

ÚS RACIONAL DE LES CONTENCIONS FÍSiques

Estudi de la incidència de l'assessorament de la
inspecció de serveis socials en residències de
gent gran



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



Permesa la reproducció, sempre que se n'esmenti la procedència i no es faci amb finalitats comercials.

© Generalitat de Catalunya
Departament de Benestar Social i Família
Plaça de Pau Vila, 1
08039 BARCELONA

Autoria dels textos: Servei d'Inspecció i Registre (Direcció de Serveis, Departament de Benestar Social i Família)

Equip redactor: M. José Contreras García, Elena López Romero i M. Mercè Vidal Puig

Primera edició: juliol de 2011

ÍNDEX

1. Introducció	4
2. Marc legal	6
3. Autonomia i qualitat de vida	11
4. La qualitat de vida de les persones usuàries en centres residencials	13
5. Vers un canvi de model assistencial	15
6. La funció assessora de la Inspecció	17
7. Assessorament per a la millora en l'ús de les contencions: objectiu del Servei d'Inspecció i Registre	18
8. Metodologia	21
9. Incidència de l'assessorament de la Inspecció	23
9.1. Residències assistides de gent gran que hi varen participar	23
9.2. Situació inicial	24
9.3. Situació final	24
9.4. Gràfic general	25
9.5. Dades segons la capacitat de l'establiment	26
9.6. Comparació de les dades de la situació inicial amb les obtingudes després de l'assessorament	28
9.7. Disminució de l'ús de les contencions per zones d'inspecció	29
9.8. Recull de mesures alternatives a les contencions físiques	31
9.9. Reducció de contencions en funció del finançament del centre	33
10. Conclusions	34
11. Legislació, bibliografia i webgrafia	39

1. INTRODUCCIÓ

En el transcurs de la tasca inspectora del Departament, s'ha detectat que hi ha un gran nombre de persones grans físicament **subjectades de manera permanent**, sobretot en centres residencials de gent gran, la majoria de les quals estan afectades d'algun tipus de demència.

Segons estudis i escrits recents, Espanya fa un ús significativament superior d'aquestes immobilitzacions que altres països amb condicions socioeconòmiques similars (hi ha un 39% de les persones residents sotmeses a immobilitzacions). En les visites d'Inspecció als centres s'ha observat que, a vegades, tot i que les famílies i els professionals teòricament hi estan en contra, no s'ho qüestionen a fons i esdevé una pràctica generalitzada.

Als Estats Units, a la primeria dels anys noranta, es va fer un estudi en relació amb l'ús de les contencions en establiments residencials. En aquell moment, la prevalença era d'un 41%. D'aquest estudi se'n derivà la normativa OBRA (*Omnibus Budget Reconciliation Act*), que va entrar en vigor l'any 1990 i que ha portat fins a principis d'aquest segle XXI a una disminució significativa d'aquesta pràctica, ja que l'actual prevalença és lleugerament inferior al 20% (Rein Tideisksaar. *Caídas en ancianos. Prevención y tratamiento*).

La inspecció de serveis socials vetlla per l'atenció que s'ofereix en les residències i ha de garantir que es respectin els drets de les persones usuàries. En les visites que fa, analitza el funcionament del centre, proposa la correcció dels dèficits i busca alternatives perquè puguin oferir un servei millor.

Des del vessant assessor que reconeix la Llei d'inspecció, el Departament es proposa dur a terme un treball de camp tenint com a punt de mira poder oferir una millor garantia dels drets de les persones usuàries i millorar la seva dignitat i atenció.

Es tracta de fer un recull de dades per conèixer la prevalença de les contencions físiques en els establiments residencials de gent gran de Catalunya, divulgar-ne els aspectes més significatius, proposar i difondre mesures alternatives i valorar quina incidència té l'assessorament fet en la disminució de les contencions.

El Servei d'Inspecció i Registre, amb la voluntat de millorar l'atenció que es presta a les persones afectades i d'acord amb la funció assessora del seu personal, té la missió de garantir els drets dels adults grans amb dependència i la seva qualitat de vida i assistencial, així com millorar els sistemes assistencials proposant mesures que afavoreixin un ús més racional de les contencions físiques. Cal apostar per una millora de la qualitat.

2. MARC LEGAL

L'article 15 del títol primer, secció primera, de la Constitució espanyola de l'any 1978 estableix, en els "Drets i llibertats fonamentals", que tothom té dret a la vida i a la integritat física; en l'article 17, que tota persona té dret a la llibertat i a la seguretat i que no se la pot privar de llibertat; també en l'article 18 se li garanteix el dret a l'honor, a la intimitat i a la pròpia imatge. En l'article 43 del capítol tercer, referent als principis rectors de la política social i econòmica, es reconeix el dret que tothom té a la protecció de la salut.

L'Assemblea del Parlament i el Consell d'Europa posteriorment, l'any 1994, en la recomanació 1235 va prohibir l'ús de la contenció física en qualsevol supòsit, però el *Llibre blanc del Consell d'Europa* va suspendre aquesta prohibició dient que "*l'ús de períodes curts de subjecció física i aïllament han de ser proporcionals als beneficis i riscos que en derivin*".

A Catalunya, l'any 2000 es publica el **Decret 176/2000, de 15 de maig, de modificació del Decret 284/1996, de regulació del Sistema català de serveis socials**, on entre altres coses estableix que: "...cal accentuar les exigències d'atenció a la gent gran, en horari nocturn, en els establiments residencials, així com la necessitat de pautes d'actuació (...) per a la correcta atenció d'incontinències, caigudes, contencions, lesions per pressió i higiene". Posteriorment també estableix: "és necessari determinar en quins supòsits una persona atesa pot estar subjecta a contenció física o medicamentosa per evitar perjudicis en la seva seguretat o salut, o a tercers".

L'any 2007, el Parlament de Catalunya va aprovar la **Llei 12/2007**, de serveis socials. La regulació dels drets referents als serveis socials establerta per l'Estatut d'autonomia s'emmarca en la Declaració Universal dels Drets Humans, la Carta Social Europea i la Constitució espanyola. L'Estatut reconeix en el capítol I del títol I els drets i deures de l'àmbit civil i social, entre els quals s'inclouen els drets relatius als serveis socials. Així mateix, estableix els principis rectors que han d'orientar les polítiques públiques i encarrega als poders públics de promoure les mesures necessàries per garantir-ne l'eficàcia plena.

Els serveis socials són el conjunt d'intervencions que tenen com a objectiu garantir les necessitats bàsiques de la ciutadania, posant atenció en el manteniment de l'autonomia personal i promovent el desenvolupament de les capacitats personals en un marc de respecte per la dignitat de les persones. Són un instrument per afavorir l'autonomia de les persones, per millorar les condicions de vida, eliminar les situacions d'injustícia social i afavorir la inclusió social.

La **Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de serveis socials de Catalunya**, a més de definir els objectius i finalitats dels serveis socials, desenvolupa els principis rectors i fa una descripció detallada dels drets i deures de les persones amb relació als serveis socials. El seu contingut vol contribuir a garantir la llibertat, la dignitat i el benestar de les persones.

La Llei prioritza com a principis rectors l'atenció personalitzada i integral, el respecte pels drets i la dignitat de la persona, el foment de l'autonomia personal, l'eficiència i eficàcia, així com la qualitat dels serveis socials. Així mateix, assenyala que cal un canvi que vagi dels requisits mínims dels equipaments, dels quals s'han de potenciar des d'aspectes de qualitat assistencial fins a mesures de control, inspecció i seguiment de la qualitat.

Entre els principis rectors dels Sistema públic dels serveis socials, es destaca el **respecte pels drets de les persones** (les actuacions respectaran sempre la dignitat de la persona i els seus drets), el **foment de l'autonomia personal** i la **qualitat dels serveis**.

Cal tenir present que la mateixa Llei assenyala que professionals i entitats han d'orientar l'activitat de manera que aquests principis es garanteixin i que és l'Administració pública qui ha de vetllar per l'efectivitat dels drets de les persones residents que mereixen una especial atenció. Cal garantir-los, doncs, els principis següents:

- Exercir la llibertat individual per ingressar, romandre i sortir de l'establiment.
- Conèixer el seu reglament de règim intern, els drets i deures.
- Rebre atenció personalitzada d'acord amb les necessitats específiques.
- Mantenir la intimitat i la privacitat en les accions de la vida quotidiana.
- Considerar com a domicili l'establiment residencial.
- Participar en la presa de decisions del centre que els afectin individualment o col·lectivament.
- No ser sotmeses a cap mena d'immobilització o restricció de la capacitat física o intel·lectual per mitjans mecànics o farmacològics sense prescripció facultativa i supervisió, llevat que hi hagi un perill imminent per la seguretat física de la persona usuària o de terceres persones.

Quant a la qualitat dels serveis socials, incorpora, a més, l'exigència que els professionals compleixin els deures relatius a la deontologia professional i que correspon al departament en matèria de serveis socials promoure els valors i les bones pràctiques relatius a l'ètica.

Correspon al Servei d'Inspecció i Registre, tal com estableix la **Llei 16/1996, de 27 de novembre, reguladora de les actuacions inspectores en matèria de serveis socials**, el control dels serveis i establiments de serveis socials per contribuir a la millora permanent del sistema català de serveis socials i garantir el dret del ciutadà a una prestació adequada. Cal destacar que la Inspecció té encomanades les funcions següents:

- Vetllar pel compliment de la normativa.
- Garantir els drets de les persones usuàries de serveis socials.
- Verificar el compliment de les condicions materials, funcionals i també el compliment de la normativa en matèria d'accessibilitat.
- Supervisar la destinació dels fons públics.
- Assessorar i informar les entitats i persones usuàries, en el decurs de la tasca inspectora, sobre els respectius deures i drets.

Pel que fa a l'autonomia de les persones usuàries i en relació amb el dret a la informació, la **Llei 21/2000 sobre els drets d'informació concernent a la salut i l'autonomia del pacient i la documentació clínica**, destina l'article 6 del capítol 4 al consentiment informat i diu que "qualsevol intervenció en l'àmbit de la salut requereix que la persona afectada hagi donat el seu consentiment específic i lliure i n'hagi estat informada prèviament". També diu que "la responsabilitat de garantir el dret a la informació correspon al metge i que també han d'assumir responsabilitats els professionals assistencials que apliquin una tècnica o procediment concret". La Llei exceptua l'exigència del consentiment informat i l'atorga per substitució quan, en risc imminent per la integritat física o psíquica del malalt, no es pot obtenir l'autorització o quan el malalt no és competent per prendre decisions. En aquest cas, el consentiment, el donarà la família o el representant legal de la persona malalta.

El **Decret 176/2000**, de 15 de maig, estableix la necessitat d'exigir mesures per reforçar la protecció de les persones usuàries dels serveis socials. Entre d'altres, hi ha la redacció d'un nombre mínim de protocols i registres, com ara el de contencions, ja que fins aleshores la majoria d'entitats de serveis socials no en tenien.

Deu anys més tard, i després de l'aprovació de l'actual Llei dels serveis socials, basant-nos en els principis que la inspiren, es fa palès que *cuidar* no pot ser només aplicar uns protocols i mantenir uns registres. D'acord amb els principis establerts i amb el reconeixement que es fa dels drets de les persones usuàries, és clar que cal que l'assistència es doni amb humanitat, amb compassió, termes que han caigut en desús per connotacions d'altres temps, però que en el fons impliquen **humanitzar el tracte**. Cal considerar que l'ètica de *tenir cura*, de *cuidar*, es basa en la relació amb l'altre i en les emocions, de tal manera que és indispensable l'empatia i l'escolta activa per poder donar resposta a les necessitats individuals de manera flexible. Cal posar-se en el lloc de l'altre per saber què pensa i sobretot com se sent, i cal escoltar-lo atentament tot acceptant les diferències.

Ara bé, aquest *tenir cura* de l'altre exigeix la responsabilitat i el compromís dels professionals i el lideratge de la direcció i l'entitat.

Tal com va dir J. L. Méler, president de la Confederación Española de Organizaciones de Mayores, en la sessió d'obertura de les II Jornades Internacionals de l'Ús de Subjecciones en Personas Grans Dependents, "**tenir subjectada una persona de per vida és un maltractament del qual la família, els professionals i la mateixa societat són corresponsables**".

3. AUTONOMIA I QUALITAT DE VIDA

Les persones grans ateses en residències assistides són ciutadans que mantenen tots els seus drets. La legislació actual de serveis socials, en establir els drets a favor de les persones usuàries, els possibilita que prenguin les seves pròpies decisions. Aquests drets, fàcilment identificables (intimitat, dignitat, autonomia, elecció, etc.), difícilment es reconeixen en la vida quotidiana de les persones ateses en centres gerontològics. L'atenció és encara molt paternalista, a la vegada que intervencionista. Els familiars i els professionals, amb la intenció de protegir la persona amb dependència, sovint l'anul·len decidint per ella, fent-la, d'aquesta manera, més dependent. Una bona relació entre el/la professional i la persona usuària no ha de ser asimètrica ni basar-se en el poder, sinó en el fet de compartir. La vida té un component de risc que en general es vol evitar, i aquesta sobreprotecció no fa els residents més feliços ni els proporciona més benestar. Els professionals no haurien d'obstaculitzar les decisions i les accions de les persones usuàries, ni privar-los de la informació necessària perquè puguin decidir per si mateixes.

Quan parlem de la Llei de promoció de l'autonomia personal i d'atenció a la dependència, freqüentment l'anomenem Llei de la dependència, i potser ha arribat el moment d'intervenir i potenciar aquells aspectes que afavoreixin realment l'autonomia personal com a plena capacitat de la persona.

Cal recordar el contingut d'aquest principi:

“L'autonomia es contraposa al principi de beneficència, ja que fer el bé no es pot imposar i cal respectar la llibertat de la persona beneficiària (Fco. Javier Pereda Gámez, magistrat i director de l'OEAIS).

L'autonomia (Raguénès, 1991) és la capacitat i/o el dret d'una persona a elegir per si mateixa les regles de la seva conducta, l'orientació dels seus actes i els riscos que està disposada a assumir. És a dir, **“el principi d'autonomia no és independent del principi de llibertat, ja que l'entenem com a capacitat d'escollir i conduir la pròpia vida”**.

Una primera lectura del terme *autonomia* és la que fa la Constitució espanyola com a expressió de la llibertat de les persones. Des de la visió de l'atenció social, l'*autonomia* es relaciona amb l'ètica de l'acompanyament, no mentir a la persona usuària, no traïr la seva confiança i no forçar-la físicament a actuar contra la seva voluntat, encara que això pugui complicar la intervenció (Lamoureux. *Éthique*, p. 61).

L'*autonomia* també s'entén com el dret a decidir lliurement la nostra concepció del bé i el projecte de vida, de manera que els i les professionals tenen el deure de respectar-lo, considerar-lo i potenciar la capacitat que el fa possible. (Etxeberria. *Aproximación*, p. 12).

Hem d'atendre la persona de forma integral, d'acord amb la definició que fa l'OMS de *salut*: "és l'estat de benestar físic, psíquic i social." Aquest concepte inclou principis de qualitat de vida, independència i autonomia, però per poder atendre realment de manera integral cal disposar d'equips formats, preparats i que creguin en tècniques de treball en equip interdisciplinari.

Les aptituds, destreses i actituds estan íntimament relacionades amb la història cultural, i sobretot amb els valors dels quals s'alimenten. Aquests inspiren l'activitat professional i tenen una gran incidència en el model assistencial que es vol donar, que en tot cas ha de centrar-se en la persona i en la voluntat d'una major eficiència.

És important recordar els principis establerts per la Llei de serveis socials i que haurien d'impregnar la filosofia assistencial dels centres gerontològics. I és que **la persona usuària té dret a portar una vida tan normal com sigui possible**, segons siguin els seus desitjos, en què tingui l'oportunitat de viure, aprendre i gaudir del seu temps, **sense ser exclosa automàticament amb la intenció de preservar-la dels riscos inherents a la vida quotidiana.**

4. LA QUALITAT DE VIDA DE LES PERSONES USUÀRIES DE CENTRES RESIDENCIALS

El concepte de *qualitat de vida* és, probablement, el més important i ampli pel fet de recuperar aspectes de la persona que habitualment en les residències són minimitzats o directament oblidats. Segons l'OMS, la *qualitat de vida* és “la percepció que una persona té del seu lloc en l'existència, en el context de la seva cultura i del seu sistema de valors i en relació amb els seus objectius, les seves expectatives, les seves normes, les seves inquietuds. Es tracta d'un concepte molt ampli, influït de manera complexa per la salut física, el seu estat psicològic, el seu nivell d'independència, les seves relacions socials, així com la seva relació amb els elements essencials del seu entorn”.

Shalock i Verdugo (2003) fan un intent d'aprofundir en les diferents dimensions de la *qualitat de vida* i proposen les àrees següents:

1. **Benestar emocional:** té en compte els sentiments de satisfacció (en l'àmbit personal i en relació amb la seva situació vital), autoconcepte (sentiments de seguretat/inseguretat i capacitat/incapacitat) i absència d'estrès (ansietat, depressió, humor, avorriment, motivació i comportament).

2. **Relacions personals:** centrades en la interacció i en el manteniment de les relacions personals. Es valoren aspectes com les bones relacions amb els altres residents, amb els familiars i consideracions respecte de si la persona se sent estimada, etc.

3. **Benestar material:** considera aspectes com l'economia, el dret de dur una vida confortable i les ocupacions valuoses, a més de terapèutiques.

4. **Desenvolupament personal:** definit per les seves capacitats, habilitats, competències i la utilitat que els proporciona. Facilitat i capacitat per comunicar-se i decidir, adaptació a les situacions i dificultats que es presenten, etc.

5. **Benestar físic:** recull els aspectes relacionats amb la prevenció de la dependència, la promoció de la independència, evitar que els problemes de salut provoquin malestar o dolor, que la medicació que la persona resident pren impedeixi la realització de certes activitats, etc.

6. **Autodeterminació:** parteix de la idea de *qualitat de vida* que té la persona resident, del seu projecte vital i de si té possibilitat d'escollir o no (si pot definir objectius i valors, prendre decisions concretes, etc.).

7. **Inclusió social:** considera aspectes com la integració, la participació, l'accessibilitat, la utilització de llocs normalitzats.

8. **Defensa dels seus drets:** respecte i exercici dels drets, intimitat i respecte.

(LOURDES BERMEJO. *Guía de buenas prácticas en residencias de personas mayores en situación de dependencia*. Govern d'Astúries).

5. VERS UN CANVI DE MODEL ASSISTENCIAL

Els serveis socials han evolucionat des del concepte de *beneficència*, passant pels *drets condicionats*, per arribar a l'actual *dret universal*.

La Llei catalana de serveis socials estableix determinats drets subjectius universals que actuen com a impulsors per aconseguir l'autonomia i, en la seva disposició addicional primera, parla de les “mesures per a la promoció de l'autonomia personal”, fent referència a la dependència física i a les limitacions d'atenció per a les activitats més bàsiques de la vida diària.

Defensa “la igualtat d'oportunitats per accedir als serveis socials com un instrument d'autonomia per a gaudir d'una integració real en la societat. Vol contribuir, en definitiva, a garantir la llibertat, la dignitat i el benestar de les persones” (Preàmbul VII).

Des d'una primera atenció social fonamentada bàsicament en el principi de la beneficència, d'actitud paternalista i intervencionista, hem arribat a disposar de la Llei actual de serveis socials. Aquesta regula i ordena els serveis socials amb els requisits i estàndards de qualitat òptims i necessaris per garantir la dignitat i qualitat de vida de les persones durant totes les etapes de la seva vida, cobrint les seves necessitats bàsiques i socials (art. 1 i 3).

Per aquest motiu, el model d'atenció ha d'anar canviant per assolir “una relació assistencial adulta *persona cuidadora – persona cuidada*, on la persona cuidada aporta els seus valors i la professional aporta els seus coneixements” (doctor Diego García).

Serà, doncs, necessari que els serveis i recursos girin entorn de la qualitat de vida de les persones i no pas al voltant del sistema organitzatiu que els sustenta: no s'ha de confondre la finalitat amb els mitjans. La planificació de les atencions, cal fer-la des de la persona, no des dels sistema; des de les seves capacitats i els seus desitjos, sense centrar-se només en els seus dèficits i debilitats, compartint les decisions amb la persona i/o amb qui decideixi per

ella. No es poden limitar a desenvolupar plans, teràpies i programes d'acord amb uns quants estereotips sobre les persones grans: cal atendre les dimensions de la història i la capacitat personals i les consideracions de qualitat de vida de cada persona atesa.

Tot això serà possible si els equips es formen i treballen de manera interdisciplinària, i si en la seva dinàmica es fomenta l'escolta activa, l'empatia, la tolerància i la flexibilitat.

6. LA FUNCIÓ ASSESSORA DE LA INSPECCIÓ

El personal inspector, en el decurs de les visites als serveis socials, ha d'observar i percebre l'entorn de vida de les persones usuàries residencials, conscients que de la seva percepció pot dependre la millora de moltes circumstàncies. Aspectes com la retirada de mesures de subjecció inadequades, la incorporació a activitats de dinamització o terapèutiques o l'atenció digna a la incontinència incideixen directament en el benestar de la persona resident.

Aquesta tasca de la Inspecció es converteix en una oportunitat de millora per a les entitats que ofereixen les seves atencions i, consegüentment, una millora en les condicions de vida de les persones ateses. Cal fer una tasca de formació que permeti orientar amb encert el treball que desenvolupen els professionals d'entitats i centres que es dediquen a l'atenció de persones adultes grans amb dependència.

La tasca inspectora en centres residencials és complexa. El marc referencial de la Inspecció és vetllar pel compliment de la normativa, però en el decurs de la visita al centre cal analitzar-ne el funcionament, corregir les deficiències detectades i descobrir àrees de millora en l'atenció a les persones.

El paper educatiu de les administracions públiques rau precisament en la seva obligació d'incidir en la millora de l'atenció a la ciutadania, i l'educació es una eina de transformació social de primer ordre. L'organització de jornades formatives, l'elaboració de material divulgatiu de bones pràctiques, l'assessorament per a una millora de la qualitat assistencial, són bons exemples d'aquesta funció educativa.

La funció esmentada, a més d'incidir en la millora de l'atenció a les persones usuàries, constitueix una tasca preventiva de pràctiques inadequades, de manera que redueix la necessitat d'utilitzar l'exercici de la potestat sancionadora i introdueix un factor de competència saludable entre les entitats del sector. (Javier Moya. *L'ancianitat en el món actual. El rol educatiu de les administracions*).

7. ASSESSORAMENT PER A LA MILLORA EN L'ÚS DE LES CONTENCIONS: OBJECTIU DEL SERVEI D'INSPECCIÓ I REGISTRE

La intenció d'aquest treball és demostrar que els equips professionals de les residències de gent gran poden canviar el model assistencial en la utilització de les contencions físiques i utilitzar mesures alternatives.

Per aconseguir tot això, s'ha desplegat un intens assessorament als establiments residencials a fi que els seus equips reflexionin sobre aquesta qüestió, se n'informin, es qüestionin el procediment utilitzat i hi introdueixin mesures alternatives. Per poder valorar el canvi obtingut mitjançant la tasca divulgativa que s'ha fet, la Inspecció ha elaborat aquest estudi.

El seu punt de partida es pot establir en el moment que el Servei d'Inspecció i Registre defineix com a objectiu de treball per a l'any 2010 assessorar les residències assistides per a l'ús racional de les contencions físiques.

Aquest plantejament és el resultat d'un període de sensibilització i formació del personal inspector en relació amb les contencions físiques, arran de la participació, en nom del Servei, de dues inspectores a les Jornades Internacionals sobre l'Ús de les Subjeccions, organitzades a Madrid el mes de febrer de 2008 per l'IMSERSO. A partir d'aquest contacte i de manera gradual, es va començar a assessorar les residències en aquest sentit.

Durant l'any 2009, una inspectora va recollir una sèrie de dades, després de fer l'assessorament a les residències de gent gran assignades a la seva zona, per intentar valorar si aquesta situació corresponia a la realitat catalana i si convenia fer el mateix a tots els serveis residencials.

L'estudi d'aquesta petita mostra dona com a resultat que totes les residències que hi participaven, menys una, milloraven després de l'assessorament, amb la implantació de sistemes alternatius a les contencions físiques. Al mateix temps, es comprova que a Catalunya la prevalença coincideix aproximadament amb les dades de la resta d'Espanya (39% de subjeccions). El fet que aquesta

prevalença sigui tan alta, en relació amb la resta de països europeus, és un signe d'alerta per considerar que cal millorar molts aspectes de l'organització en el sistema d'atenció a la gent gran.

És així com el Servei d'Inspecció i Registre establí com a objectiu prioritari de treball per a l'any 2010 l'assessorament en l'ús racional de les contencions físiques en usuaris de residències assistides per a gent gran. Per fer la dinamització i posterior treball d'aquest objectiu es va constituir una comissió formada per tres inspectores.

El primer pas consistia a recollir dades per conèixer la situació sobre l'ús de les contencions físiques a les residències de gent gran de Catalunya, i així poder després comprovar la incidència de l'assessorament d'Inspecció. Amb aquest objectiu es va elaborar un recull de documentació, per poder establir de manera homogènia un mètode per assessorar i recollir dades.

Els documents elaborats en aquell moment són els següents:

- Un protocol d'assessorament per al Servei d'Inspecció i Registre en què s'estableixen uns criteris bàsics i homogenis per a l'assessorament dels equips de professionals de les residències assistides.
- Unes taules per a la recollida de dades (en format Excel): un model amb el contingut, que el centre haurà d'emplenar, i un altre on cada inspector havia de transferir les dades trameses per les residències de la seva zona.
- Un model de prescripció de la contenció física.
- Un model de consentiment informat, amb l'objectiu bàsic que les famílies estiguessin informades de les conseqüències documentades de la contenció física i les cures necessàries per alleujar-les.

El mes de maig de 2010, en el decurs d'una reunió informativa del Servei d'Inspecció i Registre, es va distribuir la documentació preparada. Simultàniament es va difondre als diferents serveis territorials perquè tot el personal inspector disposés de la mateixa informació.

Començava així el punt de partida per a la difusió i l'assessorament als equips de professionals de les residències assistides de gent gran durant les visites d'ofici. Es va fer la divulgació d'aquesta informació i l'assessorament fins a finals de l'any 2010.

En aquest estudi, hi varen participar un total de 20 membres del personal inspector i un administratiu, amb el suport de la cap del Servei d'Inspecció i Registre i el coordinador de la Inspecció en l'àmbit de la Gent Gran.

Així mateix, també es varen fer aportacions en el 52è Congrés de la Societat de Gerontologia desenvolupat a Valladolid el mes de juny de 2010, i el mes d'octubre, amb motiu de la presentació del Protocol d'actuació contra els maltractaments a la gent gran del Consell Comarcal del Bages, dues inspectores de la Comissió varen presentar el treball a Manresa.

Recentment, durant el tractament de les dades, dues inspectores de la Comissió varen visitar un centre de la Comunitat de València lliure de subjeccions, la residència assistida Virgen de Gracia de Villarreal.

8. METODOLOGIA

En el decurs de les visites d'inspecció, la informació i l'assessorament feia referència bàsicament al següent:

- Alta prevalença en l'ús de subjeccions a tot l'Estat espanyol.
- Efectes negatius de l'ús de les contencions físiques.
- Mesures alternatives: bibliografia i pàgines web per informar-se'n.
- Necessitat de formació de l'equip professional.
- Revisió de les subjeccions existents, per establir-ne la idoneïtat o substituir-les per mesures alternatives.

En relació amb les baranes del llit, es recomanava que només s'utilitzessin com a sistema de seguretat, per tal que els/les residents no caiguessin del llit, o per facilitar-los la mobilitat, ja que, com a sistema de contenció, era perillós: els residents saltaven per sobre i les conseqüències de les caigudes eren més greus. Les baranes havien d'estar protegides amb material encoixinat, per evitar els accidents de les persones residents. La protecció havia de ser còmoda i no produir riscos d'ofegament o altres inconvenients.

En el cas de presumptes incapaços es va recomanar al centre que disposés de la prescripció mèdica de les baranes com a mesura de contenció, així com del consentiment del familiar de referència o del tutor/a.

Després de l'assessorament, en el període de recollida de dades (de maig a desembre de 2010), es va lliurar el full Excel al centre i se'ls va demanar que el retornessin emplenat en un termini de dos o tres mesos. La participació dels centres era voluntària i les primeres dades varen començar a arribar durant l'estiu, la recollida de dades es va acabar el mes de febrer del 2011.

No s'havia establert l'abast d'una mostra mínima, ja que l'objectiu era visualitzar la incidència de l'assessorament de la Inspecció a les residències visitades. Per tant, el nombre de residències participants era el que corresponia a les que van ser visitades entre el mes de maig i el mes d'octubre de 2010,

que van acceptar de col·laborar en el projecte i van aportar les dades que consideraven pertinents.

Actualment es disposa dels resultats de 164 centres residencials que varen participar en la recollida de dades i que suposa un 16,3% del total de residències assistides. Cal recordar que **l'objectiu no era obtenir dades generals, sinó comprovar que hi havia una millora en l'atenció de les persones residents a partir de l'assessorament aportat.**

Dels 164 centres que hi varen col·laborar, 39 són de menys de 25 places, 56 tenen entre 25 i 50 places, i 69 tenen més de 50 places.

9. INCIDÈNCIA DE L'ASSESSORAMENT DE LA INSPECCIÓ

Tal com varem plantejar a la primera part del treball, la població estudiada és la d'aquelles residències visitades d'ofici en el període de maig a desembre de 2010. El total de residències que s'havien visitat i a les quals es va procurar assessorament és de 250. La participació amb l'aportació de dades correspon a un total de 164 residències assistides de gent gran.

L'assessorament es va fer a partir del mes de maig de 2010, la qual cosa significa que part de les residències no l'han pogut rebre perquè ja havien estat visitades durant la primera part de l'any. Per aquest motiu no es disposa de dades de part del territori.

Atès que l'aportació de les dades per a l'estudi era voluntari, hi ha centres que no han retornat la informació demanada.

9.1. Residències assistides de gent gran que hi varen participar

- 14 residències públiques
 - 8 són de l'ICASS
 - 6 són de gestió privada
 - 2 són de gestió pròpia
 - 6 són de patronat municipal o de consorci
- 150 residències privades
 - 109 són centres col·laboradors / concertats
 - 41 són privats no integrats a la Xarxa d'atenció pública

9.2. Situació inicial

Total de persones residents tingudes en compte a l'estudi: 8.772.

Total de persones residents amb diagnòstic de demència: 4.454, la qual cosa representa un 50% en relació amb el total de residents de la mostra.

Total de persones residents amb contenció física: 1.887. Això representa un percentatge del 21,5% en relació amb el total de residents.

Total de residents amb demència i contenció física: 1.836. Això representa un 41,22% en relació amb el total de residents amb demència.

9.3. Situació final

Total de residents tinguts en compte a l'estudi: 8.654. Davallada de 118 residents.

Total de residents amb demència: 4.353. Representa un 50,3% en relació amb el total. Hi va haver una variació de la població, per baixa de 101 residents amb demència.

Nombre de residents amb contenció física: 1.546. Això representa un percentatge del 17,8% en relació amb el total de residents en segona fase.

Nombre de residents amb contenció física i demència: 1.504. Representa un 34,55% en relació amb el total de residents amb demència.

El percentatge de reducció de la contenció física en persones amb demència és del 18,08%.

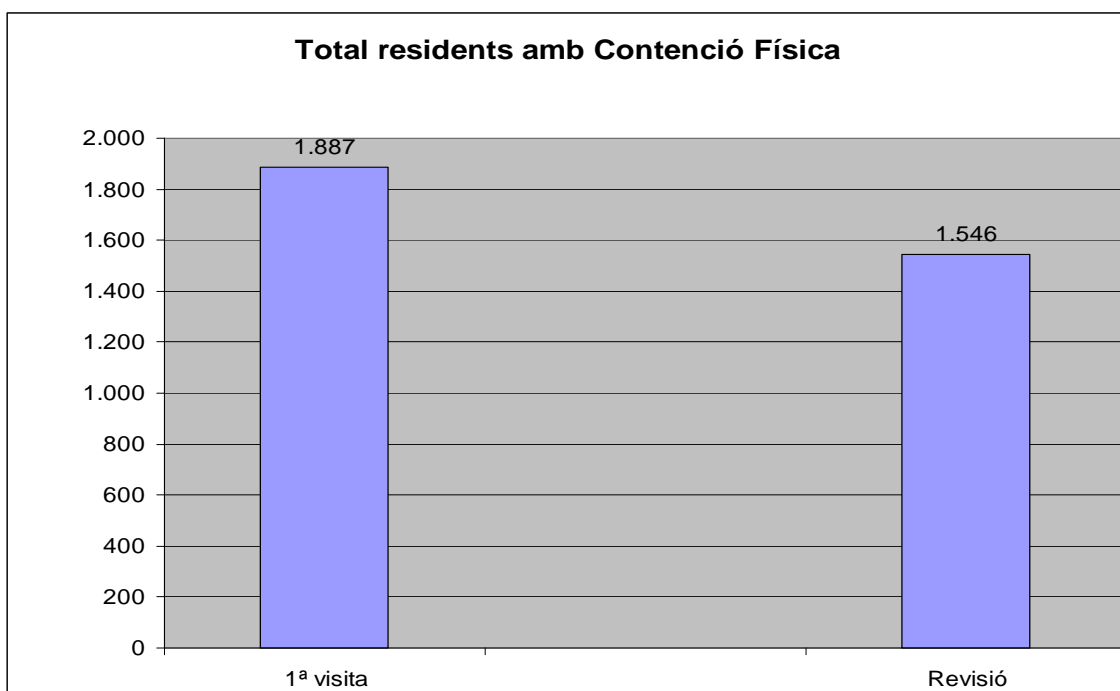
	Inici	Contencions %	Final	Contencions %	% Reducció
Total residents	8.772	-----	8.654	-----	-----
Residents + demència	4.454	50,70%	4.353	50,30%	-----
Residents + CF¹	1.887	21,50%	1.546	17,80%	18,70%
R+CF+D	1.836	41,22%	1.504	34,55%	18,08%

¹ CF (contenció física).

La tasca d'assessorament i divulgació es va fer en el transcurs de sis mesos. Val a dir, però, que els centres varen disposar d'una mitjana d'entre dos i tres mesos per poder fer el treball interdisciplinari que comportava respondre el qüestionari facilitat.

S'observà que s'havia aconseguit reduir el total de residents amb contenció física en 240, i es varen aplicar 480 mesures alternatives a la contenció (en un mateix usuari es poden haver aplicat diverses mesures alternatives). **Això representa una reducció del seu ús en un 14%.**

9.4 Gràfic general



S'observa que, en nombres absoluts, les persones amb contenció física que s'han detectat des de la situació inicial de l'estudi a la situació final ha davallat en 240.

Per a l'avaluació de l'estudi de les contencions físiques, els establiments disposaven de tres mesos. Aquesta diferència en l'ús de les contencions físiques és resultat d'un primer abordatge i es pot pensar que la disminució serà progressiva. Cal considerar que la retirada de les mesures de subjecció comporta més dificultats que la implantació d'una tasca preventiva i la utilització prèvia de mesures alternatives.

En la gràfica queda reflectit el nombre de persones a qui es va retirar totalment la contenció física. El que no reflecteix és totes aquelles persones a qui es va

retirar la contenció física de manera parcial durant un interval determinat de temps.

Malgrat que aquests casos han estat freqüents, no han estat objecte de l'estudi i s'han considerat casos de mesures alternatives.

9.5. Dades segons la capacitat de l'establiment

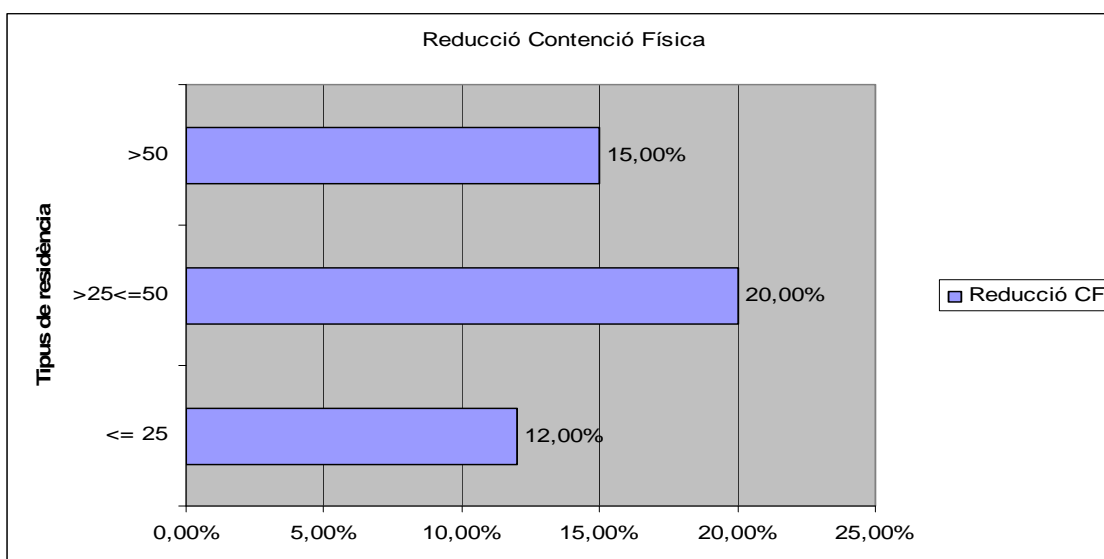
Es varen establir 3 intervals, en funció de la capacitat de la residència:

Total de residències objecte d'estudi: 164

- Fins a 25 residents, 39 residències
- De 26 a 50 residents, 56 residències
- Més de 50 residents, 69 residències

Tipus	Nre. residències	1ª visita	Revisió
		Nre. residents CF	Nre. residents CF
Fins a 25	39	226	200
De 26 a 50	56	484	388
Més de 50	69	1.126	958

CF= contenció física.



Representació en percentatge de la reducció de l'ús de la contenció segons capacitat residencial.

En aquest gràfic s'evidencia la millora significativa de la reducció en l'ús de les contencions en un 20% en els centres que tenen una capacitat d'entre 25 i 50 places.

Aquests establiments, així com els de més de 50 places, la majoria col·laboradors, disposen d'un nombre de professionals tècnics (diplomat en infermeria, metge/essa, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, educador/a social, treballador/a social i psicòleg/òloga) que varen haver de fer un treball interdisciplinari juntament amb el personal d'atenció directa per a l'aplicació de l'ús racional de les contencions.

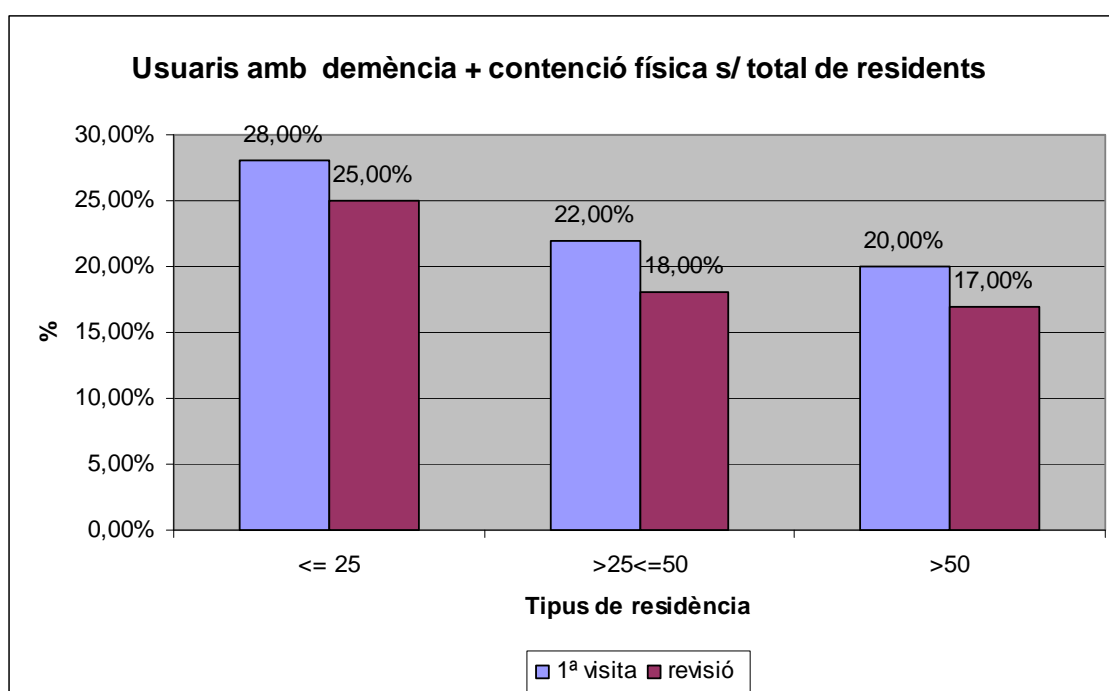
Aquest treball en equip va ser una peça angular de l'assessorament realitzat per poder encarar la millora en l'ús de les contencions físiques i el canvi de model assistencial.

9.6. Comparació de dades de la situació inicial amb les obtingudes després de l'assessorament

		1a visita	Revisió
Tipus	Nre. residents	1.836 CF	1.496 CF
Fins a 25	808	226	200
De 26 a 50	2.182	484	388
Més de 50	5.782	1.126	958

CF= Contenció Física.

El quadre superior mostra la diferència obtinguda en funció de la capacitat residencial en nombres absoluts i el quadre inferior mostra aquesta diferència de forma percentual.



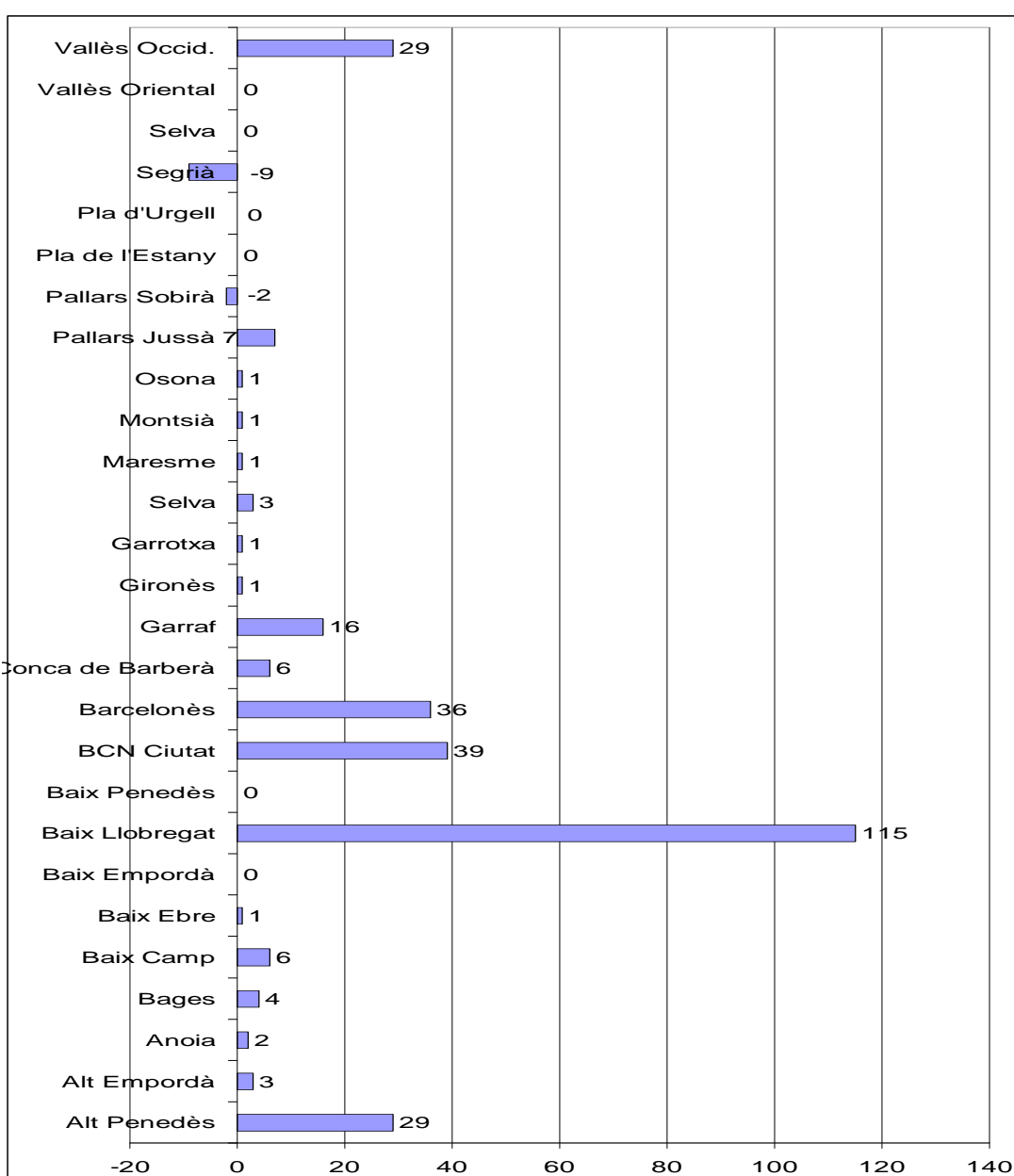
9.7. Disminució de l'ús de les contencions físiques per zones d'inspecció

Zona d'inspecció	Nre. inspectors	Nre. residències	1a visita	Revisió	Variació CF
Alt Penedès	1	7	63	34	-29
Alt Empordà	1	1	39	36	-3
Anoia	1	1	12	10	-2
Bages	1	9	108	104	-4
Baix Camp	1	2	42	36	-6
Baix Ebre	1	1	12	11	-1
Baix Empordà	1	1	10	10	0
Baix Llobregat	4	39	458	343	-115
Baix Penedès	1	1	12	12	0
Barcelona ciutat	4	30	280	241	-39
Barcelonès	3	10	138	102	-36
Conca de Barberà	1	1	10	4	-6
Garraf	1	4	46	30	-16
Gironès	1	1	11	10	-1
Garrotxa	2	2	5	4	-1
Selva	1	1	11	8	-3
Maresme	4	6	77	76	-1
Montsià	1	1	23	22	-1
Osona	1	2	17	16	-1
Pallars Jussà	1	1	31	24	-7
Pallars Sobirà	1	1	3	5	2
Pla de l'Estany	1	1	8	8	0
Pla d'Urgell	1	2	14	14	0
Segrià	1	5	41	50	9
Selva	1	1	5	5	0
Vallès Oriental	1	17	161	161	0
Vallès Occidental.	3	16	199	170	-29

CF= Contenció Física.

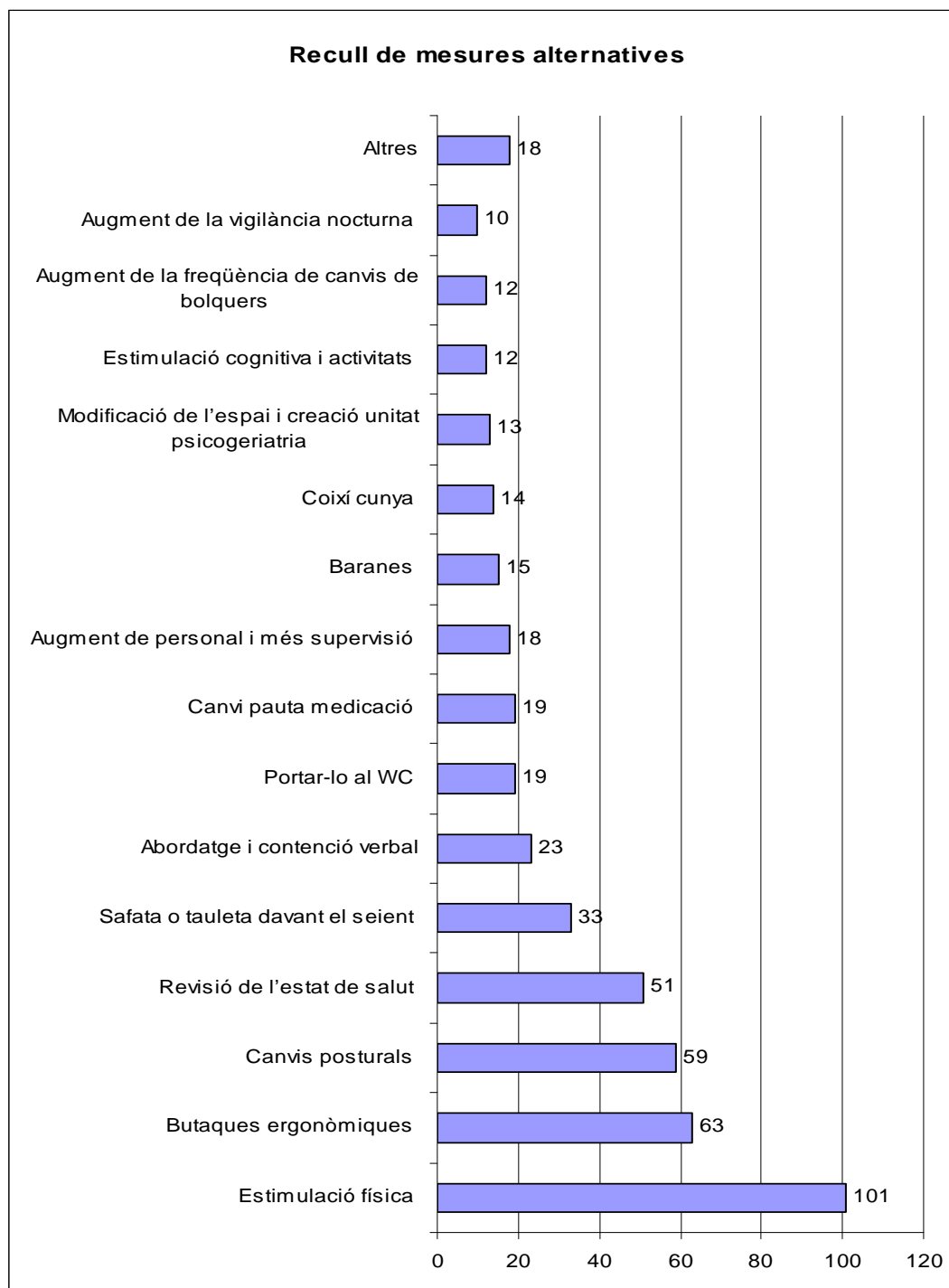
La distribució del territori no correspon a totes les comarques geogràfiques de Catalunya. En aquest quadre només hi són les que han estat visitades durant el període de l'estudi.

Es pot observar que hi ha dues comarques, el Pallars Sobirà i el Segrià, que han tingut un increment net de les contencions físiques en el període indicat. L'explicació és el gran augment del nombre de residents d'un centre concret. Pel fet de tractar-se de comarques amb pocs establiments, aquest augment resulta significatiu.



El gràfic mostra la millora rellevant de la zona del Baix Llobregat que contrasta amb les zones de millora 0.

9.8. Recull de mesures alternatives a les contencions físiques



***Altres:** treball en família; dutxa nocturna, si la persona resident té calor; canvi de l'horari d'allitar-la; suport emocional; sedestació a cadira; elevació de les cames als llits, modificació de l'espai.

En aquesta gràfica s'evidencia que les mesures alternatives adoptades majoritàriament per retirar amb èxit la contenció física són les següents:

1. **Estimulació física (21%)**
2. **Utilització de butaques ergonòmiques (12,12%)**
3. **Increment dels canvis posturals i transferències (12,3 %)**
4. **Revisió de l'estat de salut (10.6 %)**

Cal destacar que aquestes mesures més utilitzades no varen comportar inversió econòmica ni de recursos humans, llevat d'aquells casos en què l'establiment va haver d'adquirir butaques ergonòmiques.

1. La mesura denominada “**estimulació física**” i que és la més utilitzada comprèn les activitats i atencions següents:

- programació de passejos diaris
- deambulació de la persona resident amb suport del personal
- exercicis físics de psicomotricitat, de manteniment i reforç del to muscular efectuats pel fisioterapeuta
- estimulació basal
- massatges

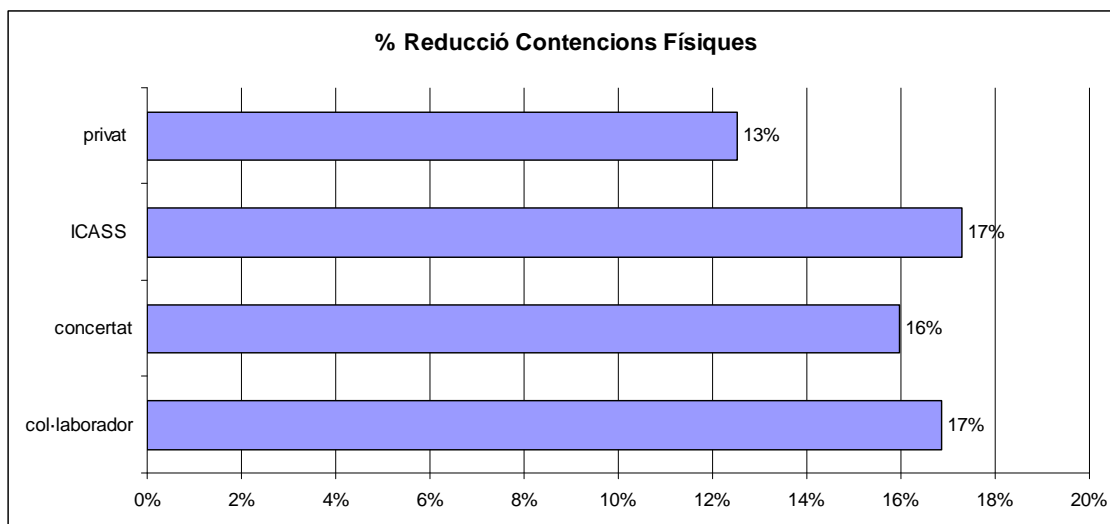
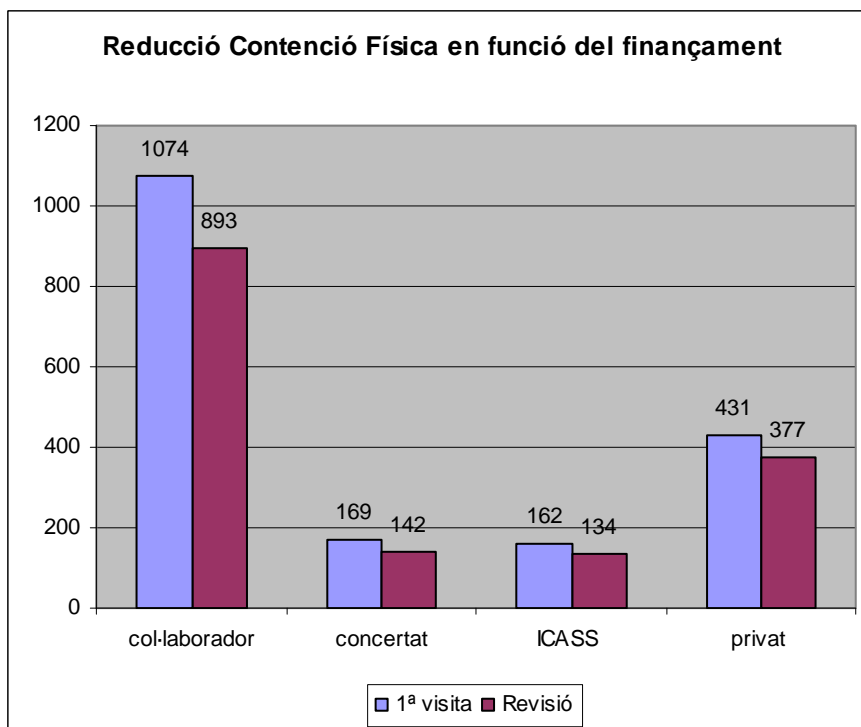
2. La utilització de **butaques ergonòmiques** va ser una mesura alternativa que va suposar una despesa econòmica en els establiments que no en disposaven. En molts casos es va observar que ja tenien un mobiliari adient però no s'utilitzava per a les persones residents, ja que majoritàriament es trobaven assegudes a les cadires de rodes i subjectades.

3. Es va constatar la incidència dels **canvis posturals**. Aquesta mesura ja formava part del sistema assistencial i també constava en les pautes de mobilització previstes en les prescripcions de contenció física.

4. **La revisió de l'estat de salut** va implicar estudiar diferents aspectes:

- a) Cercar les causes reals que motivaven la caiguda, l'agitació, l'agressivitat, fent una revisió integral de l'estat de salut de la persona resident.
- b) Si el motiu que va originar l'ús de la contenció persistia i es va cronificar la seva utilització.

9.9. Reducció de contencions en funció del finançament del centre



Cal puntualitzar que els centres de l'ICASS objecte d'aquest estudi són 8.

La gràfica superior mostra una reducció del 17%.

10. CONCLUSIONS

Les primeres impressions del personal inspector en el decurs de la fase d'assessorament al centres van ser positives.

La majoria de centres hi mostraven molt d'interès i demanaven més informació, ja que ho rebien com una possibilitat de millora i com una reflexió sobre la necessitat de l'ús de la subjecció.

A la vegada reconeixien un desconeixement dels efectes negatius de la utilització de les contencions físiques i admetien certa incapacitat per afrontar la situació per manca de recursos, d'espai, de personal, de mitjans econòmics. També exposaven la necessitat de formar el personal d'atenció directa bàsicament, i reconeixien que els calia fer un treball més intens i continuat amb les famílies.

Val a dir que en el transcurs de la fase d'assessorament, el personal sanitari és el que es va mostrar més reticent i reactiu.

Això no obstant, en el tractament de dades, s'ha constatat que la millora resultat de la incidència de l'assessorament als centres va ser notable, ja que es va obtenir una reducció d'entre el 12% i el 20% de les contencions físiques (vegeu la de la gràfica de la pàgina 26).

Aquesta millora es va produir només en tres mesos des de l'inici de l'assessorament i l'adopció de mesures alternatives proposades als centres. La diferència en l'ús de les contencions físiques és resultat d'un primer abordatge i es pensa que la disminució serà progressiva. **Cal considerar que la retirada de les mesures de subjecció comporta més dificultats que la implantació d'una tasca preventiva** i la utilització prèvia de mesures alternatives. A més, els equips estan en un procés de millora i formació del seu propi treball.

Aquest canvi no va comportar un increment de recursos humans ni materials, tal com s'exposa en les mesures alternatives adoptades pels establiments, amb un 11% (vegeu la gràfica de la pàgina 31). En aquest recull és important destacar que els centres es van qüestionar la necessitat d'utilitzar la mesura de contenció física quan varen fer una revisió de l'estat de salut de les persones residents. Moltes vegades s'utilitzava la mesura de subjecció per abordar uns efectes de conducta com episodis d'agitació, agressivitat o caigudes, sense mirar d'esbrinar les causes que ho provocaven. Altres vegades no es va fer una revisió de la necessitat de la contenció, sinó que s'actualitzava automàticament la prescripció, sense fer una revisió de l'estat de salut de la persona resident. En aquests casos es podia arribar a perpetuar una mesura de manera innecessària.

La mesura alternativa adoptada com a "**canvis posturals**" de la persona resident suposa un 12,3% del total de mesures alternatives adoptades. És rellevant veure la incidència d'una mesura que ja formava part del sistema assistencial i que també constava en les pautes de mobilització previstes en les prescripcions de contenció física. En prendre consciència dels efectes negatius de la contenció física i de la necessitat de complir realment amb el pla de cures i d'atencions previstes per a la persona resident, els establiments varen intensificar el treball en aquesta àrea.

La utilització de **butaques ergonòmiques** va estar la mesura alternativa utilitzada en un 13,12%, que va suposar una despesa econòmica en els establiments que no en disposaven. En molts casos s'havia observat que ja tenien un mobiliari adient, però no s'utilitzava per a les persones residents, ja que majoritàriament es trobaven assegudes a les cadires de rodes i subjectes. Aquest aspecte també forma part de l'assessorament realitzat, ja que es va recordar als centres que la cadira de rodes substitueix la locomoció i no la sedestació.

La Inspecció considera que, en no utilitzar permanentment la cadira de rodes, augmenten les transferències i, fins i tot en molts casos, la deambulació. Hi ha

un mobiliari considerat ergonòmic d'ús geriàtric que no és adequat ni per a gent gran dependent ni com a mesura alternativa a les contencions mecàniques. Són aquelles butaques de respall alt, amb braços de fusta i reposapeus no incorporat a la mateixa butaca. Aquest tipus de seient resulta ineficaç quan es vol posar coixins laterals per subjectar i millorar la postura, perquè els braços de fusta es claven a la pell de la persona resident i el reposapeus representa un impediment per a la deambulació de la resta d'usuaris, a part que es pot retirar amb facilitat. La majoria d'aquestes butaques no són abatibles.

L'estimulació física va ser la mesura alternativa més utilitzada, en un 21%, malgrat que aquest aspecte forma part de tots els programes d'activitats i d'atenció dels centres. En el decurs de les visites d'inspecció s'observa que en aquestes activitats, les persones residents d'alta dependència no hi participen, ja que només reben les atencions bàsiques de la vida diària. Les persones residents, des d'aquest punt de vista, són considerades objecte d'atenció i no subjectes.

Els equips tècnics dels establiments residencials, en prendre consciència dels efectes negatius de la contenció i la immobilització, varen incorporar aquest grup de residents en els programes diaris d'activació i estimulació.

Aquestes conclusions confirmen la incidència que va tenir la tasca assessora del personal inspector i la importància de la vessant pedagògica de l'Administració.

El treball d'assessorament per a l'ús racional de les contencions no tindria sentit si no es continués fent-ne divulgació i no se li donés continuïtat.

Un dels aspectes que va mancar en el treball va ser poder aprofundir en la gestió de les caigudes de les persones residents. Aquest seria un aspecte que caldria treballar en un proper assessorament de centres i poder correlacionar-lo amb l'ús de les contencions.

El Servei d'Inspecció i Registre va decidir continuar l'assessorament i introduir unes dades a la primera part variable de l'informe d'Inspecció. Aquestes dades més bàsiques serien:

- nombre de persones amb contenció
- nombre de persones amb demència
- nombre de persones amb demència i contenció

Aquesta informació permetrà avaluar el procés de millora iniciat.

Les zones que no varen obtenir cap millora seran objecte de seguiment amb un assessorament amb més suport, si cal. Seria convenient determinar les causes que varen impedir adoptar mesures alternatives a la contenció física. Si se'n poguessin determinar les causes es podria millorar els diferents aspectes de l'assessorament.

L'ús racional de les contencions físiques comporta un canvi de model assistencial centrat en la persona i la seva dignitat, així com en un treball d'equip interdisciplinari.

Aquest canvi serà lent i progressiu per a tots els implicats, a fi de poder arribar a assolir una fita raonable.

Aquest nou paradigma que inclou una intervenció integral fa referència a diferents aspectes de la cura:

- Definir un ideari i un projecte de centre.
- Canviar la manera de pensar i actuar.
- Deixar de banda el paternalisme i la sobreprotecció a l'hora de cuidar.
- Promoure l'autonomia personal que inclou la capacitat de decidir i el respecte de la competència.
- No pretendre una seguretat total que invalidi la pròpia existència i assumir el risc que comporta la vida mateixa.
- Col·laborar amb la família per conèixer i respectar els valors i voluntats de la persona atesa.
- Treballar de manera interdisciplinària amb tot l'equip d'atenció directa.
- Avaluar i decidir les necessitats d'atenció de les persones de manera consensuada fruit del treball d'equip.
- Organitzar un programa d'estimulació i activitats que arribi al màxim nombre d'usuaris i sigui impartit pel màxim nombre possible de professionals.
- Disposar i promoure una sèrie de documents –d'ús encara no generalitzat– com ara la història de vida o el document de voluntats anticipades.
- Adaptar l'entorn físic a les necessitats i al benestar de les persones (espais diferenciats, mobiliari, adaptacions a la vida diària i estímuls sensorials).

Tot això no serà possible si no hi ha un bon lideratge i una formació continuada de tot el personal.

11. LEGISLACIÓ, BIBLIOGRAFIA I WEBGRAFIA

- Constitució espanyola (BOE núm. 311, de 29 de desembre de 1978).
- Decret 284/1996, modificat pel 176/2000, de 23 de juliol, de regulació del Sistema català de serveis socials (DOGC núm. 3148, de 26 de maig de 2006).
- Estatut d'autonomia, 2007. Llei orgànica 6/2006, de 19 de juliol (BOE núm. 172, de 20 de juliol de 2006).
- Llei 16/1996, de 27 de novembre, reguladora de les actuacions inspectores i control en matèria de serveis socials i de modificació del Decret legislatiu 17/1994, de 16 de novembre, pel qual s'aprova la refosa de les lleis 12/1983, 26/1985 i 4/1994, en matèria d'assistència i serveis socials (DOGC núm. 2290, de 9 de desembre de 1996).
- Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de serveis socials. (DOGC núm. 4990, de 18 d'octubre de 2007).
- *Omnibus Budget Reconciliation Act*. United States Departament of Labor. OBRA – 93 Pub. L. 103 – 66. 8 d'octubre de 1993.

BIBLIOGRAFIA

- ALARCÓN, T. "El uso adecuado de las restricciones físicas en ancianos: una preocupación creciente". *Revista española de geriatría y gerontología*. 43(4), (2008), p. 197-8.
- "Atar para cuidar". A: Burgueño Torrijano: *Uso de sujeciones físicas y químicas en personas mayores dependientes que reciben cuidados prolongados*. Document tècnic CEOMA 2008.
- BERMEJO, L. "Guía de buenas prácticas en residencias de personas mayores en situación de dependencia". Gobierno de Asturias, 2010.
- British Medical Association. *The ethic of caring for older people*. 2nd edition. Published 2009 by Blackwell Publishing.
- BRYKZYNSKA, G. "Caring. Some philosophical and spiritual reflections". A: Moya, J. i Brykzynska, G. London: Ed. Nursing care, Edward Arnolff, 1992.

- CAMPS, V. “La excelencia en las profesiones sanitarias”. *Revista Humanitas – Humanidades Médicas*, núm. 21 – 2007.
- Col·legi Oficial d’Infermeria de Barcelona. *Consideracions davant les contencions físiques i/o mecàniques: aspectes ètics i legals*. Barcelona, 2006.
- Comitè de Bioètica de Catalunya. *Consideracions sobre el Document de Voluntats Anticipades*. Document tècnic 2007.
- Corporació Parc Taulí. *Guia per a les decisions clíniques en relació amb la nutrició artificial NA*. Octubre, 2000.
- DÍAZ GRÁVALOS, G. J. “Factores asociados a la aparición de caídas en ancianos institucionalizados”. *Revista EGG – 44 (6)*, (2009).
- FARIÑA, E. i ESTÉVEZ, E. [et al.] “Estudio descriptivo sobre la actitud de la familia ante el uso de restricciones físicas en mayores”. *Revista EGG 43(4)*, (2008), p. 201 – 7.
- FARIÑA, E. “Problemas de seguridad relacionados con la aplicación de dispositivos de restricción física en personas mayores”. *Revista EGG 46 (1)*, (2011).
- FORMIGA, F. “Las caídas, síndrome geriàtrico por excelencia” *Revista de la EGG 44 (6)*, (2009).
- GALÁN, C. M.; TRINIDAD, D.; RAMOS, P. [et al.]. “Uso de sujeciones físicas en una población anciana ingresada en residencias públicas”. *Revista EGG (4)*; (2008), p. 208 – 13.
- GARRIDO i ARCAS, M. “Qualitat i serveis socials: un repte, una necessitat”. “Papers d’Acció Social” núm. 4. DASC, 2009.
- GOBERT, M.; D’HOORE, W.; MORA, J. [et al.]. “Adecuación de las restricciones físicas y farmacológicas en los ancianos institucionalizados y estudio comparativo en Quebec y la Suiza romana, con implicaciones en nuestro medio”. *Revista EGG 40(1)*; (2005), p. 7-17.
- MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, T. “Las buenas prácticas en atención a las personas adultas en situación de dependencia”. *Informe Portal Mayores* núm. 98. IMSERSO, 2009.
- MOYA, A.; BARBERO, J. *Mal trato a personas mayores. Guía de actuación*. IMSERSO, 2007.

- NEIRA, M.; RODRÍGUEZ, L. "Caídas repetidas en el medio residencial *Revista de la EGG* 41 (4); (2006).
- Observatori d'Ètica Aplicada a la Intervenció Social. "Les persones grans i el dret a decidir". *Quaderns d'Ètica Aplicada*. Girona, 2005.
- PÉREZ, V. "Prevalencia del uso de las sujeciones en diferentes países y en España". Ponència de les primeres Jornades Internacionals. *Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer*. Madrid: IMSERSO, febrer 2008.
- PÉREZ SALANOVA, M.; RODRÍGUEZ BENITO, P. "Ètica en serveis socials: persones grans i centres residencials. "Papers d'Acció Social" núm. 14, (2010).
- PRAT, Francisco. "Bioètica en residencias; problemas éticos en la asistencia a la persona mayor". *Cuadernos del Centro de Humanización de Salud*. Santander, 2008.
- ROQUETA, C. [et al.]. "Evolución de la incidencia de caídas en un centro hospitalario de media y larga estancia". *Revista EGG* 44 (6); (2009).
- SANFELIU, N. "Evaluación de las caídas en personas mayores de 89 años". *Revista EGG* 41 (2), (2006).
- SHALOCK, R.; VERDUGO, M. A. *Calidad de Vida. Manual para profesionales de salud y servicios sociales*. Alianza Editorial, 2003.
- Sociedad Española de Geriatria y Gerontología *Hacia una cultura sin restricciones: las restricciones físicas en ancianos institucionalizados*. Documento técnico, núm. 3. juliol 2003.
- STOKES, G. *Y la música sigue sonando*. Ed. Fundación Sanitas, 2010.
- TIDEIKSAAR, Rein. *Caída en ancianos. Prevención y tratamiento*. Ed. Masson, 2004.
- TORRALBA, Francesc. *Ètica del cuidar; fundamentos, contextos y problemas*. Sant Cugat del Vallès: Institut Borja de Bioètica, Fundació Mapfre, Medicina, 2002.
- Torralba, F.; Giménez Salinas, J. C. *La ancianidad en nuestro mundo. Más allá de los tópicos*. Cap. "El rol educativo de las administraciones". A: Moya, J. Ed. Prohom. Edicions i serveis culturals, 2009.

WEBGRAFIA

<www.ceoma.org>

Organització de Defensa dels Adults Grans. Assessoraments a centres dins el programa "Deslligar l'ancià".

<www.gencat.cat/salut/depsalut>

Model de Document Voluntats Anticipades.

<www.inpea.net>

Xarxa Internacional contra els Maltractes dels Adults Grans.

<www.lasaleta.com>

Centre Residencial Lliure de Subjeccions.

<http://www.navarra.es/home_es/Gobierno+de+Navarra/Organigrama/Los+departamentos/Asuntos+ Sociales+ Familia+ Juventud+y+Deporte/Publicaciones/Publicaciones+propias/Asuntos+ Sociales/Ponencias+II+Jornadas+uso+sujecciones.htm>

Contingut de les ponències II Jornades Internacionals sobre l'Ús de Subjeccions en Persones Grans Dependents.

<www.torrezuri.com>

Centre residencial lliure de subjeccions.