



JUNTA DE ANDALUCIA

CONSEJERÍA PARA LA IGUALDAD
Y BIENESTAR SOCIAL

PDITC

PROTOCOLOS
DE INTERVENCIÓN CON

**PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL
Y TRASTORNOS GRAVES DEL COMPORTAMIENTO**

ENTIDADES Y PERSONAS QUE HAN PARTICIPADO EN LA ELABORACIÓN DEL PRESENTE DOCUMENTO



COORDINACIÓN:

DIRECCIÓN GENERAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD.
CONSEJERÍA PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL.
JUNTA DE ANDALUCÍA.

Catalina Cobo Molina

ENTIDADES:

ASANSULL

Emilia Alcocer Martínez

CENTRO ASISTENCIAL SAN JUAN DE DIOS DE MÁLAGA

Petra Morente Castañeda

MATER ET MAGISTRA

Beatriz Naranjo Antúnez

PAZ Y BIEN

José Luis Gordillo García

Manuel Masegoza Palma

Marco Parrado Román

UNIVERSIDAD PABLO DE OLAVIDE

Rosa M^a Díaz Jiménez

PROTOCOLO 5

**PROTOCOLO
SOBRE EL USO DE MEDIDAS COERCITIVAS
(CONTENCIÓN EN RECURSO ESPECÍFICO)**

PROTOCOLO SOBRE EL USO DE MEDIDAS COERCITIVAS (CONTENCIÓN EN RECURSO ESPECÍFICO)

PLANTEAMIENTO INICIAL

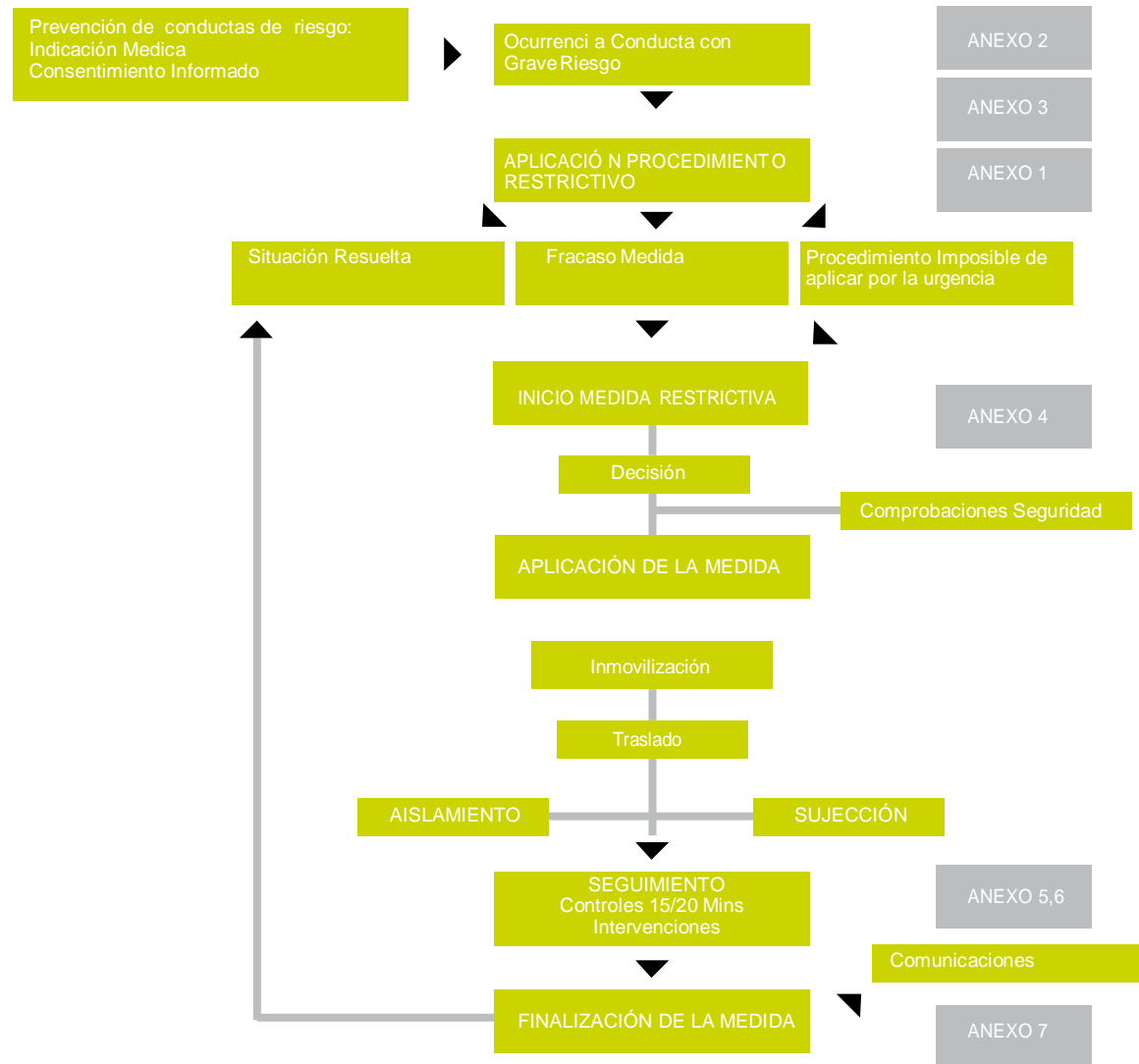
El uso de las llamadas medidas coercitivas, como el Aislamiento o la Sujeción, entendidas éstas como “Cualquier método de responder a una conducta desafiante que implique algún grado de fuerza física dirigida a limitar o restringir el movimiento o la movilidad” (Harris y cols., 1996) forma parte del abanico de intervenciones en las Residencias para personas con Discapacidad Intelectual y Trastornos Graves del Comportamiento, y como tales deben estar indicadas en los PII y/o protocolizadas en la programación general del Centro.

El uso de la fuerza física y la posible restricción de derechos del residente deben estar justificados por el fracaso de otro tipo de actuaciones y/o la existencia de un riesgo cierto e inminente para la persona o para terceras personas, formando parte del conjunto de intervenciones específicas de este tipo de Centros, aunque también se trata de intervenciones necesarias derivadas de la obligación legal que conlleva la situación de guarda de hecho de quienes están en una Residencia de Psicodéficientes, garantizando su seguridad física, psíquica y jurídica.

Las implicaciones éticas y legales que tales intervenciones tienen y su complejidad de ejecución aconsejan que su uso esté protocolizado en el ámbito de la Comunidad Autónoma, rigiéndose por los principios de: respeto de la dignidad, legalidad, necesidad, congruencia, proporcionalidad y prohibición de excesos, temporalidad, idoneidad de medios, documentación de actuaciones y fiscalización.

PROTOCOLO SOBRE EL USO DE MEDIDAS COERCITIVAS (CONTENCIÓN EN RECURSO ESPECÍFICO)

PROCEDIMIENTO



PROTOCOLO SOBRE EL USO DE MEDIDAS COERCITIVAS (CONTENCIÓN EN RECURSO ESPECÍFICO)

Desde el punto de vista legal, estas medidas son consideradas como actos médicos, es decir se trata de intervenciones especificadas (protocolizadas) y planteadas como respuesta ante situaciones previsibles de riesgo y previstas en el Plan Individual de la persona usuaria o en los Procedimientos Generales de la Residencia. En el primer caso, la indicación médica de dicha medida se considera posible y está formulada con antelación y por escrito (ver Anexo 2), contando con el consentimiento informado del tutor o tutora del residente (ver Anexo 3).

En el segundo caso la indicación la apreciará el personal que en ese momento esté presente y será ratificada, o sustituida por otra más adecuada, una vez que el facultativo sea informado por el personal que aplicó la medida, tanto de la conducta de riesgo presentada como de las medidas restrictivas que fue preciso adoptar.

Las medidas deben ponerse en marcha cuando se dan unas condiciones mínimas, como existencia de medios

suficientes para aplicarlas, presencia de personal suficiente y entrenado, así como la evidencia de que o no existen o han fracasado otras medidas para controlar la situación.

Indicaciones

Las medidas deben aplicarse en alguno de los siguientes supuestos:

1. Riesgo de lesiones a terceras personas.
2. Riesgo de lesiones a sí mismo/a.
3. Riesgo de interrupción de procesos terapéuticos del propio residente o de otros residentes.
4. Evitar daños significativos en el servicio.
5. Para reducir estímulos sensoriales (en aislamiento)
6. Como intervención en tratamiento conductista pactado antes (debe haber una referencia al punto concreto del PII donde se contempla tal intervención)
7. Otras indicaciones (valorando si la medida, generalmente el Aislamiento, queda como última alternativa) :

a. Destrucción de las propiedades de otros/as.

b. Gritos incontrolables por otros medios.

c. Ensuciar reiteradamente la habitación u otras zonas del centro con alimentos o excrementos.

d. Exhibición reiterada del cuerpo desnudo ante los demás.

e. Masturbación en público.

f. Persecución reiterada con intenciones sexuales de otros residentes o personal de la residencia.

g. Tocamientos eróticos no solicitados a otros residentes o al personal de la residencia.

h. Conductas de provocación que desencadenan la agresividad de otros residentes.

Contraindicaciones

Las situaciones en las que **NO** deberá aplicarse una restricción de movimientos serían:

1. Cuando las características físicas y psicológicas del usuario o usuaria así lo recomienden.

PROTOCOLO SOBRE EL USO DE MEDIDAS COERCITIVAS (CONTENCIÓN EN RECURSO ESPECÍFICO)



2. Cuando los trastornos de conducta ocurridos con anterioridad a este usuario o usuaria, han podido ser resueltos siempre de forma verbal.
3. Cuando la violencia de/la usuario/a tiene un marcado carácter delictivo.
4. Como un castigo más que se aplica a la persona conflictiva.
5. Como respuesta ante el rechazo al tratamiento farmacológico.
6. Porque exista antipatía o aversión para con un/a determinado/a usuario/a.
7. Como respuesta ante una conducta molesta.
8. Como castigo ante una transgresión de las normas del centro.
9. Por conveniencia o comodidad del personal del centro.
10. Uso de forma indiscriminada por deseo de la persona usuaria.

Actuaciones para la aplicación de la medida

El personal de atención directa que se encuentre en un contacto más estre-

cho con los usuarios y usuarias hará las primeras observaciones que alerten sobre la indicación de la sujeción y/o aislamiento, comunicando al personal técnico la situación y/o tomando las medidas previstas para tales casos si las circunstancias no hacen posible tal comunicación.

Antes de decidir finalmente la medida debe iniciarse un **procedimiento alternativo** que pueda evitarla:

Abordaje verbal, Modificación del contexto, Inclusión o exclusión de alguna persona, Distracciones lúdicas, Conversación familiar, Medicación oral y/o inyectable (ver Anexo 1), conforme a lo previsto en el PII del Residente o los Procedimientos generales de la Residencia y sólo una vez fracasado éste se decidirá aplicar una medida de aislamiento o de contención física.

En ausencia de personal facultativo, el personal de atención directa decidirá la medida, haciendo los preparativos correspondientes, comunicando la decisión a la dirección del Centro y al

facultativo médico/a, dejando constancia de todo ello en el Formulario de Inicio, con su firma, fecha y hora (ver Anexo 4).

La actuación posterior habrá de desarrollarse conforme a este Protocolo y con el acuerdo y las indicaciones terapéuticas adicionales del personal facultativo cuando esté presente.

Previo a la aplicación de la medida hay que considerar ciertas comprobaciones de seguridad:

- Correcto estado de la cama y de las correas de sujeción (completas y en buen estado), la sujeción de cintura fijada previamente, así como que la cama esté frenada (en el caso de que ésta no esté fijada al suelo).
- Confortabilidad de la sala (luz, aireación, limpieza, temperatura)
- Asegurar la seguridad propia retirando objetos potencialmente inseguros (gafas, colgantes, reloj, etc.) tanto del personal que interviene como de la persona atendida,
- Retirar objetos potencialmente peli-

PROTOCOLO SOBRE EL USO DE MEDIDAS COERCITIVAS (CONTENCIÓN EN RECURSO ESPECÍFICO)

grosos que estén en la proximidad de las zonas donde se realizará la medida

- Asegurarse de que hay personal suficiente para aplicar la medida
- Recordar las cuestiones relativas a la seguridad del paciente (si tiene gafas o prótesis, si tiene alguna herida o lesión que pueda agravarse durante la aplicación de la medida) y cuantas recomendaciones puedan existir en su Expediente para tales situaciones.
- Hacer un plan de actuación donde cada persona tenga claro el papel que va a desarrollar, permitiéndose una acción coordinada bajo la dirección de una única persona, designada previamente.

Aplicación de la Medida de Aislamiento.

Debe explicarse al usuario o usuaria, de manera clara, concisa y serena, que vamos a aplicar la medida para garantizar su seguridad y la de otros residentes, asegurándole que la medida cesará en cuanto se esté se-

guro que ha desaparecido la situación de riesgo.

La explicación debe hacerse en **presencia del personal** que va a aplicar la medida, buscando el efecto disuasorio de una presencia suficiente y decidida de personas, así como asegurando que la reacción del/la usuario/a haga precisa su inmovilización y traslado.

Mientras se está procediendo a la inmovilización, con el consiguiente forcejeo, y organizando el traslado a la sala pertinente, parte del personal se dedicará al **resto de personas usuarias**, intentando trasladarlas a otro entorno, distrayendo su atención sobre el acontecimiento o bien manteniendo un nivel de actuación semejante al que existía previamente al incidente, normalizando la situación sin dar más importancia a lo sucedido.

En caso de ser necesaria la **inmovilización** hay que procurar que ésta se haga de los miembros inferiores, los miembros superiores y de la cabeza, a ser posible con una persona dedi-

cada a cada parte.

Si el usuario o usuaria no muestra oposición puede bastar con sujetarle por ambas muñecas, con la otra mano sujetando el brazo a la altura de la axila. En caso necesario puede ejercerse una presión fijadora tirando de la muñeca hacia abajo y de la axila hacia arriba.

Una vez inmovilizada la persona se la **trasladará** a la Sala de Aislamiento.

Durante la inmovilización y traslado el personal debe permanecer tranquilo y en silencio, siendo la persona designada la **única que se dirija al usuario/a**, y siempre para explicarle que la medida se adopta en aras de la seguridad y que cesará en el momento que desaparezca el riesgo.

Antes de que el usuario o usuaria quede en la Sala de Aislamiento hay que retirar cuantas pertenencias y objetos puedan suponer un riesgo.

Aplicación de la Medida de Sujeción Física.

Para la explicación al usuario o usua-

PROTOCOLO SOBRE EL USO DE MEDIDAS COERCITIVAS (CONTENCIÓN EN RECURSO ESPECÍFICO)



1

Un Juego de correas de sujeción mecánica completo (con independencia de que la sujeción sea total o parcial) suele estar compuesto por: Cinturón ancho abdominal, 2 cintas para los miembros superiores, 2 cintas para los miembros inferiores, correas para sujeción de tronco y hombros. Botones o anclajes compuestos por los botones de sujeción y sus correspondientes cierres.

ria, atención al resto de personas, inmovilización y traslado son de aplicación los comentarios anteriores.

Hay que procurar que la persona adopte una **posición anatómica** ya sea sobre la cama o sobre una silla de ruedas. Se elegirá la posición de decúbito supino, que facilita la administración de medicación o el aseo. Asimismo se procurará que su **indumentaria** sea cómoda y no sea restrictiva. Si no fue posible antes por el estado de agitación del usuario o usuaria, se le puede cambiar progresivamente de ropa una vez colocadas algunas de las correas de sujeción. Sujetaremos, como mínimo, las dos manos o dos extremidades alternas, o bien las cuatro extremidades más el tronco y la cadera.

Para la sujeción utilizaremos siempre sistemas homologados¹, se harán en zonas distales de las extremidades (muñecas y tobillos) y en el tronco, de acuerdo a la indicación dada por quién ordena la contención.

Mientras se le sujeta, un miembro del

equipo debe **tranquilizar** al usuario o usuaria permaneciendo visible para él o ella y dándole explicaciones.

En primer lugar se sujeta el **tronco**, mediante la correa más ancha, cuidando que no esté floja, porque podría deslizarse por ella y ahorcarse, ni tampoco excesivamente fuerte, que le dificulte la respiración.

Posteriormente se sujetan los **brazos**, extendidos a lo largo del cuerpo y separados ligeramente de éste, fijando las muñecas mediante cintas ajustadas al travesero de la cama.

Las **piernas** se sujetan extendidas y ligeramente abiertas para poner las cintas en los tobillos y fijarlas al travesero de la cama.

La **cabeza** de la persona debe estar ligeramente levantada para disminuir sus sentimientos de indefensión y para reducir la posibilidad de aspiración pulmonar.

Hay que evitar en todo momento arrastrarla y tirar de sus extremidades para evitar lesiones.

Una vez **finalizada la aplicación de las correas** de sujeción hay que asegurarse que:

- Las fijaciones estén bien aseguradas y los puntos de contacto de las sujeciones estén acolchados con un material suave.
- Se han retirado o aflojado cinturones, ropa que apriete, anillos, pendientes, collares, relojes, cadenas (que pueden lesionar o estrangular)
- La habitación está bien ventilada, a temperatura ambiente, agradable en verano pero no fría o caldeada en invierno pero no sofocante.
- La posición del usuario o usuaria e permite recibir los tratamientos y cuidados adecuados.

El personal actuante saldrá de la habitación de forma gradual y sin prisas, mostrándose tranquilo y evitando los comentarios delante de la propia persona o bien delante de otros, fuera ya en la sala de contención.

La persona que ha coordinado el pro-

PROTOCOLO SOBRE EL USO DE MEDIDAS COERCITIVAS (CONTENCIÓN EN RECURSO ESPECÍFICO)

cedimiento deberá completar la documentación necesaria y ponerlo en conocimiento de la dirección para que se ponga en marcha el seguimiento adecuado.

Seguimiento

Durante el tiempo de aplicación de una Medida Coercitiva debe realizarse una vigilancia continuada del usuario o usuaria, garantizando en todo momento su seguridad y confortabilidad y evaluando periódicamente si la situación que motivó la medida se ha modificado y se puede decidir su finalización.

El seguimiento debe quedar regulado en cuanto a la persona que debe realizarlo, frecuencia de los controles y actuaciones a realizar durante los mismos, documentándose todas las actuaciones en el correspondiente Formulario de Seguimiento (ver Anexos 5 y 6).

Las Pautas de Seguimiento son:

1. Frecuencia de los controles: la observación y visita a la persona usuaria en aislamiento, o sujeción, se realizarán cada 15-20 minutos como máximo, anotando las incidencias que aparezcan en cada una de ellas.

2. Contenido de los controles:

- Postura del usuario/a,
- Temperatura ambiental y temperatura corporal,
- Higiene e hidratación,
- Estado de las sujeciones
- Estado de las zonas de sujeción: palidez o cianosis por falta de circulación, hematomas, dolor.
- Actitud y Estado del usuario o usuaria, sobre todo en relación a la situación que motivó la sujeción física

3. Intervenciones

- Ante el riesgo de tromboembolismo por la inmovilización (personas con problemas circulatorios y/o tratamientos anticoagulantes) y también para confirmar cómo evoluciona el estado mental del residente se debe liberar una extremidad de las cuatro cada 30

minutos, siempre que el estado de la persona lo permita. También se pueden realizar cambios posturales si la persona se mantiene inmóvil y realizar masajes para facilitar el riego sanguíneo.

- Mantener la comunicación durante la aplicación de los cuidados (contacto visual, tranquilizar, uso del contacto físico si se considera oportuno).

- Regular y controlar la temperatura de la habitación.

- Ayudar al residente en su higiene personal. Cambiar su ropa si es necesario

- Ofrecer alimentos y líquidos. Asegurar hidratación adecuada.

- Atención a sus necesidades fisiológicas: acompañarle al cuarto de baño, facilitar cuña u orinal o cambiar pañales de incontinencia, con la frecuencia necesaria y atendiendo a sus deseos de evacuación y facilitando intimidad.

4. Finalización de la Medida

a. El tiempo máximo recomendable para una sujeción debe ser de 4 ho-

PROTOCOLO SOBRE EL USO DE MEDIDAS COERCITIVAS (CONTENCIÓN EN RECURSO ESPECÍFICO)



ras, con controles cada 15-20 minutos y si la situación clínica fuese tan grave que requiriese ser prolongada deberá ser indicado en el Formulario de Seguimiento.

b. El tiempo máximo de aislamiento será de 2 horas, con controles cada 15-20 minutos. Si pasado este tiempo el usuario o usuaria sigue presentando la conducta problema, se valorará su continuidad en aislamiento o el paso a sujeción mecánica.

c. En caso de cambio de turno y darse la situación anterior, deberá ser puesto en conocimiento del turno entrante quienes deben valorar su continuación o finalización, justificándolo en cada caso.

d. El tiempo máximo para prolongar una sujeción y/o aislamiento es de 8 horas. Si el usuario o usuaria sigue con la misma actitud, se comenzará de nuevo todo el proceso desde el principio.

e. En caso de que el usuario o usuaria haya focalizado su agitación hacia algún/a monitor/a, debiera ser éste/a

quien, una vez pasada la agitación inicial de la medida, vaya asumiendo la recuperación de la persona a lo largo del seguimiento

f. Durante el seguimiento se valorará el estado de la persona, prestando especial atención a la agitación que pueda mostrar, y a que asuma y reconozca lo necesario de la utilización de la medida.

g. En el caso de que exista algún tipo de consecuencia para la persona por su comportamiento se le comunicará antes de salir de la contención, esperando la aceptación de las mismas.

La persona o personas encargadas del seguimiento deben tener en cuenta la dignidad y autoestima del usuario/a, ya que la pérdida de control y la imposición de sujeción mecánica pueden resultarle penosas.

Comunicación

Las medidas aplicadas deben ser comunicadas, preferentemente de forma oral y con la mayor rapidez posible a

la persona responsable y al médico/a del Centro, al familiar responsable o tutor/a del usuario/a, al resto de personal del Centro y a la Autoridad Judicial.

- A la Dirección del Centro, antes de aplicar la medida o, de no ser posible la comunicación con la misma, en cuanto sea posible,

- Al médico/a del Centro, en cuanto sea posible, para que ratifique o modifique la medida

- Al resto del personal del turno, que no haya intervenido en la aplicación de la medida, en cuanto sea posible, Al personal del turno siguiente, en el momento del cambio de turno

- A la familia o tutor/a, en cuanto sea posible

- A la Fiscalía de Incapaces de la Audiencia Provincial, cuando la Medida coercitiva se hace habitual (se aplique reiteradamente varios días en una semana) y/o supera el tiempo máximo de 8 horas, comunicándose por escrito al día siguiente.

- Al Juzgado de Primera Instancia de

PROTOCOLO SOBRE EL USO DE MEDIDAS COERCITIVAS (CONTENCIÓN EN RECURSO ESPECÍFICO)

la localidad donde se ubique el Centro específico, mediante escrito (ver Anexo 7) y en los mismos supuestos que la comunicación a la Fiscalía.

Documentación

El personal de atención directa que decidió la medida y participó en su seguimiento debe dejar constancia de todas las incidencias y actuaciones relacionadas con la medida coercitiva.

Estos registros permiten que quede constancia en el Expediente de la persona y, al mismo tiempo, que pueda hacerse una eventual fiscalización del procedimiento.

Para la correcta documentación deben existir los siguientes Documentos:

- Hoja médica indicando la Medida (Anexo2)
- Formulario de Consentimiento Informado (Anexo 3)
- Formulario de Inicio de la Medida (Anexo4)
- Formularios de Seguimiento de las

Medidas (Anexos 5: Aislamiento, y 6: Sujeción)

- Formulario de Comunicación al Juzgado de la Medida (Anexo 7)

El Centro debe comprobar la correcta cumplimentación de los diversos Formularios, emitiendo informes periódicos sobre las medidas adoptadas con cada persona usuaria y en el conjunto del Centro, haciendo recomendaciones a su personal para la mejor aplicación de este Protocolo.

RECOMENDACIONES DE BUENAS PRÁCTICAS

- El que una Medida Restrictiva se ajuste al Protocolo es una garantía de calidad y legalidad
- La decisión de aplicar una Medida Restrictiva no es sólo responsabilidad de quien la adopta, sino también de quienes, trabajando en el mismo turno, son solidarios con ella.
- Para saber si una actuación ha sido ajustada debiera cumplir la “regla de las cinco les”: Indiscutible (responde

a una necesidad evidente), Indemne (sin riesgo ni para quien la recibe ni para quien la aplica), Inmediata (sin retrasos y aplicada con agilidad y eficacia), Inevitable (el último recurso ante un riesgo evidente) e Intachable (respetuosa con la persona y con el procedimiento).

- Un usuario o usuaria sometido a restricción o aislamiento será mantenido en condiciones dignas y bajo el cuidado y la supervisión inmediata y regular de personal cualificado.

- Se dará pronto aviso de toda restricción física o aislamiento involuntario de usuarios/as a sus representantes, de haberlos y de proceder.

- Los Centros deben promover actividades de Formación Continuada para que su personal esté adecuadamente entrenado en estas prácticas, así como realizar revisiones periódicas del Protocolo y su aplicación a fin de detectar problemas y promover mejoras.

PROTOCOLO SOBRE EL USO DE MEDIDAS COERCITIVAS (CONTENCIÓN EN RECURSO ESPECÍFICO)



ANEXO 1

ABORDAJE ALTERNATIVO a la sujeción mecánica y/o aislamiento.

Antes de proceder a la puesta en práctica de la sujeción mecánica y/o aislamiento, es necesario haber agotado antes otras opciones, como

1.-Abordaje verbal

2.-Modificación del contexto

3- Inclusión o exclusión de alguna persona

4.-Distracciones lúdicas.

5.-Conversación familiar.

6.-Medicación oral y/o parenteral.

1.- Abordaje verbal (ante un usuario o usuaria agitado).

Antes de hablar con la persona debemos informarnos sobre la misma: antecedentes, situación clínica, etc., para conocer las posibilidades de manejo que ofrece la situación.

- Si es posible, hablaremos en un des-

pacho que nos permita cierta intimidad, la puerta estará abierta o semia-bierta; no habrá obstáculos para salir ni para la persona, ni para quién hable con ella; una mesa interpuesta entre ambos aumenta la seguridad, otra persona acompañándonos, también.

- Ambos estarán sentados, nunca uno a nivel más alto que el otro; no mirar fijamente a los ojos.

- Escuchar a la persona. Dirigirse a ella en tono suave, relajado y seguro, nunca de forma intimidatoria o provocativa.

- No buscar la confrontación de ideas, razones, etc., sino alianzas sencillas que le tranquilicen y refuercen su sentido de la realidad. Ofrecerle salidas airoasas.

- Ser flexible en el diálogo, pero los límites que tanto la institución como el personal estén dispuestos a no ver desbordados, han de quedar bien claros.

- Reconocer el carácter transitorio de la crisis que sufre y potenciar su autoestima.

- Negociar soluciones en base a las propuestas que hace la persona y las que puede ofrecerle la institución.

Puede hacerse una Evaluación del riesgo de violencia:

- Valorar la ideación violenta así como el deseo, intención y planes que exhibe la persona. Evaluar los medios con los que cuenta y los pasos que ha dado para ejecutar sus planes violentos. Valorar, igualmente, el deseo de ayuda que pueda estar mostrando el usuario o usuaria para que se le impida actuar con violencia

- El riesgo es mayor si el sujeto tiene alguna característica sociodemográfica relacionada con conducta violenta: sexo masculino, edad entre 15-24 años, nivel socioeconómico bajo y escasos apoyos sociales; daño neurológico de base y/o uso de tóxicos.

- Valorar los antecedentes de violencia previos, las manifestaciones precursoras de la violencia (modo de caminar o expresarse, etc.) como signos predictores, los actos antisociales no

PROTOCOLO SOBRE EL USO DE MEDIDAS COERCITIVAS (CONTENCIÓN EN RECURSO ESPECÍFICO)

violentos, descontrol de los impulsos (juego compulsivo, abuso de sustancias, tentativas suicidas o lesiones autoinflingidas, psicosis).

-Valorar también la presencia de factores estresantes (conflictividad familiar, conyugal, etc.)

Opciones ante el riesgo inminente de violencia.

- Advertir a la persona de que la violencia no es aceptable.
- Proponerle resolver problemas por la vía del diálogo.
- Ofrecerle un tratamiento farmacológico que le ayude a ver las cosas más relajadamente.
- Desviar su atención hacia otros intereses lúdicos dentro del mismo servicio.
- Facilitar el diálogo con familiares y otros visitantes, si ello es posible.
- Informarle de que se recurrirá a la sujeción mecánica y/o aislamiento si la ocasión lo requiriese.
- Hacer una exhibición de fuerza (p.ej., miembros del personal dispuestos a

poner en práctica la sujeción).

2.- Modificación del contexto.

Atenuando la luz o reduciendo los estímulos luminosos o acústicos, poniendo música que resulte relajante o poniendo en marcha actividades que capten la atención de la persona y le distraigan de su problema.

3.- Inclusión o exclusión de alguna persona.

Se puede evitar que el usuario o usuaria esté en contacto ocular con alguna persona con la que haya protagonizado algún incidente reciente o con la que mantenga una clara relación de enemistad.

También se puede hacer salir de la sala a personas que actúen de público de la conducta de la persona, reforzando así la escalada en su conducta

Asimismo, la presencia de personas con las que este/a usuario/a mantiene relación de cordialidad o confianza puede actuar como estímulo para su autocontrol.

4.-Distracciones lúdicas.

Podemos ofrecer al usuario/a otras opciones que contribuyan a que la situación se desactive. Una de ellas es la integración del mismo en alguna clase de actividad lúdica que el servicio pueda proporcionarle. Ello distraerá su atención del origen de su agitación y/o violencia y contribuirá a la sedación por la actividad.

5.- Conversación familiar.

Cuando ello sea posible, y no esté especialmente contraindicado, la conversación con algún familiar, sobre todo si tiene algún ascendiente sobre el usuario/a, puede contribuir a la desactivación de la situación generada por la misma.

PROTOCOLO SOBRE EL USO DE MEDIDAS COERCITIVAS (CONTENCIÓN EN RECURSO ESPECÍFICO)



6.- Medicación oral y/o inyectable.

Otra alternativa posible es ofrecer a la persona, en el contexto de la intervención verbal o fuera de ésta, la administración de algún medicamento que le ayude a relajarse para poder percibir las cosas con mayor objetividad. No hay que decirle que la medicación es para tranquilizarle, ya que puede mostrarse hostil a la idea (“¡estoy muy tranquilo!”), sino como una ayuda “para que no tenga que soportar la crisis que atraviesa a “pelo”, sin nada.

BIBLIOGRAFÍA DE CONSULTA

BIBLIOGRAFÍA DE CONSULTA



- Aman MG, Singh NN, Stewart AW, Field CJ. (1985). The aberrant behaviour checklist (ABC): a behavior rating scale for the assessment of treatment effects. *Am J Ment Defic*; 89(5):485-91.
- Asociación Paz y Bien (2009). Protocolo de Medidas Restrictivas. Residencia Santa María. Asociación Paz y Bien. Sevilla.
- Ainscow, M. (2001). Desarrollo de escuelas inclusivas. Ideas, propuestas y experiencias para mejorar las instituciones escolares. Narcea. Madrid.
- Badía A, Mauri T, Monereo C (2004). La práctica psicopedagógica en educación formal. UOC. Barcelona .
- Bonals J, Sanchez Cano M (2007). Manual de Asesoramiento Psicopedagógico. Crítica y Fundamentos 17. Graó. Barcelona.
- Canal Bedía R (1998). El proceso para instaurar programas de apoyo conductual positivo en servicios residenciales. *Siglo Cero* nº179; 29(5):11-22.
- Carr, E. G., Levin, L., McConnachie, G., Carlson, J. I., Kemp, D. C. y Smith C. E. (1996). Intervención comunicativa sobre los problemas de comportamiento. Alianza Psicología. Madrid.
- Carulla LS, Novell Alsina R (2002). Guía práctica de la Evaluación Psiquiátrica en el retraso mental. Ed. Asociación Española para el estudio científico del retraso mental. Madrid.
- Coller X(2005). Estudio de casos. Cuadernos metodológicos nº 30. CIS. Madrid.
- Ibáñez J (1979). Más allá de la sociología. El grupo de discusión: técnica y crítica. Siglo XXI. Madrid.
- Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades (1993). Apoyo Conductual Positivo. Manuales de trabajo en centros de atención a personas con discapacidad de la Junta de Castilla y León.
- Consejería de Salud. Junta de Andalucía (2006). Proceso asistencial integrado. Trastorno Mental Grave. Anexo 6: Normas de Calidad en la contención mecánica de pacientes con TMG. Junta de Andalucía. Sevilla.
- Echeita G (2006). Educación para la inclusión. Educación sin exclusiones. Morata. Madrid.
- Elorriaga J, Ferrer R, Fuentetaja A, Garrofe R, Rey F, Rueda P (1997). Atención al cliente y calidad del servicio. *Siglo Cero* Nº 169, 28(1):19-44.
- Flick U (2004): Introducción a la investigación cualitativa. Morata. Madrid.

Verdugo Alonso MA, Crespo M, Badía M, Arias B (2008). Metodología en la investigación sobre discapacidad. Introducción al uso de las ecuaciones estructurales. VI Simposio científico SAID. Inico. Salamanca.

Franco M (1998). Trastornos mentales y de conducta en el retraso mental. Ed. Edintras. Zamora.

Gine C (2006). El asesoramiento desde la perspectiva de la educación inclusiva. En: Monereo C, Pozo JI: La práctica del asesoramiento educativo a examen. Graó. Barcelona.

Gresham FM, Davis CJ (1988). Behavioral interviews with teachers and parents. En: Shapiro ES, Kratochwill TR. Behavioral assessment in schools. Conceptual foundations and practical applications. The Guilford Press. Nueva York.

Horner RH, Dunlap G, Koegel RL,

Carr EG, Sailor W, Anderson J, Albin RW, O'Neill RE (1990). Toward a technology of "nonaversive" behavioral support. *Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps*; 15:125-132.

Hurber y Baruth (1996). *Terapia Racional Emotiva*. Herder, Barcelona.

La Vigna GW (1991). Dificultades conductuales y modificación de conducta no-aversiva. Ed. Fundación Uliazpi. San Sebastián.

Mata G, Carratalá A. (2008). *Planificación Centrada en la Persona*. Cuadernos de Buenas Prácticas FEAPS N° 4. FEAPS. Madrid.

Novell Alsina R, Rueda Quillet P, Salvador Carulla L. (2004). *Salud mental y alteraciones de la conducta en las personas con discapacidad intelectual*. 3ª edición. Colección FEAPS. Madrid.

Pérez Marín J, Buil Baena M. Proyecto para implantación de un protocolo de actuación que dé cobertura legal a la adopción de medidas coercitivas a personas dependientes, mayores y deficientes mentales con graves problemas de conducta en situación de agitación (Proyecto KATY). Proyecto de investigación financiado por el IMSERSO, convocatoria de subvenciones de acuerdo con la Orden TAS/1588/2005 de 20 de Mayo de acuerdo con la resolución de 2 de junio de 2005 (sin publicar).

Ramos Brieva JA (1999). *Contención mecánica. Restricción de movimientos y aislamiento*. Manual de uso y protocolos de procedimiento. Masson Editores. Barcelona.

Tamarit J (1995). *Conductas desafiantes y autismo: un análisis contextualizado*. En: Tamarit, J. et al. *La atención a alumnos con necesidades educativas graves y permanentes*. Gobierno

BIBLIOGRAFÍA DE CONSULTA



de Navarra, Dto. de Educación, Cultura, Deporte y Juventud. Pamplona.

Verdugo, MA (2006). Cómo mejorar la vida de las personas con discapacidad intelectual. Instrumentos y estrategias de evaluación. Amarú. Salamanca.

PDITC

**PROTOCOLOS
DE INTERVENCIÓN CON
PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL
Y TRASTORNOS GRAVES DEL COMPORTAMIENTO**



UNIÓN EUROPEA
Fondo Social Europeo



JUNTA DE ANDALUCIA