

Drets humans, Ètica i Salut Mental (I)

Reflexions i propostes respecte a la regulació del
Tractament Ambulatori Obligatori

Estudi sobre les Mesures Restrictives en unitats
hospitalàries de Salut Mental:
Contenció Mecànica / Aïllament

**Documents elaborats pel Grup Promotor del Comitè d'Ètica
Assistencial:**

Josep M. Busquets
Montserrat Carbonell
Belen Díaz
Josefina Fernández
Sabel Gabaldón
Roser Guillamat
José Leal
M. Jesús Rufat
Mercè Teixidó
Antoni Vaquerizo
Sílvia Ventura

Coordinadors:

Alicia Roig i Jordi Marfà

Barcelona, febrer 2005

Índex

1) Presentació	4
2) Reflexions i propostes respecte a la regulació del Tractament Ambulatori Obligatori	6
3) Estudi sobre les Mesures Restrictives en unitats hospitalàries de salut mental: Contenció Mecànica / Aïllament	12
<i>I) Introducció</i>	12
<i>II) Estudi sobre els Protocols de Mesures Restrictives</i>	14
<i>III) Comentaris als resultats de l'estudi</i>	18
<i>IV) Recomanacions</i>	22
<i>V) Bibliografia</i>	27
<i>VI) Annex: Indicadors d'avaluació de protocols de mesures restrictives</i>	28

Edita: Fundació Congrés Català de Salut Mental.

Coordinació editorial: Departament de publicacions de FCCSM.

Disseny gràfic: Vanessa Llinares y Ana Herrera.

Assessoria lingüística i estilística: Arantza Diez.

Impressió: Offset Infanta

Fundació Congrés Català Salut Mental (FCCSM)

C/ Còrsega, 257 pral.

08036 Barcelona

Tel.: 93 238 62 47

A/E: info@fccsm.net

Web: www.fccsm.net

El **Grup Promotor del Comitè d'Ètica Assistencial** (Fundació Congrés Català de Salut Mental) va ser creat l'any 2003 i el componen diversos professionals de la Salut Mental, la Sanitat i la Justícia.

El nostre principal objectiu és la **protecció i la defensa dels drets de la persona amb trastorn mental en les pràctiques assistencials**. És a dir, poder garantir una assistència digna, respectuosa, que no vulneri la llibertat ni els drets de la persona, mantenint una reflexió continuada sobre els conflictes ètics que puguin produir-se en la pràctica clínica.

Conseqüència d'aquest objectiu és el nostre **Estudi sobre les Mesures Restrictives en Unitats Hospitalàries de Salut Mental: Contenció Mecànica / Aïllament**, realitzat al llarg de l'any 2004.

Un segon objectiu, també de gran importància, és la **revisió i anàlisi de les propostes i reformes legislatives**, d'àmbit estatal o local, que tenen alguna possible repercussió en la praxi assistencial i en la garantia de drets.

El nostre Grup ha expressat la seva posició de forma clara en l'actual debat sobre la possibilitat de regular legalment el Tractament Ambulatori Obligatori. I ho hem fet, oposant-nos a tal

mesura, en el document lliurat a diferents personalitats i institucions el gener del 2004.

Creiem que és necessari que aquestes reflexions transcendeixin a la societat i siguin quelcom consubstancial, mai aliè, a la pràctica diària dels equips assistencials.

El documents presentats aquí són el fruit del nostre treball i reflexió els anys 2003 i 2004.

Esperem poder obrir un debat continuat i plural sobre aquests i altres temes relacionats amb els Drets Humans i l'Ètica assistencial que, sens dubte, serà enriquidor per a tots.

Reflexions i propostes respecte a la regulació del tractament ambulatori obligatori **2**

El Grup Promotor del Comitè d'ÈTICA Assistencial vol expressar la seva seriosa preocupació per la demanda actual, força generalitzada, per part d'associacions de familiars i juristes de tot l'estat, de regular i implantar el Tractament Obligatori Ambulatori en la Comunitat per imposició judicial.

Davant aquesta situació, volem expressar algunes consideracions:

- És evident que existeix una situació de buit assistencial i de recursos que provoca desatenció a persones amb greus problemes de salut mental pel fet que no s'hagin desenvolupat de forma extensa i harmònica els necessaris Serveis Comunitaris Socials i de Rehabilitació que van proposar tant la Llei General de Sanitat com la Reforma Psiquiàtrica en el seu moment.
- És evident que una bona i articulada Xarxa de Serveis Assistencials, que ofereixi una veritable continuïtat d'atencions –en el domicili i en el territori– evitaria, sens dubte, un gran nombre d'ingressos involuntaris així com abandonaments del tractament, la qual cosa portaria a aconseguir un avenç en l'evolució i la vinculació terapèutiques.

- Coneixem les dificultats dels familiars i la legitimitat de les seves demandes que sigui garantida la continuïtat dels tractaments, així com el seu dret a ser escoltats i informats, i ens hi solidaritzem.
- Però, a la vegada, considerem que ni la llei ni una reforma legal coercitiva poden ser mai l'alternativa que cobreixi l'absència o la insuficiència d'equips de professionals ben articulats que puguin donar resposta a les necessitats en Salut Mental o en altres recursos o dispositius assistencials, allotjaments residencials, etc.
- La demanda d'"Ordenar Judicialment" un Tractament Ambulatori Obligatori introdueix novament el risc d'estigma i marginació del pacient amb trastorn mental; criminalitza l'usuari, que és "obligat a tractar-se" –quan aquest supòsit només és vàlid en l'àmbit penal– i podria introduir de nou la "noció de perillositat" que feliçment ha desaparegut dels nostres textos legals, que són un exemple progressista en què s'hi fixen altres països europeus a l'hora d'abordar les seves reformes legals.
- Ens definim clarament no partidaris de propostes específiques "només per a malalts mentals" perquè són contràries al principi d'igualtat entre les persones. Creiem que, en cas de ser necessàries i contemplant només supòsits excepcionals,

existeixen prou normatives que poden desenvolupar suposades "intervencions mèdiques no consentides" com recull la Llei 21/2000 de 29 de desembre del Parlament de Catalunya dels Drets d'Informació concernent a la salut i l'autonomia del pacient (art. 7.1b i 7.3 sobre les excepcions a l'exigència del consentiment per substitució) o la Llei 41/2002 de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i dels drets i obligacions en matèria d'informació (art. 9.2b i 9.3) i dels límits del consentiment informat i consentiment per representació, que regeix a la resta de l'estat espanyol. Amb dues lleis no fan altra cosa que desenvolupar el que estableixen els articles 6, 18 i 20 de la Llei 14/1986 General de Sanitat pel que fa a les actuacions sanitàries de les Administracions públiques en general i de la salut mental en particular.

- La participació del pacient en la presa de decisions, el consentiment i necessari pacte assistencial basat en la confiança i el respecte al vincle que existeix entre el professional sanitari i l'usuari són eixos fonamentals en allò que nosaltres anomenem tractament. Tractar és oferir una àmplia oferta assistencial, no només reduïda a la farmacologia oral o injectable.
- La persona atesa ha de poder ser escoltada, rebre tractament psicoterapèutic –individual o grupal–, accedir a programes

rehabilitadors i, de la mateixa manera, les seves famílies tenen dret a rebre suport i orientació permanent.

- Tot això faria innecessari proposar canvis legals que introdueixin la coerció i l'obligatorietat, que mai produeixen l'efecte desitjat, sinó el contrari, perquè l'obligatorietat no garanteix la continuïtat adequada i efectiva del tractament.
- Cal respectar el dret del pacient, contemplat en totes les reformes legals i normatives europees, a oposar-se al tractament.
- També hem de tenir en compte que "administrar" un tractament obligatori reduiria dit "tractament" a una intervenció obligada de presa de la medicació o "aplicació injectable". ¿S'ha valorat com es realitzaria aquesta intervenció, qui l'administraria i com s'acompanyaria el pacient?, ¿s'ha valorat com interferiria aquest procés en el vincle, respecte i confiança indispensables en un procés assistencial digne?
- La persona afectada de trastorn mental és un ciutadà titular de Drets i subjecte de Responsabilitats. Ha de participar del seu tractament i els professionals hem d'obtenir el seu consentiment encara que, en determinats casos, calgui temps per obtenir un grau de confiança. Els Programes de Seguiment

Individualitzat en la Comunitat, PSI, i d'Acompanyament Terapèutic són un exemple i una bona proposta a desenvolupar. La seva posada en funcionament està provocant –tot i ser encara recent la seva implantació– l'evitació de pràctiques involuntàries i l'acceptació de vincles que havien estat impensables durant anys en la vida de les persones amb trastorn sever sense tractament.

Per finalitzar proposem, seguint el que hem exposat abans, la necessitat de dotar la Xarxa Assistencial amb recursos assistencials, socials, rehabilitadors i laborals de forma ben articulada, de manera que facin possible programes individualitzats i una veritable continuïtat d'atencions. És a dir, una Xarxa Assistencial i Social no fragmentada, Programes d'Atenció Domiciliària que donin resposta immediata i que evitin la desatenció i la indefensió en què les famílies i els usuaris es troben en massa ocasions, Serveis de Rehabilitació ben desenvolupats que donin respostes flexibles i àmplies responent a les necessitats de l'usuari (i no a la inversa).

Així mateix, hi ha un gran camí per recórrer en l'àmbit de la Inserció Comunitària i Laboral, Empreses Socials, Centres d'Ocupació, Xarxa d'Allotjaments i petites Residències.

En tant que persones preocupades pels drets humans i l'Ètica en la pràctica assistencial, tenim el convenciment que, en cas que s'assolís el que plantejem, suposaria una millora i un avenç en l'àmbit sempre desatès i precari de la Salut Mental.

I això s'ha de fer sempre des del respecte als drets que, com a ciutadà, té la persona amb trastorn mental greu i amb l'objectiu de reforçar la seva autonomia i plena responsabilitat, eixos fonamentals del procés terapèutic.

Barcelona, gener 2004

I. Introducció

Les Mesures Restrictives estan sent estudiades i revisades en el conjunt de països europeus amb l'objectiu de reflexionar al voltant de si:

- poden vulnerar els drets de la persona en tractament
- poden tenir efectes negatius en el procés terapèutic
- s'utilitzen en situacions en què es poden donar carències organitzatives o de formació, tant dels serveis com del personal clínic

L'objectiu final d'aquesta revisió és harmonitzar propostes normatives a nivell europeu que permetin una bona **praxi** ètica i una profunda reflexió sobre els conflictes ètics que puguin sorgir amb aquestes mesures. Aquesta és la recomanació que es fa des dels diversos Comitès Europeus mentre no s'estableixi l'acord d'**abolir** les Mesures Restrictives, que és una proposta contemplada en diversos països i fòrums d'experts.

És evident que homologar un bon protocol seria ja avançar en el tema, però també està clar que els protocols no basten per a garantir la qualitat i la correcció de la pràctica assistencial.

El nostre Grup Promotor del Comitè d'Ètica Assistencial (GPCEA) de la Fundació Congrés Català de Salut Mental, conscient de la importància d'abordar aquest tema, ha realitzat un Estudi sobre els Protocols de Mesures Restrictives, que descrivim a continuació.

Volem expressar el nostre profund agraïment a les Institucions que ens han facilitat els seus protocols:

- Centres Assistencials Dr. Emili Mira i López
- Hospital de Terrassa. Servei de Psiquiatria
- Institut Pere Mata
- Hospital Clínic de Barcelona. Institut Clínic de Psiquiatria i Psicologia. Servei de Trastorns Alimentaris
- Institut Municipal de Psiquiatria (IMAS)
- Hospital de la Sta. Creu i Sant Pau. Servei de Psiquiatria
- IAS. Parc Hospitalari Martí i Julià. Serveis de Salut Mental
- Hospital Sant Gervasi. Unitat de Psiquiatria
- Hospital Sant Joan de Déu. Serveis de Salut Mental
- Corporació Parc Taulí de Sabadell. Servei de Psiquiatria

II. Estudi sobre els Protocols de Mesures Restrictives

L'estudi es realitza a partir dels protocols de mesures restrictives que s'apliquen en 10 institucions de Salut Mental catalanes i que han estat facilitats per les mateixes als membres del GPCEA per endegar el present treball.

Partint d'una revisió bibliogràfica, es van identificar diversos indicadors que afavorien la valoració i la comparació dels diferents protocols estudiats.

Considerem que seria recomanable que els aspectes contemplats en els indicadors escollits estiguessin presents en els protocols de les institucions assistencials.

A continuació es detallen els diferents indicadors utilitzats i l'àmbit que exploren:

1. Ordre mèdica

Recull si en el protocol està especificat que la mesura restrictiva és una mesura de suport al tractament psiquiàtric i, com a tal, la seva indicació ha de ser prescrita per un professional mèdic.

2. Criteris clínics que justifiquen la contenció

S'han d'especificar les seves indicacions com a mesura de suport al tractament.

3. Jerarquia de decisió dels professionals

¿Qui pren la decisió d'implantar una mesura de contenció: el clínic referent, el cap de la unitat?

4. Explicita actuació en urgències

¿Com i qui pot prendre decisions en una situació d'urgència?

5. Informació al pacient

¿S'inclou la informació al pacient de l'aplicació de la mesura per a fer-lo participi del procés de tractament, afavorint la disminució de l'angoixa i possibilitant la contenció psicològica ?

6. Informació a la família

¿Es contempla la informació a la família si el pacient no s'hi nega?

7. Normativa legal

¿Es fa referència a la normativa legal que implica la informació al jutge en les mesures involuntàries?

8. Especificació del tipus de mesura a implantar

¿S'especifica el tipus de contenció que s'utilitza?

9. Delimitació de la temporalitat de la mesura

Un cop instaurada una mesura de contenció, ¿es delimita el temps en què s'aplicarà?, ¿està definit un màxim de temps per aplicar la mesura?

10. Indicació d'atencions bàsiques: alimentació / higiene / hidratació / eliminació / mobilització

¿Es contempla l'atenció a les necessitats bàsiques del pacient?

11. Contempla criteris ètics: dignitat i drets del pacient

Les mesures de contenció impliquen una situació de vulnerabilitat en el pacient. ¿Es fa referència a la dignitat i drets del pacient en aquesta situació?

12. Data d'elaboració del protocol i data de la seva revisió

¿Es detalla la data en què s'ha elaborat el protocol i la seva data de revisió?

13. Explicita contraindicacions de la mesura

Les mesures restrictives no es poden aplicar en qualsevol situació psicopatològica, ni en presència de determinades complicacions orgàniques. ¿Consten en el protocol les contraindicacions a la seva aplicació?

14. Freqüència de la supervisió especificada

Les mesures de contenció impliquen el seguiment de l'estat clínic del pacient per part dels professionals. En aquest sentit, cal valorar la necessitat o no de la continuació de la mesura indicada, l'estat psicopatològic i les necessitats bàsiques a atendre en el pacient.

¿Estan especificats els períodes en què s'ha de fer el seguiment per part dels diferents professionals implicats en la seva atenció?

Les valoracions dels observadors en relació als protocols estudiats es recullen en una graella on consten els indicadors seleccionats.

Cada indicador es valora amb un Sí/No en funció de si l'element que es contempla en el mateix està o no present en el protocol valorat. (Per a consultar amb detall la graella, veure annex, pàg. 28.)

Tanmateix, a la graella hi ha un espai per anotar les observacions dels avaluadors en relació al contingut global del protocol, o bé per destacar aspectes que no s'han contemplat en els indicadors.

III. Comentaris als resultats de l'estudi

El grup valora molt positivament la facilitat amb què les diverses institucions assistencials consultades ens han proporcionat els seus protocols per a realitzar el present estudi. Pensem que això té a veure amb l'interès de les institucions en general i dels professionals en particular per reflexionar al voltant de les pràctiques professionals, especialment en aquelles situacions en què les mesures a implantar no es deriven de tècniques terapèutiques específiques, sinó que són mesures de coerció que s'apliquen amb finalitat terapèutica.

A continuació presentem de forma resumida les valoracions i comentaris que han sorgit en el grup en relació als diferents indicadors que s'exploraven.

1. Ordre mèdica

Pràcticament la totalitat dels protocols especifica que l'aplicació d'una mesura de contenció és una forma de suport al tractament que ha d'estar avalada per un professional mèdic. S'inclou com una mesura que ha de quedar consignada en la història clínica del pacient.

2. Criteris clínics que justifiquen la contenció

En la majoria dels protocols estan especificades les situacions clíniques que poden requerir l'aplicació d'una mesura restrictiva.

3. Jerarquia de decisió dels professionals

En aquest punt, sovint es fa referència al treball en equip i s'inclou la possibilitat que el personal d'infermeria instauri la mesura de contenció i avisi el metge amb posterioritat. No queda definit quan s'ha de fer la notificació al metge. Tampoc s'especifica, en absència del metge referent del pacient, qui és el metge responsable.

4. Explicita actuació en urgències

Més de la meitat dels protocols especifiquen la manera en què s'ha d'aplicar el protocol de contenció, els aspectes a contemplar i preveure, especialment en les situacions d'urgència.

5. Informació al pacient

Es contempla la informació al pacient en la majoria dels protocols. Tot i així, es detalla poc la informació al pacient com a intent d'implicar-lo en el procés terapèutic, amb la finalitat de poder fer innecessària la mesura de contenció.

6. Informació a la família

En la majoria dels protocols no s'especifica la necessitat de valorar si s'informa o no la família del tipus d'intervenció assistencial que ha requerit el pacient.

7. Normativa legal

En la meitat dels protocols no es fa referència a la normativa legal. Tot i que donem per descomptat que es té present, considerem que

és important que consti en el protocol, ja que aquest es converteix en una referència per als membres de l'equip i contribueix a la seva formació en aquests temes.

8. Especificació del tipus de mesura a implantar

La majoria dels protocols no especifiquen la mesura que es farà servir ni la manera correcta d'aplicar-la.

9. Delimitació de la temporalitat de la mesura

En menys de la meitat dels protocols s'especifica quin és el temps màxim en què es pot aplicar una mesura restrictiva.

10. Indicació d'atencions bàsiques:

alimentació / higiene / hidratació / eliminació / mobilitat

Gairebé tots els protocols contemplen l'atenció a les necessitats bàsiques del pacient. Tot i així, no es fa referència als models d'infermeria en què es basen.

11. Contempla criteris ètics: dignitat i drets del pacient

Tot i que entenem que es contemplen la dignitat i drets del pacient, aquest es un aspecte poc ressenyat en els protocols. Pensem que cal fer esment a la situació de indefensió i de vulnerabilitat en què es troba un pacient sotmès a una mesura restrictiva, contribuint a la sensibilitat i formació dels professionals en els temes de l'ètica assistencial.

12. Data d'elaboració del protocol i de la seva revisió

La data del protocol està detallada en la majoria dels mateixos però no acostuma a constar-hi la data de revisió. Alguns protocols no revisats són anteriors a l'any 2000.

13. Explicita contraindicacions de la mesura

Majoritàriament, no estan especificades les situacions en què està contraindicada una mesura restrictiva. Tot i que pensem que és un tema contemplat en els equips, la seva especificació en el protocol contribueix a la formació dels professionals i afavoreix la bona praxi.

14. Freqüència de la supervisió especificada

Aquest és un indicador que es contempla en la majoria dels protocols, tot i que bàsicament referit a l'àmbit d'infermeria. No està delimitat en relació a tots els professionals que hi intervenen.

Tot i que no era un indicador inclòs en el present estudi, cal destacar que algunes institucions contemplen en el seu protocol el seguiment quantitatiu i qualitatiu de les mesures de contenció que s'apliquen en els seus serveis durant períodes determinats.

IV. Recomanacions

En funció dels resultats de l'Estudi, de la bibliografia consultada, i de les normatives europees, el GPCEA fa les següents **recomanacions**:

- La Mesura Restrictiva ha de ser una mesura **EXCEPCIONAL** i limitada en el temps, contemplant el respecte dels Principis ÈTICS sobre la dignitat, integritat, vulnerabilitat i autonomia del pacient.
- Necessitat prioritària d'un Protocol entès com un "**Marc de Referència**" consensuat i homologat en els seus aspectes bàsics.
- **Justificació** de la Mesura Restrictiva.
- Com a prioritat, el Protocol hauria de contemplar en les **indicacions** de la contenció mecànica:
 - qui ordena la mesura restrictiva
 - qui la supervisa
 - avaluació permanent
- L'ordre mèdica és **absolutament indispensable** des de l'inici de la Mesura.
- Hauria de fer-se una **valoració mèdica**, conjuntament amb el

personal assistencial destinat a la cura i seguiment del pacient, **abans de les 8 hores de l'inici de la Mesura**.

- La **informació continuada** al pacient des de l'inici de la Mesura Restrictiva ha de ser rigorosa, clara i ha d'explicitar la necessitat d'aquesta decisió, sempre amb l'objectiu d'aconseguir el **consentiment i l'aliança** del pacient.
- Es recomana igualment valorar conjuntament amb el pacient la necessitat **d'informar la família** o persones vinculades.
- Ha de limitar-se al màxim el **patiment psicològic i físic** del pacient mentre duri el procés, donant-li el suficient **suport** psicològic i emocional.
- Garantir la **seguretat i intimitat** del pacient, habilitant els espais físics adequats.
- La **presència** del personal assistencial de forma continuada (recomanable cada 15 minuts) pot facilitar, sens dubte, la supressió de les Mesures de Restricció.
- La presència del professional assistencial **no pot ser substituïda** per monitorització de circuits tancats de televisió o per control visual.

- És recomanable que els Protocols incloguin la vivència i resposta emocional del pacient, **durant i una vegada finalitzada** l'aplicació de la Mesura Restrictiva.
- Creiem que és prioritari **realitzar estudis** amb l'objectiu d'avaluar la **resposta emocional** del pacient. Les respostes en forma de vivències traumàtiques com ara l'ansietat, l'angoixa i l'estrès post-traumàtic, entre d'altres, han estat detectades en estudis realitzats en països europeus i també per personal assistencial del nostre país. No coneixem **estudis** que hagin realitzat aquesta valoració a Espanya, almenys fins ara, i és una recomanació cada vegada més freqüent en les normatives europees.
- En la **supervisió i avaluació** de les Mesures Restrictives, han d'estar sempre presents:
 - la revisió psicopatològica
 - la supervisió mèdica
 - la supervisió d'Infermeria
 - la supervisió de les Necessitats Bàsiques del pacient
- Quan la Mesura Restrictiva sembli superar els **límits temporals** (més de 3 dies de durada), seria necessari supervisar-la per algun **professional extern** al Servei.

- S'han de valorar les **contraindicacions**, especialment les referents a l'estat de salut.
- Les Mesures Restrictives només es poden plantejar com una mesura de protecció del pacient:
 - mai com a **càstig** o **amença**.
 - mai per **absència de personal** assistencial en els Serveis o per carències organitzatives.
 - mai com a **"part prioritària"** del tractament.
 - després d'haver exhaurit tots els intents d'actuar sense mesura de restricció.
- Creiem molt important la **formació continuada** del personal assistencial, fonamental en un tractament on calguin Mesures Restrictives.
- Fomentar el **debat i la sensibilització** dels equips sobre els criteris ÈTICS per tal de poder generar alternatives a la Restricció.
- El personal assistencial ha de poder reflexionar sobre les **seves** vivències emocionals en aplicar Mesures Restrictives. No hi ha dubte que es poden donar sentiments de frustració, ansietat i altres dificultats.

- La dotació d'Infermeria ha de ser **suficient** en els Serveis, un nombre ampli de professionals podrà evitar l'aplicació d'una Mesura de Coerció.
- És important assenyalar que en aquells Serveis de Salut Mental on no hi hagi presència permanent de psiquiatre, **no s'han** d'aplicar Mesures Restrictives.
- Una recomanació **fonamental** en relació a la normativa legal i als drets del pacient és que s'ha de tenir en compte que la contenció mecànica i l'aïllament com a Mesures Restrictives canvien el règim legal del pacient. Per tant, sempre ha de ser considerada com una Mesura Involuntària que necessitarà obligatòriament una **Autorització Judicial**, prèvia informació al Jutge des de l'inici.
- Finalment, cal recomanar que les persones encarregades de la **planificació, gestió i organització** dels Serveis Sanitaris utilitzin els mecanismes més adients per dotar els Serveis i els Professionals dels **recursos necessaris** sempre amb l'objectiu d'afavorir **l'eliminació** de les Mesures Restrictives.

Bibliografia:

- AZNAR LÓPEZ, MANUEL: Internamientos civiles y derechos fundamentales de los usuarios de centros sanitarios, sociales y socio-sanitarios. Granada: Comares, 2000.
- Conseil de l'Europe, Comité Directeur pour la Bioéthique. Livre blanc: sur la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux, en particulier de celles placées comme patients involontaires dans un établissement psychiatrique.[en línia]. Strasbourg: Conseil de l'Europe, CDBI, 2000 [Consulta : 26 d'octubre de 2004]. (DIR/JUR (2000)2). Disponible a: <http://www.psychiatrie.com/fr/fichiers/fa-87.rtf>
- L'Ingrés no voluntari i la pràctica terapèutica de mesures restrictives en pacients psiquiàtrics i persones demenciades. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Benestar Social, Comitè de Bioètica de Catalunya, 2002.
- Joint Commission Resources. Estàndards Acreditació Hospitals. [en línia]. [Consultat: 26 d'octubre de 2004]. Disponible a: <http://www.jcrinc.com/>
- RAMOS BRIEVA, JESÚS ANTONIO: Contención Mecánica: restricción de movimientos y aislamiento. Manual de uso y protocolos de procedimiento. Barcelona: Masson, 1999.
- Recommandation REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux et son exposé des motifs.[en línia]. [Strasbourg: Comité des Ministres, 2004] [Consulta: 26 d'octubre de 2004]. (REC (2004)10). Disponible a: [http://www.coe.int/T/F/Affaires_juridiques/Coop%E9ration_juridique/Bio%E9thique/News/Rec\(2004\)10%20f.pdf](http://www.coe.int/T/F/Affaires_juridiques/Coop%E9ration_juridique/Bio%E9thique/News/Rec(2004)10%20f.pdf)
- Sentència del Tribunal Europeu de Drets Humans. Cas: Herczegfalvy. [en línia]. HUDOC, Base de donées officielle de la Cour Européenne Droits de l'Homme. [Consulta: 26 d'octubre de 2004]. Disponible a: <http://cmiskp.echr.coe.int/tkp197/view.asp?item=1&portal=hbkm&action=html&highlight=Herczegfalvy&sessionid=831757&skin=hudoc-fr>

