y/o ejercicio siempre que se estime necesario.
- d. Se debe ayudar al usuario en su higiene personal.
- e. Se tiene que acompañarle al cuarto de baño, proporcionarle cuña u orinal, o cambiar pañales de incontinencia con la frecuencia necesaria.
- f. Regular y controlar la temperatura de la habitación en la medida de lo posible.
- g. Ofrecer alimentos y líquidos.
- h. Retirar todos los objetos peligrosos de su entorno.
- i. Supervisión frecuente por parte de enfermería: durante los primeros días de aplicación de la medida, esta supervisión será más estrecha, atendiendo al estado físico y psíquico de la persona.
- j. Intervención psicológica en el caso de que se considere necesario (síntomas depresivos, ansiedad, disminución de la autoestima).
- k. En todos los casos deberá constar registro escrito (curso clínico), de la realización y resultado de estos controles y revisiones.
- l. Revisión en primera consulta y convenientemente en la primera semana, de la indicación por parte del médico, quedando constancia escrita de la misma en el registro habilitado a tal efecto (sistema de información asistencial GCR)
- m. Si es posible, implicar al usuario y/o a la familia en su plan de cuidados con el objeto de minimizar y/o retirar la restricción física.

10. Entorno afectivo

Es muy relevante que la decisión de aplicar la sujeción sea consensuada por el equipo interdisciplinar, una vez comprobado que está indicada y que no se disponen de otras medidas alternativas. Esta información se ha de comunicar al entorno afectivo. En concreto se debe informar de los motivos por los que se decide adoptar la medida, el plazo previsto para su uso, las medidas alternativas adoptadas, los posibles efectos negativos que se puedan dar en su familiar y el seguimiento a realizar por parte del equipo interdisciplinar.

Establecer una buena relación de comunicación entre el equipo profesional del centro y el entorno familiar y/o afectivo de la persona mayor facilita la aplicación de este tipo de medidas cuando se consideran necesarias. La aceptación del entorno afectivo muchas veces depende de la información de que dispongan al respecto.

Resulta relevante señalar que la decisión del equipo es la que prevalece en este tipo de situaciones, cuando la evidencia clínica aconseja la prescripción.

11. Criterios éticos de la contención en la ayuda a domicilio

El uso de medidas de contención y de sujeción se plantea también en la Ayuda a Domicilio que presta DomusVi. En función de la patología del usuario, se puede observar cómo la diversidad de situaciones vividas en los domicilios deriva en distintas formas de cuidados y de atenciones hacia la persona.

Dependiendo de la situación específica y concreta que se viva en cada domicilio, los familiares y/o cuidadores se irán adaptando a las circunstancias utilizando estas medidas de contención y sujeción. Muchas veces, dichos cuidadores consideran que las medidas “son necesarias” y que están haciendo “lo correcto”, cuando, en realidad, no son conscientes de que están causando un daño hacia la persona.

En relación al uso de estas medidas podemos diferenciar entre:

Medidas de contención: En este caso, se utilizan barandillas en camas (la mayoría de usuarios encamados dispone de cama articulada); sábanas de contención; mesas que se colocan delante de los sillones para evitar caídas; cuñas en el asiento de los sillones para evitar que la persona caiga hacia adelante; lazos, gasas o cordones en las muñecas atadas al sillón para evitar que los usuarios se hagan heridas; cierre de puertas con llave para evitar fugas; órdenes y situaciones de superioridad por parte del cuidador; etc.

Medidas de sujeción: Se utilizan sillas de ruedas con cinturón adaptado, cinturones sueltos acoplados a sillones o cinturones en camas para contener el cuerpo o las manos. También es relevante señalar en este grupo la administración de medicamentos con la que se afrontan situaciones molestas y se controlan, de este modo, conductas que no son agradables para los cuidadores. Las trabajadoras sociales y auxiliares también insisten a los cuidadores que el uso de dichos medicamentos psicoactivos sin control médico puede derivar en situaciones peligrosas para la vida de los usuarios.

Hay que destacar que muchas de estas sujeciones físicas que limitan la libertad de movimientos del usuario consisten en aparatos o equipos comprados específicamente en ortopedias, farmacias o similares, pero existen otras que se elaboran de forma “más rudimentaria”, con materiales que se tienen en el propio domicilio, sin que dichas sujeciones sean evaluadas, controladas ni aceptadas de forma reglamentaria.

Por este motivo, muchas sujeciones mecánicas se ajustan tanto al cuerpo del usuario que no sólo llegan a producirle heridas, sino que además causan en él situaciones de pánico, desasosiego y ansiedad extrema, generando un perjuicio constante para el desarrollo integral de la persona.

Finalmente, indicar que detrás de cada caso que se atiende existe un trabajador social que coordina el servicio y que informa de cualquier anomalía a la Coordinadora General y al CMSS que corresponda, para, a partir de aquí, adoptar las medidas que se consideren oportunas.

En relación a la Ayuda a Domicilio se ha detectado cómo muchos familiares utilizan el cierre de puertas con llave para evitar fugas de usuarios con deterioro cognitivo.

El problema surge cuando el familiar debe salir del domicilio y no dispone de nadie más que realice la tarea de cuidador, momento en el que el usuario queda “encerrado” solo sin una supervisión continua por parte de su cuidador. Se recomienda encarecidamente en estos casos no dejar sola a la persona con demencia y llevarla con el cuidador en dichos traslados.

12. Conclusiones

Según los expertos, en muchos centros donde se cuida a personas mayores se produce un elevado uso de sujeciones, tanto físicas como químicas. Existen contundentes evidencias de que la utilización de determinadas sujeciones en personas mayores es poco recomendable por los efectos negativos que comportan.

Por todo ello es preciso dirigir nuestros esfuerzos hacia la contención cero y limitar el uso estrictamente necesario y responsable de las sujeciones, para lo cual se requiere información, formación y recursos.

Hacia ello apuntan los últimos estudios sobre este tema en el ámbito residencial, que subrayan el beneficio de programas formativos (tipos de sujeciones, los riesgos asociados y la forma de evitarlos), junto al conocimiento de alternativas a la sujeción y un cambio de actitud por parte de los profesionales y de las familias dirigido hacia un uso racional, que permita reducir con seguridad la utilización de estas medidas en nuestros centros.

Pueden existir situaciones de gran complejidad que no estén contempladas en este documento. En tales casos, los profesionales disponen del *Comité de Ética Asistencial* para formular sus consultas y obtendrán confidencialmente el pertinente asesoramiento.

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.

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.

Feil, Naomi. *Validación: un método para ayudar a las personas mayores desorientadas*. Barcelona: Herder, 2002. 158 p. (Albor. Master gerontología social)

Gallagher, A. "Ethical issues in patient restraint". A: *Nursing times*, 2001, 107(9), p. 18-20.

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*.

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.

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.

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

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.

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.

