



Recomanacions en la prevenció i l'ús d'intervencions restrictives

Abordatge en els diferents àmbits assistencials

Grup de Treball: Professionals dels
diferents àmbits assistencials

Novembre de 2025

Recomanacions en la prevenció i l'ús d'intervencions restrictives

Abordatge en els diferents àmbits assistencials

©Unió Catalana d'Hospitals

1a Edició març 2026

Autors:

Grup de Treball de l'Àmbit hospitalari (adults-Infanto juvenil), Atenció Intermèdia, Comunitària i Social

ENTITAT	Professionals
FUNDACIÓ CPB SERVEIS SALUT MENTAL	Eva Gausachs Cucala
FUNDACIÓ ORIENTA	Brenda Tarragona Medina
CONSORCI HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA	Anna Bastidas Salvadó Astrid Morer Liñán
FUNDACIÓ HOSPITALÀRIES MARTORELL	Juan Manuel Pérez Horcajo
SSR HESTIA, S.L.	Eduardo Fuente Díez
FUNDACIÓ HOSPITALÀRIES SANT BOI	Blas Blánquez Gómez Meritxell Centeno Casanovas
INSTITUT PERE MATA	Cori Juanpere Magrané
FUNDACIÓ ASSISTENCIAL MÚTUA DE TERRASSA F.P.C.	Jose Antonio Monreal Ortiz
FUNDACIÓ PRIVADA HOSPITAL DE CAMPDEVÀNOL	Núria Casals Pujol Laura Puigmal
ALTHAIA, Xarxa Assistencial Universitària de Manresa, F.P	Maria Gallardo Guillen
PARC SANITARI PERE VIRGILI	Teresa Molins Vara
CONSORCI SANITARI DE TERRASSA	Alba López Matillo
FUNDACIÓ PRIVADA ASSISTENCIAL MUTUAM	Marisa García Niño Ainhoa Torner Busquet
HOSPITAL SANT JOAN DE DÉU D'ESPLUGUES	Ángeles López Ponce Daniel Muñoz Samons Eva M. Luján
CONSORCI HOSPITALARI DE VIC	Xènia Serra Calafell Pilar Sanglas Miralpeix Quintí Foguet Boreu
CONSORCI SANITARI DE L'ANOIA	Fulgencio Corón Blázquez
PARC SANITARI SANT JOAN DE DÉU	Jesús Portos Villar
FUNDACIÓ SANITÀRIA DE MOLLET	Joan Solà Genovés
CONSORCI SANITARI DE L'ANOIA	Montserrat Puig Pujolà
INSTITUT D'ASSISTÈNCIA SANITÀRIA	Natàlia Diaz Calleja
ASSOCIACIÓ BENESTAR I DESENVOLUPAMENT (ABD)	Pilar Rodríguez Benito

Consell editorial:

Pepa Romero (La Unió)

Maria Pueyo (La Unió)

Carles Oliete (La Unió)

Disseny i edició:

La Unió

Índex

1. Introducció	4
2. Recomanacions de bones pràctiques per a la elaboració de protocols de restricció mecànica en diferents àmbits.....	5
3.2. Abast.....	6
3.3. Aspectes ètics	7
3.4. Indicacions i contraindicacions	8
3.5. Mesures de prevenció	9
3.6. Procediment d'intervenció en contenció mecànica	12
3.7. Seguretat i qualitat.....	14
3.8. Aspectes legals i consentiment informat	16
3.9. Annexos:.....	17
3. Conclusions	24
Annex. Consideracions específiques per àmbits	25
Bibliografia consultada	40

1. Introducció

En els darrers anys, l'ús de mesures de restricció mecànica ha esdevingut un tema de debat social per la controvèrsia que genera en relació amb els drets i la dignitat de les persones. Des del punt de vista de la qualitat assistencial, aquestes intervencions representen una limitació de la llibertat i una possible vulneració dels drets fonamentals, i per aquest motiu han de considerar-se exclusivament com una mesura excepcional. Són procediments que només s'han d'utilitzar com a últim recurs, en situacions d'emergència que impliquin un perill imminent i greu per a la vida o la integritat física de la persona o d'altres, i que no es puguin resoldre mitjançant altres alternatives terapèutiques.

La Resolució 314/XI del 13 d'octubre de 2016 va establir la necessitat d'impulsar un protocol obligatori i comú per a tots els centres sanitaris de Catalunya, públics, privats i concertats per regular l'ús de la contenció mecànica. A partir d'aquesta línia, el Departament de Salut va incorporar mesures específiques al Pla de Salut de Catalunya 2016-2020 per millorar la seguretat del pacient. Posteriorment, el 2023 es va publicar el document de "Recomanacions de bones pràctiques en l'ús d'intervencions restrictives¹", i dins el marc del Pla de Qualitat i Seguretat dels Pacients 2023-2027², s'estableix a la línia estratègica 3 la promoció activa de bones pràctiques en la prevenció i maneig de la contenció dins les organitzacions sanitàries.

Disposem actualment d'una àmplia bibliografia i experiències de referència que han contribuït a l'evolució de les pràctiques, amb iniciatives reconegudes com Fundació Maria Wolff, Libera-Care, Projecte HU-CI, o QualityRights, entre d'altres.

En aquest context, i amb la voluntat de garantir una atenció experta, ètica, legal i respectuosa, La Unió ha promogut una actualització del seu document intern (realitzat el 2028 pel Grup de Treball d'unitat d'aguts de SM en hospitals generals). L'objectiu és contribuir a la millora contínua de la pràctica assistencial, estendre el debat i l'abordatge de les intervencions restrictives a tots els àmbits d'atenció, i reforçar la seguretat i dignitat de les persones ateses.

Per fer-ho possible, s'ha constituït un grup de treball amb professionals experts de diversos àmbits assistencials, que ha dut a terme una revisió bibliogràfica i ha elaborat aquest document de "*Recomanacions en la prevenció i l'ús d'intervencions restrictives*".

¹ Recomanacions de bones pràctiques en l'ús d'intervencions restrictives: avançant cap a la contenció mecànica zero. Barcelona: Direcció General d'Ordenació Professional i Regulació Sanitària; 2023.

² Pla de qualitat i seguretat dels pacients de Catalunya 2023-2027. Barcelona: Direcció General d'Ordenació i Regulació Sanitària; 2023.

2. Recomanacions de bones pràctiques per a la elaboració de protocols de restricció mecànica en diferents àmbits

Els protocols de restricció mecànica han de garantir que l'ús d'aquestes mesures sigui sempre excepcional, degudament justificat i estrictament temporal. És imprescindible que es desenvolupin sota criteris que assegurin el respecte als drets, la dignitat i la seguretat de les persones ateses.

En el marc de les bones pràctiques i seguint els principis establerts per l'OMS a través del programa QualityRights, es promou una atenció basada en la recuperació de les persones i el respecte als seus drets, incloent-hi l'erradicació de les mesures coercitives, essent una d'elles la contenció, prioritzant la prevenció, la comunicació efectiva i l'atenció centrada en la persona, amb l'objectiu d'avançar cap a entorns assistencials lliures de contencions.

A continuació, es detallen les recomanacions clau per a la redacció, implementació i aplicació dels protocols de restricció mecànica.

3.1. Terminologia i definicions bàsiques

Per garantir coherència en la redacció i aplicació dels protocols, es defineixen els conceptes següents:

- **Subjecció:** acció de subjectar. Unió amb el que alguna cosa està subjecta que no pot separar-se, dividir-se o inclinar-se.
- **Contenció:** acció i efecte de contenir. Subjectar el moviment d'una persona.
- **Restricció:** acció i efecte de restringir.
- **Agitació psicomotriu:** estat d'excitació mental acompanyat d'un augment inadequat de l'activitat motora, que pot comportar conductes de risc per a la persona o el seu entorn.
- **Situació conflictiva o disruptiva:** comportaments que amenacen la seguretat de la persona o de tercers, com violència, intents autolítics, autolesions o fugides.
- **Dispositius limitadors de mobilitat:** mesures físiques no fixades al cos, utilitzades temporalment per restringir la mobilitat en situacions concretes.
- **Intervencions restrictives:** accions que limiten la llibertat de moviment o decisió (contenció mecànica, farmacològica o ambiental).
- **Intervencions no restrictives:** estratègies relacionals, ambientals o farmacològiques que respecten l'autonomia i busquen prevenir l'agitació o la crisi.

- **Consentiment informat:** conformitat lliure, voluntària i conscient d'una persona en ple ús de les seves facultats i després de rebre la informació adequada, perquè tingui lloc una actuació que afecta la seva salut.
- **Document de Voluntats Anticipades (DVA):** declaració en què la persona expressa les seves preferències per a l'atenció futura en cas de no poder decidir.
- **Pla de Decisions Anticipades (PDA):** eina estructurada que recull valors, preferències i decisions acordades sobre l'atenció sanitària.

Els protocols han d'incorporar aquest glossari a l'inici per facilitar un llenguatge compartit i coherent amb l'apartat de "Seguretat i qualitat" (3.7).

3.2. Abast

Els protocols de restricció mecànica han de ser **transversals** i aplicables a tots els àmbits assistencials (salut mental, atenció intermèdia, residències, hospitals, pediatria, geriatría i diversitat funcional).

Han d'estar **centrats en la persona**, garantint la seva dignitat, seguretat i participació activa en la presa de decisions.

Aquest abast ha d'integrar quatre dimensions:

- **Marc teòric:** fonament normatiu i ètic de les bones pràctiques.
- **Marc pràctic:** procediments i tècniques adaptats a cada entorn.
- **Marc físic:** entorns segurs, accessibles i dissenyats per minimitzar riscos.
- **Marc personal:** implicació activa de la persona atesa i la seva família en la planificació de cures.

Recomanacions:

- Disposar d'un protocol únic institucional amb annexos específics per a cada àmbit.
- Garantir que tots els professionals coneguin el protocol i rebin formació contínua sobre la seva aplicació.

3.3. Aspectes ètics

Les intervencions restrictives, tot i que suposen una privació de la llibertat i vulneració dels drets fonamentals, es plantegen exclusivament en aquelles circumstàncies en les quals una persona posaria en risc la seva seguretat o fins i tot la pròpia vida, o les d'altres.

L'ús de restriccions mecàniques implica dilemes ètics complexos, ja que pot entrar en conflicte amb drets fonamentals. Els principis implicats i la seva aplicació pràctica són:

Principi ètic	Impacte de la contenció	Recomanacions infermeres i bones pràctiques
Autonomia	Limitació de la llibertat de decisió i moviment.	Informar a la persona abans i durant la contenció; obtenir consentiment quan sigui possible; documentar alternatives explorades.
Beneficència	La mesura busca protegir davant d'un risc greu	Justificar la necessitat i aplicar la contenció només si el benefici supera el risc potencial.
No maleficència	Pot generar dany físic o emocional.	Utilitzar materials homologats, minimitzar durada i intensitat, mantenir vigilància i seguiment continu.
Justícia	Risc de desigualtat en l'aplicació de mesures.	Evitar contencions per manca de recursos o formació; garantir equitat i revisió institucional.
Intimitat	Exposició o humiliació durant la contenció.	Realitzar la contenció en un espai protegit i amb el mínim nombre de persones.
Vulnerabilitat	Situacions de dependència o deteriorament cognitiu.	Oferir una atenció integral, supervisada i respectuosa amb la dignitat de la persona.

Recomanacions:

- Realitzar una **valoració ètica individualitzada** abans de qualsevol contenció i registrar-la.
- Promoure **formació en ètica aplicada** i gestió de dilemes per a tot el personal.
- Fomentar una cultura de **contenció zero**, basada en la prevenció i el respecte als drets.

3.4. Indicacions i contraindicacions

Les restriccions mecàniques només s'han d'aplicar en **situacions d'urgència** que comportin un **risc imminent** per a la integritat física de la persona o de tercers, i sempre **després d'haver intentat alternatives no restrictives**.

Indicacions clíniques justificades

- Agitació psicomotriu severa amb risc d'autolesió o heteroagressió.
- Necessitat de garantir la seguretat durant procediments terapèutics urgents (p. ex., sondatges, seroteràpia, cures).
- Immobilització temporal en processos traumatològics o postquirúrgics.
- Prevenció de caigudes en persones amb desorientació o risc elevat, prèvia valoració individualitzada.

Contraindicacions i males pràctiques

- Ús rutinari o per conveniència organitzativa (manca de personal o sobrecàrrega).
- Aplicació sense valoració clínica prèvia o sense prescripció.
- En situacions de **final de vida**, prioritzar l'abordatge farmacològic i el confort.
- En persones sense risc immediat, per controlar conductes o "prevenir" agitació.

Responsabilitats professionals

- La **prescripció** correspon a la persona metgessa responsable.
- En situacions d'urgència, la **infermera pot iniciar la contenció**, sempre que:
 - Es documenti immediatament a la història clínica.
 - S'avisí el metge prescriptor al més aviat possible.
- S'ha d'obtenir el **consentiment informat** quan sigui possible; si la persona no és competent i no té representant legal, cal **notificar a la Fiscalia**, segons la Instrucció 1/2022 de la FGE.

3.5. Mesures de prevenció

La prevenció és l'eix central del model de **restricció/contenció zero**. Té com a objectiu evitar l'escalada de l'agitació i reduir la necessitat d'intervencions restrictives.

3.5.1. Tipus de mesures preventives

Mesures estàtiques o estructurals

- Protocols institucionals clars i revisables.
- Espais físics segurs: bona il·luminació, terres antilliscants, llits a cota zero, sensors anticaiguda, baranes de doble cos..., amb material homologat.
- Formació continuada de tots els professionals implicats en les organitzacions en seguretat i gestió de crisi.
- Cultura organitzativa orientada a la prevenció i al respecte a la dignitat.

Mesures dinàmiques o assistencials

- Intervencions **relacionals**: comunicació empàtica, validació emocional, escolta activa.
- Intervencions **ambientals**: reducció d'estímuls, sales de confort o desestimulació.
- Intervencions **farmacològiques preventives**: aplicació de medicació prèvia a l'agitació, segons indicació mèdica.
- **Participació familiar**: implicar familiars o cuidadors en activitats de calma i suport emocional.

3.5.2. Prevenció

Tots els professionals implicats tenen un paper fonamental en la **detecció precoç, la desescalada i el confort** de la persona.

Intervencions clau:

- **Escolta activa**: escoltar sense judici i amb to tranquil·litzador.
- **Detecció precoç**: observar signes inicials d'agitació amb escales com la **PAINAD** (demència) o l'**ABS** (comportament agitat).
- **Comunicació terapèutica**: validar emocions i oferir presència calmada.
- **Intervenció familiar**: implicar la família quan millora la seguretat i el confort.

Recomanacions:

- Formar el personal en **tècniques de desescalada verbal i regulació emocional**.
- Implementar programes com **Libera-Care, Safewards**.
- Proporcionar i difondre l'Atenció basada en Drets com els **Quality Rights**.
- Adaptar l'entorn (sales tranquil·les, música suau, llum tènue) per prevenir l'escalada.

3.5.3. Gestió de crisis i situacions de conflicte

Davant d'una crisi, cal seguir un **ordre de progressivitat** i aplicar la mesura menys restrictiva possible.

1. Intervencions comunicatives

- **Desescalada verbal:** to neutre, distància adequada, validació emocional.
- **Escolta activa i regulació emocional:** reconèixer i verbalitzar emocions; evitar confrontació.

2. Modificació de l'entorn

- Espais **dissuasius o relaxants:** patis, jardins, sales de Comfort o musicoteràpia.
- Utilització d'espais amb llum i sons calmants.

3. Intervenció farmacològica urgent

- Administració sota prescripció mèdica o segons protocol.
- Si ha calgut aplicar una contenció manual, caldrà retirar-la ràpidament en el moment de l'efecte del fàrmac.

4. Situacions especials: final de vida

- En persones en procés de mort o SUD, evitar contencions físiques i prioritzar confort i farmacologia per garantir una mort digna.

3.5.4. Gestió ambiental

L'objectiu és reduir els estímuls externs que poden augmentar l'agitació i facilitar un **entorn segur i tranquil**.

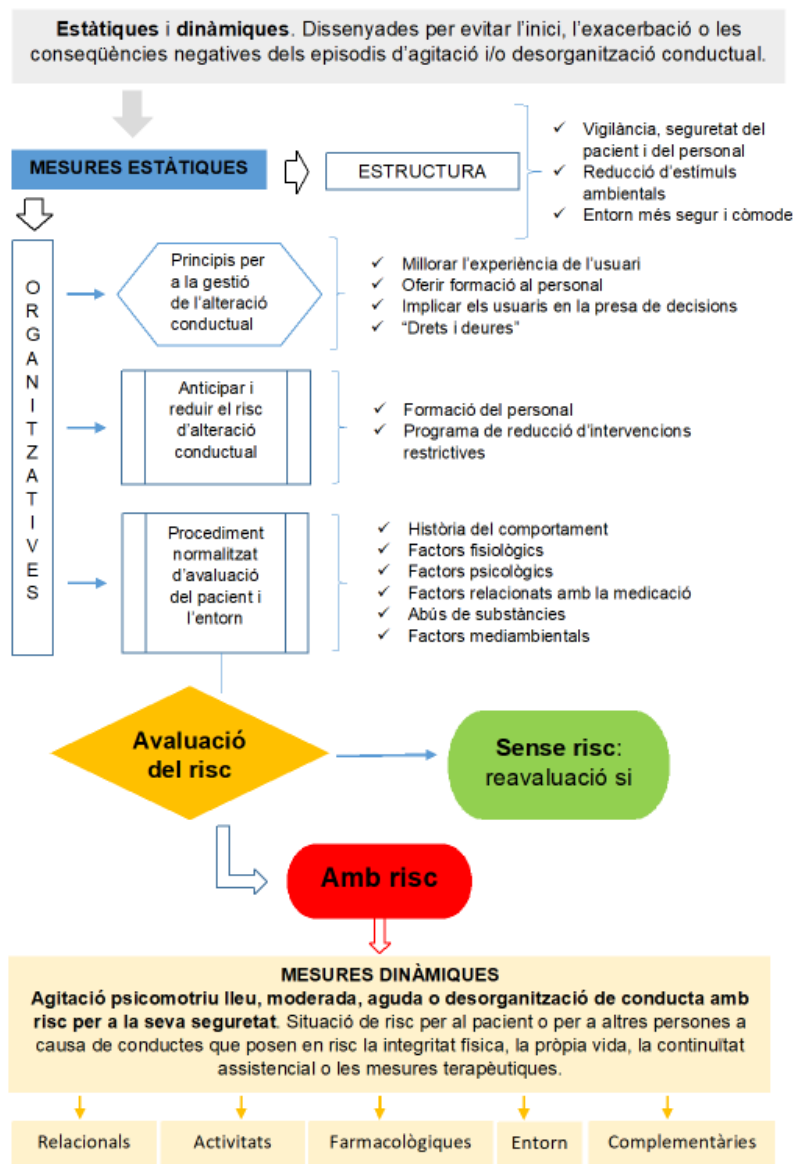
Principis d'actuació:

- Reduir sorolls, llums intenses i interrupcions.
- Retirar objectes potencialment lesius.

- Assegurar confort (temperatura, il·luminació, mobiliari segur).
- Fomentar l'**orientació a la realitat** (rellotges, calendaris, fotografies).
- Afavorir activitats terapèutiques: **musicoteràpia, aromateràpia, reminiscència, psicomotricitat, comfort rooms**.
- Valorar la conveniència de la presència familiar.
- Les institucions han de garantir **entorns de vida segurs i dignes** amb mesures organitzatives adequades.

La contenció ambiental és una intervenció terapèutica essencial per prevenir crisis, millorar el confort i reduir la necessitat de mesures restrictives.

Figura: Diagrama d'actuació en les mesures de prevenció de l'ús d'intervencions restrictives. Recomanacions de bones pràctiques en l'ús d'intervencions restrictives Departament de Salut



3.6. Procediment d'intervenció en contenció mecànica

3.6.1. Abans de la contenció

- **Valoració prèvia:** avaluar la situació clínica, conductual i ambiental de la persona, utilitzant escales de risc (p. ex., EVRA, BROSET, PANSS-EC, OAS, ABS).
- **Exploració d'alternatives:** abans d'aplicar una contenció mecànica, s'han d'haver intentat i registrat totes les **mesures no restrictives** possibles: desescalada verbal, contenció ambiental, intervenció familiar o farmacològica.
- **Informació i consentiment:** informar la persona i, si escau, la família o representant legal, dels motius, l'objectiu i la durada estimada. Disposar del consentiment informat signat per professionals i pacient - família.
- **Preparació de l'entorn:** garantir la seguretat de l'espai (retirar objectes lesius, ajustar il·luminació, protegir intimitat).
- **Coordinació d'equip:** designar un professional responsable de dirigir la intervenció i mantenir la comunicació amb la persona durant tot el procediment.

3.6.2. Durant la contenció

- **Aplicació segura:** utilitzar dispositius homologats i adequats a la complexitat de la persona. Mantenir sempre un nombre suficient de professionals per garantir la seguretat i evitar lesions.
- **Respecte i comunicació:** mantenir una actitud tranquil·la i empàtica; explicar en tot moment què s'està fent i per què.
- **Intimitat:** realitzar la contenció en un espai protegit, evitant la presència innecessària de tercers.
- **Vigilància i seguiment:** controlar les constants vitals, la perfusió distal i l'estat emocional amb la periodicitat establerta (habitualment cada 15–30 minuts).
- **Registre:** documentar la indicació, l'hora d'inici, el motiu, les mesures prèvies, el tipus de material utilitzat i les persones implicades.

3.6.3. Després de la contenció

- **Descontenció progressiva:** retirar progressivament els punts de subjecció, observant la resposta clínica i conductual.
- **Valoració postcontenció:** registrar la durada total, l'estat físic i emocional, i les lesions si n'hi ha.
Fer una breu entrevista de valoració amb la persona per identificar com ha viscut

l'experiència, que es podria haver fet per evitar-la i com es podrien abordar en futures situacions similars.

- **Debriefing d'equip:** reunir els professionals implicats per revisar la intervenció, identificar bones pràctiques i possibles millores.
- **Suport emocional:** en casos d'impacte emocional elevat (per a la persona o per als professionals), oferir suport psicològic.
- **Anàlisi d'incident:** si la contenció ha derivat en un **esdeveniment advers**, cal notificar-lo al sistema institucional de seguretat del pacient per a la seva revisió no punitiva.
- **Registre:** documentar el seguiment del procediment i retirada

3.6.4. Conseqüències i seguiment

Les contencions poden tenir efectes adversos que cal anticipar, prevenir i registrar:

- **Físiques:** lesions cutànies, edemes, broncoaspiració, trombosi, alteracions respiratòries.
- **Psíquiques:** por, humiliació, estrès posttraumàtic, agressivitat o desconfiança envers l'equip.
- **Professionals ("segones víctimes"):** impacte emocional, sentiment de culpa o desgast moral.

Recomanacions:

- Monitoritzar l'impacte físic i emocional tant en la persona com en els professionals.
- Oferir programes de suport psicològic o supervisió clínica.
- Promoure la revisió periòdica de les contencions a les sessions multidisciplinàries.

Els registres es regiran i s'adaptaran segons els protocols de cada organització.

3.7. Seguretat i qualitat

Els protocols de contenció mecànica formen part del sistema de gestió de la seguretat i la qualitat assistencial.

L'objectiu és garantir la **traçabilitat, la transparència i la millora contínua** a partir del registre i l'anàlisi d'indicadors.

3.7.1. Aspectes clau de seguretat

- **Consentiment informat:** obtenir el consentiment de la persona, familiar o tutor legal abans o després, segons la situació clínica. En absència de competència o representació legal, cal notificar a **Fiscalia** (Instrucció 1/2022 FGE).
- **Registre i traçabilitat:** documentar totes les intervencions, incidències i valoracions a la història clínica.
- **Notificació d'incidents:** promoure una cultura **no punitiva**, que permeti informar d'incidents i aprendre'n.
- **Suport a segones víctimes:** garantir circuits de suport i supervisió als professionals implicats.
- **Formació i revisió:** revisar els protocols anualment i assegurar la formació de tots els equips assistencials.

3.7.2. Indicadors de seguiment

Els indicadors permeten conèixer la freqüència, la durada i el context de les contencions, i orientar les estratègies de millora.

Indicador	Fórmula	Observacions
Percentatge de pacients que requereixen contenció mecànica (CM)	Nombre de pacients amb CM / Nombre total de pacients	Reflecteix la gravetat i la gestió dels riscos.
Mitjana de temps de contenció	Temps total de CM / Nombre de pacients amb CM	Permet valorar l'eficiència i la vigilància durant la contenció.
Percentatge d'episodis de CM respecte a estades totals	Nombre d'episodis de CM / Nombre total d'estades	Avalua la freqüència relativa d'ús de contencions.
Incidents o accidents associats a CM	Nombre d'incidents relacionats / Nombre total de CM	Mesura la seguretat del procediment i la necessitat de formació.
Anàlisi de segones víctimes	Nombre de professionals afectats / Nombre total d'episodis amb impacte emocional	Informa sobre el suport i el clima de seguretat.

Recomanacions:

- Adaptar els indicadors a cada àmbit (salut mental, residències, hospitalització).
- Revisar-los periòdicament i compartir resultats amb els equips.
- Incorporar-los als plans anuals de seguretat i qualitat.

3.8. Aspectes legals i consentiment informat

Les contencions mecàniques estan regulades per diverses normes que garanteixen el respecte als drets de la persona i la responsabilitat professional:

- **Àmbit autonòmic:**

- Llei 21/2000, de drets d'informació i autonomia del pacient.
- Llei 12/2007, de serveis socials.
- Codi Civil de Catalunya (Llei 25/2010).

- **Àmbit estatal:**

- Constitució espanyola (art. 10 i 15).
- Llei 41/2002, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient.
- Instrucció 1/2022 del 19 de gener de la Fiscalia General de l'Estat *"sobre el uso de medios de contención mecánicos o farmacológicos en unidades psiquiátricas o de salud mental y centros residenciales y/o sociosanitarios de personas mayores y/o con discapacidad"*, que regula aquelles contencions de caràcter preventiu (no urgent). Segons especifica a la mateixa instrucció, la Fiscalia no ha d'avaluar detalladament la correcció mèdica (lex artis) si les subjeccions mèdiques s'apliquen correctament en cada cas, ja que excedeix de les seves pròpies funcions i formació, però sí que ha de vetllar perquè es respectin els drets humans, mitjançant actuacions proactives, i que s'utilitzin només per al benefici de la persona, evitant-ne l'ús per conveniència, càstig o maltractament. És per això que les contencions mecàniques han de complir amb els principis bàsics de cura, necessitat apreciada per prescripció facultativa, excepcionalitat, proporcionalitat i prohibició d'excés, reconeixent així la dignitat i la promoció de l'autonomia de la persona. Per garantir el dret d'autonomia, és imprescindible la prestació de consentiment informat explícit per a cada persona i situació. Així mateix, també regula que l'ús de contencions mecàniques han d'estar regulades per protocols d'actuació a cadascun dels centres, que especifiquin i es registrin les indicacions, la durada i les pautes de vigilància i seguiment.(Ref)

- **Àmbit internacional:**

- Convenció de les Nacions Unides sobre els Drets de les Persones amb Discapacitat (CDPD, 2006).
- Recomanacions del Consell d'Europa (Rec 2004/10).
- Programa QualityRights de l'OMS (2021).

Recomanacions:

- Incloure aquest marc legal dins del protocol institucional.
- Garantir que qualsevol aplicació de contenció estigui degudament registrada, motivada i comunicada.
- En casos sense representació legal, notificar a Fiscalia i iniciar procediments de suport per a la persona afectada.

3.9. Annexos:

Els annexos han de contenir materials pràctics i visualment accessibles per facilitar la implementació del protocol i la formació dels professionals.

- **Annex 1:** Model de consentiment informat (sol·licitar)
- **Annex 2:** Fitxa de registre de contenció mecànica(sol·licitar)
- **Annex 3:** Escales de valoració de risc d'agitació o agressivitat:
 - **PANSS-EC: Escala d'Avaluació del Component d'Excitabilitat**, també coneguda com a escala PEC (basada en l'abreviatura PANSS-EC).
 - **Objectiu:** Avaluar símptomes com l'agitació, el nerviosisme i la sobre estimulació.
 - **Mètode:** Consta de 5 elements procedents de l'escala mare.
 - **Puntuació:** 1 (absent) a 7 (extrem). Interpretació de l'escala:
 - 1 (Absent): La conducta està completament absent.
 - 2 (Mínim): La conducta està al límit superior de la normalitat o és dubtosa.
 - 3 (Leu): La conducta és lleu i ocasional.
 - 4 (Moderat): La conducta és clarament evident i afecta la parla o la mobilitat.
 - 5 (Moderadament greu): Hi ha hiperactivitat significativa o episodis freqüents.
 - 6 (Grau): L'agitació interfereix greument amb el son i l'alimentació.
 - 7 (Extrem): L'agitació és tan intensa que és pràcticament impossible el contacte interpersonal.

PANSS-EC: Escala d'Avaluació del Component d'Excitabilitat (font: Instruments d'avaluació
trastorns esquizofrènia)

1. Delirios	1	2	3	4	5	6	7
2. Desorganización conceptual	1	2	3	4	5	6	7
3. Alucinaciones	1	2	3	4	5	6	7
4. Excitación	1	2	3	4	5	6	7
5. Grandiosidad	1	2	3	4	5	6	7
6. Suspicion/perjuicio	1	2	3	4	5	6	7
7. Hostilidad	1	2	3	4	5	6	7
<i>Escala positiva (PANSS-P)</i>		<i>Puntuación directa:</i>			<i>Percentil:</i>		
1. Embotamiento afectivo	1	2	3	4	5	6	7
2. Retraimiento emocional	1	2	3	4	5	6	7
3. Contacto pobre	1	2	3	4	5	6	7
4. Retraimiento social	1	2	3	4	5	6	7
5. Pensamiento abstracto	1	2	3	4	5	6	7
6. Fluidez de la conversación	1	2	3	4	5	6	7
7. Pensamiento estereotipado	1	2	3	4	5	6	7
<i>Escala negativa (PANSS-N)</i>		<i>Puntuación directa:</i>			<i>Percentil:</i>		
	1	2	3	4	5	6	7
<i>Escala compuesta (PANSS-C)</i>		<i>Puntuación directa:</i>			<i>Percentil:</i>		
1. Preocupación somática	1	2	3	4	5	6	7
2. Ansiedad	1	2	3	4	5	6	7
3. Sentimientos de culpa	1	2	3	4	5	6	7
4. Tensión motora	1	2	3	4	5	6	7
5. Manerismos/posturas	1	2	3	4	5	6	7
6. Depresión	1	2	3	4	5	6	7
7. Enlentecimiento motor	1	2	3	4	5	6	7
8. Falta de colaboración	1	2	3	4	5	6	7
9. Pensamientos inusuales	1	2	3	4	5	6	7
10. Desorientación	1	2	3	4	5	6	7
11. Atención deficiente	1	2	3	4	5	6	7
12. Ausencia de <i>insight</i>	1	2	3	4	5	6	7
13. Trastornos de la volición	1	2	3	4	5	6	7
14. Control deficiente de los impulsos	1	2	3	4	5	6	7
15. Ensimismamiento	1	2	3	4	5	6	7
16. Evitación social activa	1	2	3	4	5	6	7
<i>Psicopatología general (PANSS-PG)</i>		<i>Puntuación directa:</i>			<i>Percentil:</i>		
	1	2	3	4	5	6	7

- **OAS: Escala d'Agressivitat Manifesta**

- **Objectiu:** Avaluar i quantificar diferents tipus de comportaments agressius.
- **Mètode:** Assigna una puntuació d'1 a 5 segons la gravetat de comportaments, com ara l'agressió verbal, física (contra un mateix, objectes o altres persones).
- **Ús:** L'avaluador registra la freqüència dels comportaments observats per obtenir una puntuació total.

Escala d'Agressivitat Manifesta (font: Manual de psicopatología y trastornos psicológicos)

Agresión verbal	N.º de veces
1. No presenta	
2. Habla en voz muy alta, grita con enfado	
3. Insultos personales sin gran importancia (p. ej., «¡Eres tonto!»)	
4. Juramentos continuos, usa un lenguaje malsonante cuando está enfadado, amenazas moderadas a otros o a sí mismo	
5. Realiza claras amenazas de violencia a otros o a sí mismo («te voy a matar»), o precisa ayuda para controlarse a sí mismo	
Agresión física contra uno mismo	
1. No presenta	
2. Se rasga o punza la piel, se golpea a sí mismo, se tira del pelo (en ausencia de daño o cuando éste es mínimo)	
3. Golpea objetos romos con la cabeza o los puños, se arroja al suelo o a objetos romos (se produce heridas pero sin un daño grave)	
4. Pequeños cortes o hematomas, quemaduras leves	
5. Automutilaciones, se hace cortes profundos, se muerde hasta sangrar, se produce lesiones internas, fracturas, pérdida de conciencia o pérdida de los dientes	
Agresión física contra objetos	
1. No presenta	
2. Da portazos, desparrama la ropa, lo desordena todo	
3. Arroja objetos contra el suelo, da patadas a los muebles sin llegar a romperlos, hace marcas en las paredes	
4. Rompe objetos, como las ventanas y cristales	
5. Prende fuego, arroja objetos peligrosamente	
Agresión física contra otras personas	
1. No presenta	
2. Realiza gestos amenazantes, zarandea a las personas, les agarra de la ropa	
3. Golpea, da patadas, empuja y tira del pelo a otras personas (sin daño para ellas)	
4. Ataca a otras personas causando daños físicos de leves a moderados (hematomas, esguinces, contusiones)	
5. Ataca a otras personas causando daños físicos graves (huesos rotos, laceraciones profundas, lesiones internas)	

- **ABS: Escala de Comportament Agitat** (Agitated Behavior Scale), que avalua l'agitació en pacients (de 14 a 56 punts).
 - **Objectiu:** Avaluar l'agitació en pacients psiquiàtrics.
 - **Mètode:** Consta de 14 ítems que es qualifiquen de 1 (absent) a 4 (extrem), segons la freqüència o intensitat del comportament.
 - **Puntuació:** El rang va de 14 a 56. Classificació de la severitat:
 - 21 punts o menys: Comportament normal.
 - 22 a 28: Agitació lleu.
 - 29 a 35: Agitació moderada.
 - 36 a 56: Agitació greu.

Escala de Comportament Agitat Font: Neurocenter- Giovana Femat Roldánmarzo 23, 2024)

	Inexistente (1)	Leve (2)	Moderado (3)	Extremo (4)
1. Mantiene poco la atención, se distrae con facilidad, es incapaz de concentrarse	--	--	--	--
2. Impulsivo, impaciente, tolera mal el dolor o la frustración	--	--	--	--
3. Poco cooperador, no deja que le cuiden, exigente	--	--	--	--
4. Es violento o amenaza a las personas o la propiedad	--	--	--	--
5. Explosivo o con ataques de ira imprevisibles	--	--	--	--
6. Se balancea, se frota, gime o manifiesta otra conducta autoestimulante	--	--	--	--
7. Tira de los tubos y las ataduras de la cama	--	--	--	--
8. Vaga por las áreas de tratamiento	--	--	--	--
9. Está inquieto, va y viene, se mueve excesivamente	--	--	--	--
10. Muestra comportamientos repetitivos, motores o verbales	--	--	--	--
11. Habla rápido, alto o en exceso	--	--	--	--
12. Cambia de humor súbitamente	--	--	--	--
13. Lloro o se ríe con facilidad y de una manera excesiva	--	--	--	--
14. Se hace daño o insulta	--	--	--	--
Puntuación total: _____ Puntuaciones factores Desinhibición (ítems 1-2, 6-10): _____ Agresividad (ítems 3-5, 14): _____ Labilidad (ítems 11-13): _____				

- **EVRA:**
 - **Objectiu:** avaluar el risc d'agitació en persones amb trastorns de salut mental
 - **Mètode:** qüestionari amb 8 preguntes, cada resposta té una puntuació
 - **Puntuació final:** la puntuació global va de 0 –12 punts i es determinen tres nivells de risc segons la puntuació global:
 - 0- 4 punts: risc baix
 - 5- 9 punts: risc moderat
 - 10-12 punts: risc alt
- **Qüestionari:**
 - **1. Edat del pacient a l'ingrés**
 - 16–25 anys.....☐ 2
 - 26–35 anys.....☐ 2
 - 36–45 anys.....☐ 1
 - 46 anys o més.....☐ 0
 - **2. Sospita / persecució: el pacient presenta una actitud recelosa o manifestament desconfiada, però els pensaments, les relacions socials i la conducta estan mínimament afectats.**
 - Si.....☐ 1
 - No.....☐ 0
 - **3. Falta de consciència de la malaltia: el pacient reconeix tenir un trastorn psiquiàtric, però clarament subestima la seva importància, la necessitat de tractament o la necessitat de prendre mesures per evitar les recaigudes. Els projectes futurs poden estar escassament planificats.**
 - Si.....☐ 1
 - No.....☐ 0
 - **4. Antecedents d'heteroagressió: agressió verbal, agressió a objectes o agressió física la setmana anterior a l'ingrés.**
 - Si.....☐ 1
 - No.....☐ 0
 - **5. Estat civil: solter/a**
 - Si.....☐ 1
 - No.....☐ 0
 - **6. Consum de tòxics (alcohol, cànnabis o cocaïna) durant l'últim mes. Es consideraran tots els consums amb patró d'abús, els consums esporàdics que causin disfuncions laborals / familiars / socials o que hagin cursat amb una intoxicació, consums durant les últimes 24 hores i tota determinació positiva en orina durant l'estada a urgències.**
 - Sense consum/Consum d'1 substància en l'últim mes...☐ 0
 - Consum de 2 substàncies o més en l'últim mes.....☐ 1
 - **7. Irritabilitat**
 - No irritable impacient.....☐ 0
 - Mal humor.....☐ 1
 - Es molesta o s'enfada fàcilment.....☐ 2
 - Perd els nervis fàcilment.....☐ 3
 - **8. Augment de l'activitat motriu/energia**

- Absent/subjectivament augmentada.....☐ 0
- Animat/ada; increments en la gesticulació/Energia
 excessiva; hiperactiu/iva de vegades; inquiet/a (es pot
 controlar).....☐ 1
- Excitació motora; hiperactivitat contínua (no es pot
 controlar).....☐ 2

○ **PUNTUACIÓ TOTAL:**

• **BROSET: Escala que avalua el risc de violència.**

- **Objectiu:** es basa en l'observació de sis comportaments: confusió, irritabilitat, bullici, amenaces verbals, amenaces físiques i atacs a objectes.
- **Mètode:** cada comportament present s'avalua sumant un punt. Una puntuació d'1 a 2 indica un risc moderat i requereix mesures preventives, mentre que una puntuació superior a 2 indica un risc molt alt i exigeix un pla de maneig per a possibles episodis d'agressivitat.
- **Puntuació:** cada comportament que s'observi se suma a la puntuació total. No hi ha una puntuació màxima; el risc augmenta amb la suma de punts. Interpretació:
 - 1-2 punts: Risc moderat. Són necessàries mesures preventives.
 - >2 punts: Risc molt alt. Es necessiten mesures preventives i un pla de maneig per a possibles episodis d'auto/hetera agressivitat.

Escala que avalua el risc de violència: Font: Copyright de la versión española Erkoreka, Arenas, Barroeta & Oreja (2021)

Conducta	Puntuación (0 ó 1)
Confuso	
Irritable	
Escandaloso	
Amenazas verbales	
Amenazas físicas	
Heteroagresividad contra objetos	
Suma de puntuaciones	

Confuso	Resulta evidente que está confuso y desorientado. Puede no ser consciente de la hora, espacio o persona.
Irritable	Se ofusca y enfada con facilidad. Incapaz de tolerar la presencia de otros.
Escandaloso	Se conducta es ruidosa. Pe cierras las puertas de un golpe, vocifera al hablar etc.
Verbalmente amenazante	Un estallido verbal que va más allá que simplemente levantar la voz, y cuando hay una intención clara de intimidar o amenazar a otra persona. Por ejemplo ataques verbales, abusos, burlas, comentarios de contenido neutro pero pronunciados con rabia.
Físicamente amenazante	Cuando se ha evidenciado un intento de amenazar físicamente a otra persona. Por ejemplo adoptando una actitud agresiva, agarrando a otra persona por la ropa, alzando el brazo, pierna o simulando dar un cabezazo a otra persona.
Heteroagresividad contra objetos	Un ataque directo contra un objeto y no contra una persona. Por ejemplo lanzar indiscriminadamente un objeto, golpear o romper una ventana, dar patadas, golpear o pegar un cabezazo a un objeto, romper el mobiliario.

3. Conclusions

El conjunt de recomanacions recollides en aquest document parteixen del principi d'excepcionalitat i s'emmarquen en una visió ètica, legal i assistencial que prioritza la prevenció, la seguretat i l'atenció centrada en la persona.

La redacció i implementació de protocols específics, transversals i adaptats a cada àmbit assistencial, així com la formació contínua dels professionals, són pilars essencials per avançar cap a entorns lliures de contencions. L'abordatge de situacions de crisi ha de fonamentar-se en estratègies preventives, relacionals i ambientals, garantint sempre una resposta proporcional, justificada i supervisada.

La Unió, com a espai de trobada i coneixement compartit entre entitats sanitàries, aporta un valor essencial en la generació de documents com aquest, elaborats de manera col·laborativa per professionals de diferents àmbits. Amb aquest treball, es vol contribuir a l'harmonització de criteris i a la millora contínua de la qualitat assistencial arreu del sistema de salut.

Esperem que aquest document arribi al màxim nombre possible d'entitats i professionals, i que serveixi no només com a guia pràctica sinó també com a punt de partida per al debat, la reflexió i la construcció conjunta de polítiques amb el Departament de Salut, en la línia d'un sistema més respectuós, segur i centrat en les persones.

Annex. Consideracions específiques per àmbits

Consideracions específiques de l'Àmbit HOSPITAL GENERAL AGUTS I URGÈNCIES

Les recomanacions realitzades en aquest document s'apliquen als serveis d'hospitalització d'aguts d'adults i als serveis d'atenció d'urgències que atenen urgències d'un hospital general.

A les unitats d'aguts d'hospitalització psiquiàtrica es fa una atenció integral per a pacients en situacions agudes que requereixen un tractament intensiu i urgent.

El maneig d'alteracions conductuals en unitats d'aguts psiquiàtrics mitjançant tècniques restrictives ha de combinar la seguretat immediata amb la humanització de la cura. La tendència actual apunta a intentar reduir les intervencions restrictives, utilitzant mètodes físics, farmacològics o ambientals de manera justificada, temporal i supervisada, integrant sempre estratègies preventives.

En un hospital general d'aguts es poden presentar situacions d'alteració conductual, desorganització conductual, agitació psicomotora i conductes violentes en qualsevol servei fora de l'àmbit psiquiàtric tant en usuaris ingressats com en atenció a urgències.

Els casos més freqüents que presenten aquests episodis són persones amb demència, amb quadres confusionals/delírium, altres trastorns mentals orgànics, i trastorns relacionats amb l'ús de substàncies (per abstinència o intoxicació).

A part de les recomanacions que s'aborden al document general, destacaríem les següents per la seva aplicació particular en aquests àmbits.

Hospital General Aguts:

a) Unitats de Psiquiatria d'aguts

- Com a mesures no restrictives, en entorn hospitalari, destaquen les **tècniques d'observació directa**. Aquestes consisteixen en l'avaluació sistemàtica i no intrusiva del comportament dels pacients amb trastorns psiquiàtrics, registrant conductes i reaccions de manera objectiva per a l'anàlisi clínica i la planificació d'intervencions. Els centres d'atenció sanitària i atenció intermèdia haurien de tenir un procediment de teràpia d'observació directa amb diferents nivells d'observació (intermitent de baix nivell, intermitent d'alt nivell i observació continua).
- Els centres d'atenció sanitària i d'atenció intermèdia han de disposar de **protocols d'actuació per realitzar la restricció mecànica** en adults i s'ha de registrar quan s'usa.

- El centre ha de disposar d'un **protocol de tractament farmacològic** urgent de l'agitació en adults basat en l'evidència científica, adaptat a les circumstàncies del pacient i del context.
- Els **espais de reducció d'estímuls** (si n'hi ha) haurien de permetre una observació i comunicació clara entre el personal i l'usuari, correctament aïllats i ventilats, amb control de temperatura situat fora de l'abast de l'usuari, amb accés a lavabos quan sigui convenient, i comptar amb mobles, finestres i portes que garanteixin la seguretat.
- La reducció d'estímuls s'ha de registrar segons el protocol del centre i s'ha d'acompanyar d'una revisió regular. Cal establir un calendari d'observació específic per a cada usuari en situació d'aïllament.
- Si es realitzen mesures restrictives, cal disposar d'un **carretó d'aturades**, i els professionals han d'estar formats almenys en **suport vital bàsic**.
- La Direcció o Gerència del centre ha de garantir que rep **informes periòdics** de cada unitat sobre incidents violents i l'ús d'intervencions restrictives.
- Després d'utilitzar una intervenció restrictiva s'ha de dur a terme un l'informe immediat de l'incident i una revisió formal posterior.
- Es recomana notificar l'incident al SNIP Cat (Sistema de notificació i gestió d'incidentes de seguretat dels pacients) i la revisió posterior de l'incident (per a més detall, veure el document font).

b) Unitats no psiquiàtriques d'aguts

- Els centres d'atenció sanitària i atenció intermèdia han de disposar de **protocols d'actuació per realitzar la restricció mecànica** en adults i s'ha de registrar quan s'usa.
- El centre ha de disposar d'un **protocol de tractament farmacològic** urgent de l'agitació en adults basat en l'evidència científica, adaptat a les circumstàncies del pacient i del context.
- El personal d'un hospital general ha d'estar adequadament format en la **identificació** dels episodis d'alteració conductual, en **evitar mesures restrictives** buscant alternatives, i si no hi ha cap altra opció, en aplicar la restricció física seguint un protocol que garanteixi la seguretat del pacient.
- Es recomana fer una adequada valoració del pacient que presenta alteracions conductuals o de l'estat cognitiu, i si se sospita comorbiditat psiquiàtrica, fer una Interconsulta a psiquiatria.
- És recomanable ubicar a la persona que presenta alteracions conductuals o de l'estat cognitiu prioritzant l'adequació terapèutica, la seguretat i l'accés a una atenció ràpida, així com la supervisió mitjançant observació directa.
- És important implicar a familiars o cuidadors en les activitats de calma i suport emocional de persones amb alteració de l'estat cognitiu per tal d'evitar restriccions mecàniques.

Servei d'Urgències:

Els centres sanitaris han de **garantir la formació del personal** dels departaments d'urgències en:

- **Tècniques per reduir el risc d'alteració conductual**, incloent anticipació, prevenció i desescalada.
- **Triatge de salut mental**, per identificar i prioritzar adequadament els casos.
- **Distinció entre diferents estats d'excitació**, d'origen orgànic, psiquiàtric, mixta o desconegut (en aquests casos primer descartar sempre la causa orgànica).

Els centres sanitaris han de garantir que els serveis d'urgències disposin d'una **sala específica per a l'avaluació de la salut mental** que:

- Estigui situada a prop o dins de l'àrea de recepció principal.
- Estigui prioritàriament disponible per a valoracions de salut mental.
- Puguï acollir còmodament entre 4 i 5 persones.
- Estigui equipada amb mesures de seguretat: sistema de trucada d'emergència, porta amb obertura cap a fora, finestra per a observació, mobiliari segur, ventilació adequada, bona il·luminació i sense objectes potencialment perillosos.

Per la **gestió de conductes agressives en serveis d'urgències** es recomana:

- No excloure l'usuari agressiu o violent del servei d'urgències.
- Gestionar la violència seguint les recomanacions dels protocols indicats.
- Descartar primer una causa orgànica; si no n'hi ha, considerar la situació com una emergència psiquiàtrica i consultar urgentment amb els serveis de salut mental.
- El personal d'urgències pot participar en els informes immediats posteriors a l'incident.

Consideracions específiques de l'Àmbit HOSPITALARI INFANTO JUVENIL

Consideracions específiques de l'àmbit

L'àmbit hospitalari especialitzat en salut mental infanto juvenil ofereix una atenció integral i intensiva a nens, nenes i adolescents amb trastorns mentals severos o en situació de crisi aguda. L'abordatge s'adapta a l'etapa evolutiva i contempla aspectes clínics, educatius, socials i familiars. Per tant, l'objectiu principal de totes elles és:

- Garantir la seguretat i estabilització clínica.
- Abordatge terapèutic integral.
- Continuitat educativa i social.
- Suport a la família i a la xarxa comunitària.

Els dispositius inclouen:

- **Unitats d'Hospitalització Total (UHT)**, atenció intensiva i contenció terapèutica per crisis greus.
- **Hospitals de Dia (HDI)**, tractament intensiu però parcial, combinant assistència clínica amb reinserció escolar/social.
- **Unitats Terapèutiques Residencials (UTER)**, tractament per a infants i adolescents amb necessitat d'una intervenció terapèutica intensiva i prolongada que no pot ser suficientment abordada en l'àmbit familiar o comunitari.
- **Unitats de subaguts**, tractament intensiu en règim d'ingrés, per a estades mitjanes.

Estructura

Aquests dispositius haurien de disposar d'espais segurs, adaptats a les diferents edats, sales d'activitats, despatxos terapèutics, aules hospitalàries, zones de convivència i espais exteriors adaptats. També tenen certes particularitats com serien:

- **UHT:** espais més controlats (mesures de seguretat) i habitacions de pocs llits.
- **HDI:** estructura més propera a centre educatiu, amb tallers i aules obertes.
- **UTER:** espais residencials amb caràcter de llarg termini, habitacions individuals o compartides, espais familiars-visites i zones vida quotidiana (cuina, bugaderia, hort, etc.).

Comunicació

La comunicació dins dels dispositius d'atenció psiquiàtrica infanto juvenil ha de complir uns estàndards de qualitat assistencial que garanteixin seguretat, claredat i coherència del procés terapèutic. Concretament, ha de ser:

- **Bidireccional i transparent** amb la persona atesa i la família/tutors legals.
- **Basada en un llenguatge adaptat a l'edat**, clar i no estigmatitzant.
- **Coordinada entre professionals assistencials i educatius**, facilitant espais regulars per traspàs d'informació clínica.
- **Ha de garantir la confidencialitat** segons la normativa vigent, explicant els límits legals quan sigui necessari.

- **Ha d'incloure protocols d'informació davant situacions de crisi**, altes, trasllats, desaparicions o canvis significatius en el pla terapèutic.

Coordinació

Cal assegurar una coordinació estreta entre:

- **Els equips interns multidisciplinaris:** psiquiatria, psicologia, altres especialitats mèdiques, infermeria, educació social, treball social, terapeutes ocupacionals, professorat hospitalari.
- **La xarxa comunitària:** centres de salut mental infanto juvenil (CSMIJ), serveis socials, escoles, centres residencials, centres de justícia juvenil.
- **L'atenció primària i serveis d'urgències** per optimitzar derivacions i plans de continuïtat assistencial.
- També es faran reunions periòdiques multidisciplinàries per revisar casos, objectius terapèutics i estratègies d'intervenció.

Material

Els diferents dispositius d'atenció psiquiàtrica infanto juvenil han d'estar dotats del **material necessari per garantir una intervenció terapèutica integral, segura i adaptada a les necessitats evolutives dels infants i adolescents**. Aquest material inclou:

- **Material terapèutic:** jocs simbòlics, materials artístics, instruments musicals, material esportiu i de psicomotricitat.
- **Material educatiu:** llibres, ordinadors, material escolar homologat pel Departament d'Educació.
- **Mitjans digitals, implementació** d'eines digitals i per al seguiment, el suport psico-educatiu i la coordinació, sempre que sigui adequat i respecti la privacitat.
- **Material clínic i de registre:** fitxes d'observació conductual, escales psicomètriques, fulls de registre d'activitats terapèutiques.
- **Dispositius de seguretat** quan calgui: sensors, sistemes de monitoratge i equips per situacions d'immobilitzacions, sempre segons protocols de mínima restricció i respecte a la dignitat del menor.

Registre

Cada dispositiu assistencial disposa d'un **registre clínic unificat** que recull de manera sistemàtica i actualitzada tota la informació rellevant per garantir la continuïtat i qualitat de l'atenció. Aquest registre inclou, com a mínim:

- **L'evolució clínica diària**, elaborada pels diferents professionals assistencials (infermeria, psicologia, psiquiatria).
- La consignació d'**incidències rellevants**, incloent-hi situacions de crisi, aplicació de mesures de contenció física o farmacològica, seguint els protocols establerts.
- Els **Plans Terapèutics Individuals (PTI)**, amb objectius terapèutics, intervencions programades i revisions periòdiques.
- Les **intervencions educatives, terapèutiques i psicosocials** realitzades, tant individuals com grupals.

A més, segons el tipus de dispositiu, s'incorporen registres específics adaptats a les seves funcions:

- **Unitats d'Hospitalització Total (UHT):** registre exhaustiu d'incidències de risc, aplicació i revisió de contencions, així com seguiment de mesures de seguretat.
- **Hospitals de Dia:** registre detallat de l'assistència diària, activitats terapèutiques i educatives, així com valoració del grau de participació i progressos i seguiment del PTI.

Aquest sistema de registre garanteix la **traçabilitat de les actuacions clíniques**, facilita la coordinació interdisciplinària i assegura el compliment dels criteris de qualitat i seguretat establerts pels protocols institucionals i per la normativa vigent.

Professionals

A l'àmbit infanto juvenil trobaríem equips multidisciplinaris, com:

- **Psiquiatres especialitzats** en salut mental infanto juvenil.
- **Psicòlegs clínics** amb experiència en teràpies individuals, familiars i grupals.
- **Infermeria especialitzada en SM (infermers/TCA)**, formada en abordatge d'adolescents.
- **Educadors/es socials** per treballar habilitats socials, convivència i temps lliure terapèutic.
- **Treballadors/es socials sanitaris** per coordinació comunitària i abordatge sociofamiliar.
- **Terapeutes ocupacionals, integradors socials, fisioterapeutes i professorat hospitalari** per garantir intervencions integrals.

Persona- família

L'atenció en els dispositius hospitalaris i ambulatoris de psiquiatria infanto juvenil es fonamenten en un model **centrat en la persona atesa**, on el/la menor és protagonista actiu/iva del seu propi procés terapèutic. Això implica promoure la seva participació en l'elaboració, revisió i avaluació del pla terapèutic individual (PTI), sempre adaptat a la seva edat i capacitat de comprensió.

Des del primer moment, es treballa de manera **estreta i coordinada amb la família o tutors legals**, entenent-los com a part essencial del procés de recuperació. Aquest treball conjunt té com a principals objectius:

- Facilitar una millor **comprensió del trastorn mental** i del seu impacte en el desenvolupament del menor.
- Proporcionar **estratègies i pautes concretes** per al maneig de les dificultats en l'entorn familiar i quotidià.
- Reduir l'estrès i la **sobrecàrrega emocional** que sovint experimenta la família o els cuidadors principals.
- Donar **informació clara i accessible** sobre els drets, deures i recursos disponibles a la xarxa comunitària.

Per assolir aquests objectius, s'organitzen:

- **Sessions familiars periòdiques**, tant individuals com grupals, orientades a la psicoeducació, suport emocional i resolució de conflictes.

Les intervencions específiques segons el tipus de dispositiu serien les següents:

- **Unitat d'Hospitalització Total (UHT)**: treball focalitzat en la contenció emocional i la reducció del risc, prioritzant la seguretat immediata.
- **Hospital de Dia**: intervencions més intenses per desenvolupar habilitats parentals, afavorir la convivència i donar suport a la reintegració escolar i social.
- **Unitats Terapèutiques Residencials (UTR)**: treball terapèutic familiar continuat, orientat a la reconstrucció de vincles, a l'adquisició d'habilitats parentals i a preparar el retorn progressiu a l'entorn familiar o comunitari.

Finalment, es garanteix sempre un **acompanyament actiu del menor i la seva família** en el procés de reintegració escolar, social i comunitària, coordinant-se amb els diferents agents implicats (escoles, serveis socials, centres de salut mental comunitaris i altres recursos especialitzats).

Consideracions específiques de l'Àmbit Hospitalari ATENCIÓ INTERMÈDIA

Els dispositius d'atenció intermèdia estan orientats a cobrir les necessitats de les persones grans o amb malalties cròniques avançades. Formats per equips especialitzats en geriatria i cures pal·liatives.

Els dispositius inclouen:

- Unitats de recuperació funcional
- Unitats de cures pal·liatives
- Unitats de llarga durada
- Unitats de psicogeriatria
- Hospital de dia geriàtric

Estructura

- Aquests dispositius disposen d'espais més adaptats a la tipologia de les persones ingressades, amb sales específiques (convalescència, Llonga estada i Cures pal·liatives), aules d'activitat (TO, ED,...), espais adequats per familiars en processos de final de vida i altres espais més socials (perruqueria, podologia...).
- ENTORN: més amigable i menys hospitalari pot facilitar l'aplicació de mesures no farmacològiques i la reducció d'estímuls ambientals excessius o molestos.

Comunicació

- Entre diferents nivells assistencials-Hospital d'aguts, Atenció Primària, Atenció Intermèdia i Atenció domiciliària.

Coordinació

- Existeix un treball intern amb l'equip multidisciplinari, amb una atenció centrada en la persona/família, respectant els valors, preferències i decisions de la persona.
- És una tasca que implica un equip interdisciplinari. Ja en la presa de decisions com en la realització del procediment com en el conjunt de tasques administratives que porta associada.

Professionals: Equip multidisciplinari i interdisciplinari.

Persona-Família: Model basat en ACP.

Consideracions específiques de l'Àmbit RESIDENCIAL

En l'àmbit Residencial caldrà gestionar les alteracions conductuals en geriatria. Durant l'avaluació de les persones residents amb agitació psicomotriu, el principal diagnòstic diferencial cal fer-lo amb el delírium. De fet, davant d'una situació de delírium i abans de qualsevol intervenció restrictiva, hauria de tractar-se totes les causes desencadenants i identificar-les, sempre que sigui possible.

Estructura

- Dotació de recursos humans per garantir una atenció personalitzada i preventiva.
- Existència d'un protocol institucional sobre no l'ús de contencions, integrat en el model assistencial del centre.
- Revisió periòdica de l'estructura física i organitzativa per adaptar-se a les necessitats canviants de les persones residents.

Comunicació

- Comunicació a Fiscalia de les contencions aplicades.

Coordinació

- Valoració interdisciplinària en grup de no contencions del centre abans de qualsevol aplicació.

Material

- Formació específica sobre l'ús correcte del material de contenció i de tots els dispositius de seguretat.

Registre

- Protocol d'ús de baranes, mitges baranes, de sofàs reclinables, de llit cota 0. On es deixi clar les indicacions que no s'utilitzaran aquestes mesures per una finalitat de contenció de la persona.
- Registre ABC, de conductes de les persones amb deteriorament.
- Registre d'observació de 48 h que valora la necessitat de contenció (baranes o altres)

Persona- família

- Valoració de les preferències i història de vida de la persona.
- Acompanyament emocional i suport a la família durant el procés.
- Sensibilització i formació de les famílies sobre el tema de contencions

Consideracions específiques de l'Àmbit SM COMUNITARI

L'àmbit comunitari especialitzat en salut mental d'adults i infanto juvenil ofereix atenció integral i integrada amb un model de recuperació, dirigida a les persones, menors de 18 anys (àmbit infanto juvenil) i majors de 18 anys (àmbit d'adults), que presenten un problema de salut mental, en qualsevol de les etapes evolutives de la malaltia, que per la seva gravetat o complexitat no poden ser atesos únicament des de l'àmbit dels serveis d'Atenció Primària de Salut.

Els objectius d'aquests dispositius comunitaris són:

- Donar resposta als problemes de salut mental de la població menor i major de 18 anys en prevenció, diagnòstic i tractament.
- Resolució terapèutica multidisciplinària.
- Atenció a les famílies.
- Col·laborar amb l'Atenció Primària i la resta d'equipaments sanitaris i no sanitaris que intervenen en els processos de Salut Mental.
- Disposar de mecanismes per a la detecció de la població de risc dins del seu àmbit d'actuació.
- Garantir la continuïtat assistencial a través de la seva articulació amb la resta de serveis sanitaris i no sanitaris.
- Afavorir els processos de recuperació.
- Garantir una atenció de qualitat i en un entorn de cultura de seguretat de pacient.

Els dispositius incloent:

- **Centres de salut mental infanto juvenil (CSMIJ)**, atenció ambulatoria comunitària especialitzada en atenció psiquiàtrica i salut mental, dirigits a les persones, menors de 18 anys, que presenten un trastorn mental, que per la seva gravetat o complexitat no poden ser atesos únicament des de l'àmbit dels serveis d'Atenció Primària de Salut.
- **Centres de salut mental d'adults (CSMA)**, atenció ambulatoria comunitària especialitzada en atenció psiquiàtrica i salut mental, dirigits a les persones, majors de 18 anys, que presenten un trastorn mental, que per la seva gravetat o complexitat no poden ser atesos únicament des de l'àmbit dels serveis d'Atenció Primària de Salut.
- **Hospital de dia Infanto juvenil (HDIJ)**, dispositiu assistencial d'hospitalització parcial de la xarxa sanitària pública que està destinada a proporcionar atenció especialitzada als adolescents amb problemes de salut mental en les situacions de crisi. Atenen els adolescents de 12 a 17 anys que per diversos motius no poden superar de manera satisfactòria l'adolescència i tenen crisis greus, es posen en situacions de risc o inicien patologies severes que, per la seva intensitat o gravetat, no poden ser ateses en els Centres de Salut Mental.
- **Hospital de dia d'adults (HDA)**, centre d'hospitalització parcial on es duen a terme tractaments actius i intensius de mitja durada que es basen en l'abordatge interdisciplinari (infermeria, psicologia, psiquiatria, teràpia ocupacional i treball

social), per donar una resposta integral (biopsicosocial) als problemes de SM dels usuaris.

- **Servei de rehabilitació comunitària (SRC)**, dispositiu assistencial, en règim comunitari, destinat a prestar atenció rehabilitadora, de reinserció psicosocial i recuperació, a persones majors de 16 anys amb Trastorn Mental Sever i a donar suport a les famílies.

Estructura

Els dispositius haurien de ser dissenyats en estructura i distribució conjuntament amb professionals i persones en experiència pròpia per poder disposar d'espais segurs, funcionals i que garanteixin la dignitat de la persona i la seguretat de persones usuàries i professionals.

- **Centres de salut mental infanto juvenil (CSMIJ) i Centres de salut mental d'adults (CSMA)**. Estructura amb despatxos amplis, ben comunicats, conjuntament amb sales d'espera a poder ser vinculades al despatx corresponent per evitar aglomeracions de diferents persones en un mateix entorn. Il·luminació càlida per afavorir la confortabilitat. Espais de lleure amb pissarres i jocs.
- **Hospital de dia Infanto juvenil (HDIJ)**. Estructura amb espais amplis i multifuncionals, que permetin la realització d'activitat, amb sala de confort per permetre entorns de desescalada de tensió afavorint que no es produeixin situacions de descontrol conductual. Important tenir en compte la distribució amb tallers i aules obertes.
- **Hospital de dia d'adults (HDA)**. Estructura amb espais amplis i multifuncionals, que permetin la realització d'activitat, amb sala de confort per garantir entorns de desescalada de tensió afavorint que no es produeixin situacions de descontrol conductual.
- **Servei de rehabilitació comunitària (SRC)**. Estructura amb espais amplis i multifuncionals, que permetin la realització d'intervencions multimodals. Incloure espais de reflexió i distensió per afavorir processos de desescalada.

Comunicació

Cal garantir diferents nivells de comunicació:

- Dins de l'equip.
- Inter equips tant de salut com d'altres àmbits.
- Amb les famílies/Entitats de suport.

La comunicació ha de ser:

- Adaptada tant a l'edat, com al nivell intel·lectual i sociocultural, no estigmatitzada i amb perspectiva de gènere.
- Complir amb els estàndards legals de confidencialitat, protecció de dades i emmarcada en aspectes clínics i ètics.

- Segons protocols estandarditzats de comunicació en les diferents etapes de la intervenció, en situacions de crisi i en el context d'esdeveniments adversos o sentinelles.

Coordinació

La coordinació en l'àmbit comunitari és clau per garantir la continuïtat de cures i la integració del pacient en el seu entorn.

És essencial la coordinació i la comunicació en els punts següents:

Entre nivells assistencials:

- Establir canals fluides de comunicació entre atenció primària, salut mental comunitària, hospitalització i recursos socials.
- Cal assegurar l'existència de circuits definits per a derivacions, interconsultes i seguiment compartit.

Amb recursos socials i comunitaris:

- Col·laboració amb serveis socials, associacions de familiars, entitats del tercer sector, ocupació protegida, habitatge supervisat i altres recursos comunitaris.
- Participació en taules de coordinació interinstitucional.

Dins de l'equip interdisciplinari:

- Reunions clíniques regulars per compartir informació i prendre decisions conjuntes.
- Definició de rols i responsabilitats clares entre els diferents professionals (infermeria, psiquiatria, psicologia, treball social, teràpia ocupacional, integrador social, educador social, referent de benestar emocional).

Amb l'usuari i la seva xarxa natural:

- Implicació activa de la persona en la planificació del seu tractament i el seu procés de recuperació.
- Inclusió de la família o cuidadors principals en la coordinació, respectant la confidencialitat i els desitjos del pacient.

Material

El material en el context comunitari s'orienta a facilitar intervencions terapèutiques, preventives i de promoció de la salut mental.

Espais i recursos físics:

- Disposar d'espais adequats per a l'atenció individual i grupal, assegurant privacitat, accessibilitat i confort.

- Comptar amb material terapèutic i educatiu adaptat (pissarres, material audiovisual, mobiliari ergonòmic, kits de relaxació, material per les activitats de grups i individuals, material d'escriptori, etc.).

Recursos comunitaris:

- Identificació i aprofitament dels recursos de l'entorn (centres cívics, instal·lacions esportives, espais culturals, associacions veïnals).
- Fomentar la participació de l'usuari en activitats comunitàries com a part del pla terapèutic.

Material educatiu i de suport:

- Guies informatives, fullets i materials psicoeducatius sobre salut mental, autocura, adherència al tractament i recursos disponibles.
- Material per a tallers terapèutics, programes d'habilitats socials, maneig de l'estrès o promoció del benestar.

Mitjans digitals:

- Ús d'eines tecnològiques (plataformes de seguiment, apps d'autocura, teleconsulta) que complementin l'atenció presencial i millorin la continuïtat assistencial.

 Registre

El registre en salut mental comunitària té una funció clínica, organitzativa i d'avaluació de resultats. És imprescindible registrar l'activitat i les actuacions que es realitzen als diferents dispositius per focalitzar els esforços i dissenyar objectius pertinents.

En l'àmbit comunitari s'utilitzen les eines de registre següents:

Registre clínic:

- Documentar totes les intervencions realitzades, tant individuals com grups, amb els seus objectius i evolució.
- Reflectir els contactes amb el pacient i el seu entorn, així com les coordinacions interinstitucionals efectuades.

Registre de plans terapèutics:

- Elaborar i actualitzar plans de cures o d'intervenció personalitzats, consensuats amb l'usuari i revisats periòdicament.
- Registrar indicadors de seguiment, adherència i nivell d'autonomia.

Registre d' activitat comunitària:

- Documentar les activitats de promoció, prevenció i reintegració social realitzades per l'equip.
- Portar control de participació, resultats i satisfacció dels usuaris.

Indicadors de qualitat:

Orientats a diferents àmbits de la intervenció: de procés com de resultats en salut i a diverses dimensions de la qualitat (accessibilitat, seguretat de pacient, etc.).

Alguns dels indicadors de qualitat són: estada mitjan en hospitals de dia, nombre de primeres visites versus successives, temps d'espera de persones amb codi CRS, incidències de seguretat de pacient, nombre d'esdeveniments sentinella, freqüentació, entre altres.

Professionals

Els professionals són l'eix del model comunitari d'atenció en salut mental. La seva actuació es basa en la interdisciplinarietat, la proximitat entorn de l'usuari i l'enfocament de recuperació.

Alguns dels aspectes a tenir en compte dels professionals són els següents:

Perfil i competències:

- Disposar d'equips interdisciplinaris (psiquiatria, psicologia, infermeria, treball social, teràpia ocupacional, educació social, integrador social, referent de benestar emocional).
- Formar els professionals en atenció comunitària, promoció de la salut mental, enfocament de recuperació, gestió de casos, intervenció en crisi i treball en xarxa.
- Fomentar competències en comunicació, escolta activa, treball col·laboratiu i abordatge centrat en la persona i habilitats comunicatives.

Organització de l'equip:

- Distribució clara de rols i responsabilitats.
- Referent o gestor/a de cas assignat a cada usuari per assegurar continuïtat i coherència en la intervenció.
- Reunions d'equip regulars per a seguiment de casos, planificació i coordinació d'accions.

Formació i desenvolupament professional:

- Pla anual de formació contínua adaptat a les necessitats de l'equip.
- Espais per a la reflexió ètica i clínica com supervisió, grups Balint, sessions d'equip.
- Actualització en bones pràctiques i guies d'atenció comunitària.

Benestar i autocura del professional:

- Promoció d'estratègies d'autocura i prevenció del desgast emocional o burnout.
- Supervisió de casos difícils i acompanyament emocional de l'equip.
- Cultura organitzativa basada en el suport mutu, la comunicació oberta i el reconeixement del treball.

Participació i lideratge:

- Implicació activa dels professionals en el disseny, implementació i avaluació dels programes comunitaris.
- Promoció de lideratges compartits i horitzontals dins de l'equip.

■ Docència

La docència és una funció clau dels equips de salut mental comunitària, ja que permet transmetre coneixement, promoure bones pràctiques i contribuir a la millora contínua del sistema.

Aquesta competència inclou la capacitat d'ensenyar, orientar i formar tant a altres professionals com a estudiants, pacients i la comunitat.

Alguns dels aspectes clau de la figura docent són:

- **Formació d'estudiants i residents:**
 - Acol·lir i tutoritzar estudiants de grau i postgrau (infermeria, psicologia, treball social, medicina, etc.) dins dels dispositius comunitaris.
 - Promoure l'aprenentatge en valors comunitaris: proximitat, respecte, inclusió i autonomia de la persona.
 - Facilitar espais de reflexió sobre l'experiència pràctica i l'enfocament interdisciplinari.
- **Docència entre iguals (formació interna):**
 - Compartir coneixement i experiències dins de l'equip a través de sessions clíniques, jornades internes o grups de discussió.
 - Contribuir a la formació contínua dels companys, especialment en àrees d'expertesa pròpia (gestió de casos, intervencions grupals, treball amb famílies, etc.).
- **Educació sanitària i psicoeducació:**
 - Desenvolupar activitats formatives adreçades a persones usuàries i famílies sobre temes de salut mental, autocura, adherència al tractament i habilitats de vida.
 - Participar en tallers o programes de promoció de la salut mental en l'àmbit comunitari (centres educatius, entitats socials, associacions).
- **Difusió del coneixement:**
 - Participar en jornades, congressos o grups de treball compartint experiències i bones pràctiques.
 - Promoure la publicació o presentació de projectes innovadors desenvolupats a l'àmbit comunitari.
- **Avaluació i millora docent:**
 - Recollir feedback dels participants (estudiants, companys o usuaris) per millorar la qualitat de les activitats formatives.
 - Integrar la funció docent dins dels objectius del servei o unitat, amb temps i recursos específics destinats a aquesta tasca.

Bibliografia consultada

- Documentació interna de les entitats:
 - “Guia de restricció física” de Parc Taulí Hospital Universitari.
 - “Protocol d’atenció a pacients amb agitació psicomotriu” de l’Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.
 - “Protocol d’atenció a pacients amb episodi d’agitació” de l’Hospital de Sant Rafael.
 - “Protocol d’actuació, prevenció i maneig de mesures restrictives” del Parc Sanitari Sant Joan de Déu.
 - “Protocol de maneig dels malalts ingressats a l’hospital que requereixen contenció física/immobilització” de l’Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.
 - “Protocol de contenció mecànica” de Benito Menni, CASM.
 - “Protocol de contenció” del Consorci Sanitari Terrassa.
 - “Protocol de contenció mecànica” de la Gestió de Serveis Sanitaris de Lleida.
- Circuit d’atenció urgent per a pacients amb agitació psicomotora. Protocol conjunta d’actuació en el pacient agitat. Departament de Salut.
- Serrano-Blanco A, Rubio-Valera M, Aznar-Lou I, Baladón Higuera L, Gibert K, Gracia Canales A, Kaskens L, Ortiz JM, Salvador-Carulla L. In-patient costs of agitation and containment in a mental health catchment area. BMC Psychiatry. 2017 Jun 6;17(1):212. doi: 10.1186/s12888-017-1373-4. PubMed PMID: 28583103; PubMed Central PMCID: PMC5460463.
- Rubio-Valera M, Huerta-Ramos E, Baladón L, Aznar-Lou I, Ortiz-Moreno JM, Luciano JV, Roset-Arisso PN, Salvador-Carulla L, Villagrán JM, Mayoral F, Gracia A, Serrano-Blanco A. Qualitative study of the agitation states and their characterization, and the interventions used to attend them. Actas Esp Psiquiatr. 2016 Sep;44(5):166-77. Epub 2016 Sep 1. PubMed PMID: 27644098.
- Rubio-Valera M, Luciano JV, Ortiz JM, Salvador-Carulla L, Gracia A, Serrano-Blanco A. Health service use and costs associated with aggressiveness or agitation and containment in adult psychiatric care: a systematic review of the evidence. BMC Psychiatry. 2015 Mar 4;15:35. doi: 10.1186/s12888-015-0417-x. Review. PubMed PMID: 25881240; PubMed Central PMCID: PMC4356166.
- Marina Garriga, Isabella Pacchiarotti, Siegfried Kasper, Scott L. Zeller, Michael H. Allen, Gustavo Vázquez, Leonardo Baldaçara Luis San, R. Hamish McAllister-Williams, Konstantinos N. Fountoulakis, Philippe Courtet, Dieter Naber, Esther W. Chan, Andrea Fagiolini, Hans Jürgen Möller, Heinz Grunze, Pierre Michel Llorca, Richard L. Jaffe, Lakshmi N. Yatham, Diego Hidalgo-Mazzei, Marc Passamar, Thomas Messer, Miquel Bernardo and Eduard Vieta. Assessment and management of agitation in psychiatry: Expert consensus THE WORLD JOURNAL OF BIOLOGICAL PSYCHIATRY, 2016 VOL. 17, NO. 2, 86–128

- Resolució 314/XI del Parlament de Catalunya, sobre l'elaboració d'un protocol sobre la contenció mecànica. Octubre 2016. Disponible a:
<https://www.parlament.cat/document/bopc/179063.pdf>
- Kaunomaki J, Jokela M, Kontio R, Laiho T, Sailas E, Lindberg N. Interventions following a high violence risk assessment score: a naturalistic study on a Finnish psychiatric admission ward. BMC Health Serv Res. 2017;17:26.
- Commissioning O, Unit S. http://www.nhsstaffsurveys.com/Caches/Files/NHS_staff_survey_nationalbriefing_Final_24022015_UNCLASSIFIED.pdf. Brief Note Issues Highlighted By 2014 NHS
- Staff Surv Engl. 2015. Comitè d'Ètica de Serveis Socials de Catalunya. Document de reflexió sobre contencions. 2015. Disponible a:
http://dixit.gencat.cat/web/.content/home/04recursos/08etica_aplicada_als_serveis_socials/01comite_d_etica/Document_reflexio_contencions.pdf
http://dixit.gencat.cat/web/.content/home/04recursos/08etica_aplicada_als_serveis_socials/01comite_d_etica/Document_reflexio_contencions.pdf
- Montoya A, Valladares A, Lizán L, San L, Escobar R, Paz S. Validation of the Excited Component of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS-EC) in a naturalistic sample of 278 patients with acute psychosis and agitation in a psychiatric emergency room. Health Qual Life Outcomes. 2011 Mar 29;9:18.
- Alonso A, Laenen A, Molenberghs G, Geys H, Vangeneugden T: A unified approach to multi-item reliability. Biometrics 2010, 66:1061-8.
- Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona. Comissió Deontològica. Consideracions davant les contencions físiques i/o mecàniques: aspectes ètics i legals. Barcelona: 2006. Disponible a: <http://www.cob.cat/Detall.aspx?tipus=noticia&idDetall=2534>
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. <https://www.boe.es/boe/act.php?id=BOE-A-2002-22188>
- Quaderns de la Bona Praxi "Contencions" CONSELL DE COL·LEGIS DE METGES DE CATALUNYA Abril 2013. Disponible a:
<https://www.comb.cat/cat/actualitat/publicacions/bonapraxi/praxi32.pdf>
- Capezuti, E., Brush, B., & Meleis, A. (2019). Restraint use in nursing homes: Risk, ethics, and alternatives. Geriatric Nursing, 40(2), 139-146.
- Shippee, T., Lapane, K., & Samuels, M. (2021). Reducing physical restraints in nursing homes: Evidence and strategies. Journal of Gerontological Nursing, 47(5), 35-42.

- Ministerio de Sanidad, España. (2020). Guía de buenas prácticas sobre el uso de sujeciones físicas en personas mayores. Madrid: Ministerio de Sanidad.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). Patient safety and older adults: Reducing harm in residential care. Ginebra: OMS