

# Falacias sobre sujeciones (contenciones) físicas\*

Antonio Andrés Burgueño

Programa Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer  
[aburgueno.hgugm@salud.madrid.org](mailto:aburgueno.hgugm@salud.madrid.org)

## Fallacies about Physical Restraints

**RESUMEN:** El uso de sujeciones en el medio asistencial sanitario se ha convertido en los últimos tiempos en un tema muy discutido y controvertido, con especialmente dos corrientes opuestas. Se habla de la cultura restra-int, y la cultura no restraint, para expresar que usarlas o no es más una cuestión de actitud que una cuestión científico-técnica. Pero entremedias van surgiendo otros posicionamientos o movimientos, unos que podríamos encuadrar en el "sí, pero", y otros encuadrables en el "no, salvo", que mantienen cierto grado de tolerancia, a pesar de la ausencia de indicaciones médicas. Las normas de servicios sociales de la mayoría de las CC. AA. establecen que un médico debe autorizar o prescribir las sujeciones que se utilicen, lo que ha dado pie a que algunos piensen que las sujeciones son una cuestión médica, algo que no ocurre en el ámbito del SNS, donde los médicos no las prescriben ni autorizan. Las sujeciones no previenen, no curan, no ayudan a un diagnóstico, no son terapéuticas, quitan capacidad, y son causa de graves complicaciones, lo que obliga a una reflexión mas profunda sobre su uso de la que se viene haciendo.

**ABSTRACT:** The use of restraints in the health care environment has recently become a much discussed and controversial issue, especially with two opposing currents. "Restraint culture" and "non-restraint culture" are used to explain whether restraints are used or not. It's more an issue of attitude than a scientific-technical question. But in between they emerge other positions or movements, some can be framed in the "yes, but" and others in the "no, unless", which maintain a high tolerance despite the absence of medical indications. The norms of social services of autonomous communities establishes that physicians must authorize or prescribe the restraints to be used, which has led to some to think that restraints are a medical issue, something that not happens in the field of NHS, where doctors do not prescribe or authorize. Restraints do not prevent, nor cure, or help a diagnosis, they are not therapeutic, cause disability, and may cause severe complications, which requires a deeper reflection on the use that is being done.

**PALABRAS-CLAVE:** ética; falacias; sujeciones físicas; caídas; centros libres de sujeciones

**KEYWORDS:** ethics; fallacies; physical restraints; falls; restraint free facilities

### Introducción

Como eticista en la práctica que soy, he de decir que veo con demasiada frecuencia que se realizan juicios éticos sobre acciones que no son del todo bien conocidas, como si lo único necesario para juzgar fueran los principios bioéticos. Para juzgar cualquier acto es esencial centrar primero bien el asunto, lo que en el caso de las sujeciones obliga a hacer una profunda revisión sobre el estado del arte de ese fenómeno. Centrar el asunto de las sujeciones, significa tener claro cuales son las verdades sobre ellas, las evidencias, y escapar de falacias\*\* que parecen justificar su uso.

Pertenezco al comité de ética asistencial de mi hospital, y una de las grandes preocupaciones que tenemos como comité, como la mayoría de los comités, es que se nos utilice, que se instrumentalice al comité, ya que siempre existe riesgo de ello. Hay quienes buscan el visto bueno de un comité de ética para validar actuaciones que no tienen un claro respaldo científico. Quienes participamos en comités de ética debemos ser especialmente cautelosos frente al

\* Una versión de este artículo se ha remitido a la Revista de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología

\*\* Son las que impiden que se erradiquen las sujeciones a pesar de ser posible



Received: 06-09-2014  
Accepted: 13-09-2015



riesgo de ser utilizados. No quiero decir con esto que un comité de ética no deba entrar a juzgar el uso de sujeciones, sino que ha de tener mucho cuidado de caer en la ligereza de juzgarlo sin mucha base, o de tener la tentación de solo respaldar actuaciones profesionales. Las decisiones de un comité de ética pueden quedar invalidadas si quienes forman parte de ellas están implicados directamente en las prácticas a juzgar, ya que serían jueces y parte. Que los comités estén constituidos sobre todo por profesionales asistenciales obliga a tener una actitud de autocrítica y reflexiva, para evitar juicios que no estén absolutamente enfocados al beneficio y respeto de los pacientes.

Una falacia es una mentira con máscara de verdad, y tiene la misma fuerza para crear un estado de opinión y fuertes convicciones sobre como han de ser las cosas. Hay quienes crean falacias, o las alimentan, convencidos de que son verdades, otros las crean para engañar sobre algo.

Desde el Programa Desatar se ha aprendido que es posible cuidar a las personas, también a las personas con demencia, sin utilizar sujeciones. Desde que comencé a surgir centros libres de sujeciones comencé a preguntarme por qué siendo posible no se erradica esa práctica de la rutina asistencial, y hoy estoy convencido de que una razón de peso son las falacias prevalentes y quienes las defienden.

Para que una falacia adquiera categoría de verdad indiscutible es necesario, no solo que esté bien construida (aparente lógica), sino que sea expresada por autoridades profesionales de referencia, y eso está pasando en los últimos años en España con respecto a las sujeciones. El uso de sujeciones con personas ha dado pie a la génesis de muchas falacias, algunas con el fin de justificar una práctica muy discutida.

Aquí voy a exponer, y a razonar, las falacias que he encontrado en los textos, y he escuchado en público y en privado, sobre sujeciones físicas, a fin de propiciar que se de un cambio en el estado de opinión, que desbloquee la situación, y nos permita avanzar como otros países de nuestro entorno.

## **1. Sobre quienes alimentan esas falacias**

Son diversas las asociaciones profesionales que se han manifestado sobre el uso de sujeciones, y también muchos profesionales del sector, lo que no es de extrañar

dada la discusión sobre ello que se ha generado en los últimos años. Creo que en algunos casos se ha hecho apresuradamente, prisas que no son recomendables para establecer referencias sobre prácticas con tantas implicaciones como es el caso de las sujeciones. Se han dado posicionamientos de todo tipo, demostrando en algunos casos necesidades espurias.

Como decía en la introducción, el problema es más serio cuando es una entidad de referencia la que escribe o habla de forma favorable sobre sujeciones, ya que en esos casos existe un elevado riesgo de que creen un estado de opinión y unas actitudes contrarios a erradicar las sujeciones de las prácticas asistenciales, aún siendo posible. El riesgo es aún mayor cuando quienes escriben así son comités de ética.

Voy a referir las falacias que más frecuentemente he encontrado, falacias que al margen de su intencionalidad demuestran desconocimiento sobre el fenómeno de las sujeciones físicas, un fenómeno complejo que yo llevo años intentando desentrañar.

## 2. Encontrando falacias

Es necesario encontrarlas entre líneas, dentro de las afirmaciones que se suelen verter sobre sujeciones, o ser capaces de ver que algunas afirmaciones sirven de base (premisa) para obtener conclusiones falaces. Veamos, a continuación, algunas de esas afirmaciones:

*"La Contención Mecánica de Pacientes es un conjunto de medidas de carácter preventivo y terapéutico.....ó .....*

*Sujeción física es una "Medida terapéutica excepcional que mediante el uso de procedimientos físicos o mecánicos ....."*

*Como es una medida terapéutica, es el médico quien debe pautarla.*

*Es "imprescindible" adoptar un protocolo de aplicación.*

*La indicación está vinculada a ..... riesgo evidente y grave para el paciente de caerse.*

*Se utilizan como un mal menor.*

*"La estructura asistencial de las residencias geriátricas (numerosos residentes, y personal asistencial a veces insuficiente) favorece situaciones de riesgo de utilización de medidas de contención no siempre justificadas".*

Las entrecomilladas están sacadas literalmente de documentos publicados por entidades médicas que serán referidos en la bibliografía<sup>1, 2,3</sup>.

De esas afirmaciones podemos obtener las siguientes falacias:

Las sujeciones son medidas terapéuticas, y por ello es el médico quien debe pautarlas y como para otras terapias médicas es necesario adoptar un protocolo de aplicación

Son medidas excepcionales, pues antes se prueban otras alternativas

El riesgo de caídas justifica el uso de sujeciones

Son un mal menor

Para evitar sujeciones en residencias es necesario más personal

Hay sujeciones que son necesarias y están justificadas

### 3. Desvelando las falacias

Aunque las comente por separado, resultará fácil ver que la construcción de las falacias mas frecuentes sobre sujeciones comparte "ideas de base" y, a veces, intereses de buscar conclusiones favorables a justificar su uso y propiciar su aceptación.

#### ***Las sujeciones son medidas terapéuticas***

Lógica Falaz:

PREMISAS	Los médicos prescriben tratamientos (medidas terapéuticas).
	Los médicos (según normas de servicios sociales) han de prescribir las sujeciones físicas.
ERGO	Las sujeciones físicas son medidas terapéuticas.

En el ámbito de los servicios sociales, donde se vivió con mas necesidad controlar desde la Administración ciertas cosas (no voy a explicar por qué) hace tiempo que se cuenta con normas que regulan el uso de sujeciones. Cada CC. AA. tiene la suya. Tomando como ejemplo, y copiando, normas existentes en otros países, son normas que establecen que las sujeciones han de ser autorizadas o prescritas por un médico. Es curioso, pero en el ámbito sanitario español no existe nada al respecto, salvo una recomendación no normativa de contar con protocolos de sujeciones en los centros asistenciales.

Si examinamos el origen de esos requisitos, es decir que examinamos las razones por las que en otros países se haya asignado al médico la capacidad en exclusiva de

prescribir sujeciones, se puede comprender que no se trata de haber considerado la sujeción como una medida terapéutica sino que el espíritu de esas normas es contar con el médico como garante de un uso limitado.

Las sujeciones no son medidas terapéuticas, ya que no tratan nada en si mismas. Toda medida terapéutica tiene sus indicaciones, y esas indicaciones deben estar respaldadas por evidencias científicas para que sean aceptadas por los médicos.

Como se ha podido ver, en España se utiliza la definición de sujeción física para introducir el calificativo de "medida terapéutica". Después de décadas de debate mundial sobre el concepto de sujeción física, debido a que la definición puede condicionar la forma de juzgarlas y de investigarlas, recientemente se ha alcanzado un consenso internacional<sup>4</sup> sobre lo que ha de ser considerado una sujeción. Para ese consenso, se consideró necesario prescindir de utilizar calificativos en la definición, y prescindir de explicar en ella los objetivos que pueden tener. Aún siendo ya una cuestión superada hace tiempo en todo el mundo, en España seguimos viendo nuevas definiciones cada poco tiempo, y repetidamente se comete el error de calificarla y explicar sus objetivos. A continuación se puede ver el concepto de sujeción física internacionalmente consensuado:

"Any action or procedure that prevents a person's free body movement to a position of choice and/or normal access to his/her body by the use of any method, attached or adjacent to a person's body that he/she cannot control or remove easily"

Sujeción física es la limitación de la libertad de movimientos de una persona o del normal acceso a cualquier parte de su cuerpo, con cualquier método físico aplicado sobre ella, o adyacente a ella, del que no puede liberarse con facilidad.

Al dar por verdad que una sujeción es una medida terapéutica se pueden obtener otras conclusiones derivadas igualmente falaces, como que las ha de prescribir un médico, o que puede ser necesario contar con un protocolo de aplicación, conclusiones que comentaré justo a continuación.

### **... es el médico quien debe pautarla**

Hablar de indicaciones médicas para la aplicación de sujeciones carece de base científica. Así, no existe una base para que sea un médico quien ha de prescribirlas. De hecho, en el ámbito sanitario son generalmente profesionales de enfermería los

que deciden sobre el uso de sujeciones físicas, salvo en el ámbito de la psiquiatría que es un ámbito de especial recorrido en esta materia. En el ámbito de los servicios sociales la necesidad se suele plantear también desde enfermería, pero se ha de buscar la "bendición" del médico, por imperativo legal.

### ***Es "imprescindible" adoptar un protocolo de aplicación***

Una medida que no es una medida médica no debe ser protocolizada como otras intervenciones médicas. No existen evidencias que respalden el uso de sujeciones, lo que convierte a un protocolo de sujeciones en arma de doble filo, que puede servir más para la seguridad legal de los profesionales que para hacer un uso garantista y limitado.

Paradójicamente, utilizamos el término "protocolo" para regular lo que es un procedimiento, en este caso la aplicación de una sujeción, y no es raro ver "protocolos" de sujeciones con una mezcla de contenidos que van desde supuestas indicaciones, hasta cómo hay que aplicarlas según el tipo, sin que ninguno además deje de poner énfasis en que son medidas a evitar, para las que hay que buscar alternativas mejores, y que solo el legítimo aplicarlas como último recurso. Todo un "poemario" de incongruencias con las que muchos se han acostumbrado a convivir. Sí los "protocolos" existentes se aplicaran y se cumplieran de modo estricto nos encontraríamos con un uso realmente excepcional.

### ***Son medidas excepcionales... antes de aplicarlas se prueban otras alternativas***

Lógica Falaz:

PREMISAS	Las sujeciones pueden tener alternativas mejores
	Se utilizan como último recurso
ERGO	El uso de de sujeciones es excepcional

En las residencias españolas es falso que el uso de sujeciones sea excepcional. Tenemos datos<sup>5,6,7,8</sup>, algunos aportados por el Programa Desatar, con datos de más de 1.000 residencias, que nos permiten ver que el uso de sujeciones es elevado, muy prevalente, y que lo normal es que se utilicen a diario, y por largo tiempo (más de 1 mes) cuando la justificación es el riesgo de caídas. Los centros libres

de sujeciones nos han enseñado que no se trata de alternativas, sino de actitud. Concediéndole un pequeño margen a la incertidumbre, y renunciando a la tranquilidad y comodidad, es posible cuidar adecuadamente a una persona sin recurrir a las sujeciones, con mejores resultados aún.

### ***El riesgo de caídas justifica el uso de sujeciones***

Lógica Falaz:

PREMISAS	Las caídas se producen cuando una persona se levanta o camina
	Las sujeciones evitan que una persona se levante o camine
ERGO	Las sujeciones son útiles para prevenir caídas

En esta falacia se confunden los términos “evitar” y “prevenir” haciéndolos sinónimos, pero prevenir caídas es, en rigor científico, actuar sobre los factores de riesgo de caídas, y evitar caídas con sujeciones incrementa el riesgo. Prevenir caídas impidiendo que la persona se mueva es desproporcionado y un disparate científico. Hoy día ya no se defiende en ningún país desarrollado que se utilicen sujeciones para prevenir caídas. Evitar caídas con sujeciones se traduce en que la persona deberá estar atada mientras no está acompañada<sup>8</sup>, y pagará un alto precio con un rápido deterioro funcional.

La literatura científica relaciona el uso de sujeciones físicas con mayor riesgo de caídas graves<sup>9,10,11,12,13</sup>, y en esa misma literatura se pone en evidencia que no existe respaldo alguno al uso de sujeciones para prevenir caídas.

Los médicos tienen mucho por hacer frente al riesgo de caídas de una persona, como revisar los tratamientos con fármacos, y otros problemas de salud que pueden contribuir a ese riesgo, y el uso de sujeciones para evitar caídas enmascara las necesidades médicas de la persona. El Programa Desatar ha podido comprobar que las personas sometidas a sujeciones a diario y por largo tiempo están polimedizadas en una elevada proporción, con fármacos en esas mezclas que aumentan el riesgo de caídas<sup>8,14</sup>.

Levantarse, y andar, son conductas que normalmente expresan una necesidad de una persona. Si se trata de una persona capaz de autogobernarse con riesgo de caerse, trata de cubrir su necesidad de otro modo o pide ayuda, pero si se trata de una persona con demencia avanzada se levantará, y en su caso caminará, lo que convierte a

esas personas en un desafío, personas difíciles de controlar, y salvo que se detecte la necesidad y se cubra, se reprimirán sus movimientos aplicando una sujeción.

Las sujeciones físicas no se aplican a todos los que tienen riesgo de caídas. Solo se aplican a personas con déficit cognitivo, lo que implica que evitar sujeciones en personas mayores es conocer mejor las demencias y los SPCD.

### ***Son un mal menor***

Lógica Falaz:

PREMISAS	Las sujeciones pueden tener efectos negativos
	Las sujeciones son beneficiosas en algunos casos
ERGO	Las sujeciones son un mal menor en algunos casos

Aplicar el principio ético del mal menor para juzgar la aplicación de una sujeción es dar por hecho que una sujeción es una acción con doble efecto, efectos positivos y negativos conocidos. Lo cierto es que no se puede afirmar con rigor científico que existen efectos positivos de las sujeciones, y se puede afirmar que es muy generalizado el desconocimiento de los efectos negativos por parte de los profesionales que las aplican, a pesar de estar abundantemente documentados en la literatura científica<sup>15,16,17,18,19,20,21,22,23</sup>. Se utiliza muy alegremente el concepto de mal menor, para justificar acciones agresivas, y me valgo de mi experiencia ética para aportar unos límites que es obligado aplicar para emitir un buen juicio ético(ver cuadro).

Los requisitos para que una acción sea admitida como un mal menor son:

- *La acción debe ser en sí buena o indiferente*
- *El efecto malo no puede ser ni causa ni medio para el efecto bueno*
- *No debe existir ninguna otra alternativa*
- *El efecto bueno debe ser proporcionalmente superior al efecto malo*

### ***Para evitar sujeciones en residencias es necesario más personal***

Lógica Falaz:

PREMISAS	Evitar caídas es cuestión de vigilancia
	Las sujeciones suplen la carencia de vigilancia
ERGO	Para evitar las sujeciones es necesario mas personal



Esta falacia se desarma con la existencia de más de 50 centros libres de sujeciones en España, que nos enseñan que lograr erradicar esa práctica es posible, y que se ha hecho sin incremento de personal.

Pero si centramos bien el asunto, y sabiendo que la mayor parte de las sujeciones prevalentes en las residencias se utilizan por riesgo de caídas<sup>8</sup>, caídas que no se sabe cuando se pueden producir, eliminar sujeciones con personal significaría aumentar la plantilla hasta el punto en que se garantizara la compañía continua de cada residente, en todo momento y en todo lugar. Además los datos nos dicen que la mitad de las caídas que se dan en las residencias ocurren en la habitación, lo cual nos permite reafirmar que es un disparate evitar las caídas con personal.

La vigilancia que se practica en las residencias españolas se traduce igualmente en evitar que la persona se mueva<sup>8</sup>. Sin cambio de mentalidad, más personal y más vigilancia tienen los mismos efectos negativos para la salud mental y física que las sujeciones físicas.

Con la lógica de ésta falacia podríamos afirmar que los centros con mas ratio de personal utilizan menos sujeciones que los que tienen menor ratio, pero esto también ha sido comprobado por nosotros<sup>8</sup>, y no es cierto, existiendo además una variabilidad de uso de sujeciones físicas entre centros, que oscila entre 0% y 42% de prevalencia en muestras homogeneizadas por casuística atendida y ratios de personal<sup>8</sup>.

En Estados Unidos, cuando se legisló para limitar el uso de sujeciones saltaron las alarmas, pues muchos eran los que afirmaban lo mismo que afirma esta falacia, y el congreso americano hizo una pregunta a investigadores, ¿reducir el uso de sujeciones incrementaría los costes?, y las investigaciones realizadas dieron una respuesta interesante, que no corrobora la relación entre ratio de personal y sujeciones<sup>24</sup>.

### ***Hay sujeciones que son necesarias y están justificadas***

Lógica Falaz:

PREMISAS	El uso de sujeciones debe ser justificado
	Personal insuficiente es riesgo de uso de sujeciones no justificadas
ERGO	Hay sujeciones justificadas

Es una afirmación que realizada, por ejemplo, por un médico le lleva a tener que explicar las justificaciones, y por ello a recurrir a falacias como que existen indicaciones médicas para utilizar sujeciones.

¿Cuándo son necesarias? ¿Para quién son necesarias?  
¿Por qué en los centros libres de sujeciones no son necesarias?

Lo cierto es que, solo se pueden justificar claramente en caso de urgencia puntual, de riesgo inminente y grave para la integridad de la persona o de terceros. En la práctica se aprende que esos casos no suelen darse en las residencias.

#### 4. Conclusiones

Sin evidencias científicas sobre posibles indicaciones médicas, no existe base para decir que las sujeciones son "medidas terapéuticas". Tampoco existe base para afirmar que tengan que ser prescritas por un médico, y la experiencia nos enseña que no se pueden considerar "un mal menor" salvo raras excepciones.

- Las sujeciones no responden a ninguna necesidad de la persona
- No previenen
- No curan
- No ayudan a un diagnóstico
- No son terapéuticas
- QUITAN capacidad
- Son causa de graves complicaciones

Sin ninguna evidencia científica que apoye que una persona necesita una sujeción para su enfermedad o proceso patológico, se suelen esgrimir razones de seguridad y protección, para prevenir daños, pero incluso para proteger, las medidas a tomar han de ser proporcionadas y respetar los derechos fundamentales de la persona. Prevenir caídas con sujeciones es desproporcionado y un disparate científico. Hoy día ya no se defiende en ningún país desarrollado que se utilicen sujeciones en los casos típicos de personas con riesgo de caídas.

Éticamente, no es válido aceptar una sujeción como un mal menor, ya que la balanza de los efectos negativos conocidos pesa más que los efectos positivos supuestos.

La existencia de más de 50 centros libres de sujeciones en España nos enseña que lograr erradicar esa práctica es posible.

**Las sujeciones que vemos en las acciones del programa desatar no cubren una necesidad de la persona, sino una necesidad de los trabajadores o de la organización.**

No son convenientes protocolos de sujeciones. Son necesarios protocolos de seguridad, con medidas para proteger a las personas objeto de atención, que expliquen que recurrir a sujeciones solo se admite para extremas y puntuales excepciones. Interesa la elaboración de guías profesionales para promover la seguridad en los centros sanitarios evitando el uso de sujeciones.

Las regulaciones legales que se hagan deben ir enfocadas a requerir protocolos de seguridad física y psíquica a los centros asistenciales.

La libertad es terapéutica, de modo que evitar sujeciones hace más probable lograr un mayor grado de bienestar, y una mayor autonomía física, mental y psicosocial, e incluso una más rápida curación o mejoría. Las personas sometidas a algún tipo de sujeción se enfrentan a una pérdida de autonomía, dignidad y autoestima.

Relegar las sujeciones a un uso excepcional es un cambio de paradigma en España, que al principio puede requerir que una figura sanitaria lidere el control de dicho uso. Si en el ámbito de las residencias se acepta que sea un médico quien las ha de autorizar es porque estamos seguros de que el médico puede ejercer de forma especial el papel de garante de un uso limitado de las sujeciones.

Solo se pueden justificar claramente en caso de urgencia puntual, de riesgo inminente y grave para la integridad de la persona o de terceros. En la práctica se aprende que esos casos son raros en las residencias.

Es evidente que se puede cuidar a las personas, incluido las personas con demencia, sin utilizar sujeciones físicas, y a esa evidencia nos atenemos para proponer una actitud de "tolerancia cero" a las sujeciones.

## Bibliografía

ISSN 1989-7022

DILEMATA, año 7 (2015), nº 19, 135-147

1. Colegio Oficial de Médicos de Bizkaia. *Manual para la aplicación y buen uso de medidas de restricción física en residencias de personas mayores* (2006)
2. Comité de ética para la atención sanitaria (área sanitaria IV) – Asturias (Oviedo). *Documento sobre la sujeción física y farmacológica en el ámbito sanitario: atención primaria y especializada.*- abril de 2015: [http://www.hca.es/huca/web/contenidos/websdepartam/com\\_eti/documento5.pdf](http://www.hca.es/huca/web/contenidos/websdepartam/com_eti/documento5.pdf)
3. Comité Central de Deontología- Consejo general de colegios oficiales. *Declaración sobre Contención Mecánica de Pacientes.* [http://www.cgcom.es/sites/default/files/u183/N.P.\\_Declaraci%C3%B3n\\_CCD\\_sobre\\_Contenci%C3%B3n\\_Mec%C3%A1nica\\_de\\_Pacientes\\_22\\_06\\_15.pdf](http://www.cgcom.es/sites/default/files/u183/N.P._Declaraci%C3%B3n_CCD_sobre_Contenci%C3%B3n_Mec%C3%A1nica_de_Pacientes_22_06_15.pdf)
4. Bleijlevens MH, Wagner LM, Capezuti E, Hamers JP: *A Delphi consensus study to determine an internationally accepted definition on physical restraints.* Symposium, 65. GSA Annual scientific meeting November 14th-18th, 2012, San Diego. *Geront* 2012, 52(s1):136.
5. Ljunggren G, Phillips CD, Sgadari A. *Comparisons of restraint use in nursing homes in eight countries.* *Age Ageing.* 1997 Sep;26 Suppl 2:43-7.
6. Burgueño, AA. (2003) *Análisis del uso de restricciones físicas y químicas en personas mayores institucionalizadas.* *Agathos: Revista de Atención Sociosanitaria y Bienestar* (1); 14-25.
7. Burgueño Torijano AA.; Iborra Marmolejo I. (2008) *Prevalencia comunicada de sujeciones físicas.* *Agathos: Atención sociosanitaria y bienestar, Año 8* (1); 4-11
8. Confederación Española de Organizaciones de Mayores – CEOMA. *Programa Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer.* <http://ceoma.org/desatar>
9. M. Kron, S. Loy, E. Sturm, Th. Nikolaus, and C. Becker. *Risk Indicators for Falls in Institutionalized Frail Elderly.* *Am J Epidemiol* 2003;158:645-653
10. Capezuti E, Strumpf NE, Evans LK, Grisso JA, Maislin G. *The relationship between physical restraint removal and falls and injuries among nursing home residents.* *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 1998 Jan;53(1):M47-52.
11. Capezuti E, Evans L, Strumpf N. *Physical restraint use and falls in nursing home residents.* *Journal of the American Geriatrics Society* 1996;44:627-33.
12. Tinetti, ME. Liu, WL. Ginter, SF. *Mechanical restraint use and fall-related injuries among residents of skilled nursing facilities.* *Ann Intern Med* (1992); 116: 369-374.
13. Tinetti ME. *Factors associated with serious injury during falls by ambulatory nursing home residents.* *Journal of the American Geriatrics Society* 1987;35:644-8.
14. Burgueño AA. (2015) *Prevención Cuaternaria en Demencias: Excesos asistenciales en personas con demencia.* *Neurama, Vol.2- Nº1; 46-64* <http://www.neurama.es>
15. Castle NG, Engberg J. (2009). *The Health Consequences of Using Physical Restraints in Nursing Homes.* *Med Care*, 47(11), 1164-1173.
16. Engberg J, Castle NG, McCaffrey D. *Physical restraint initiation in nursing homes and subsequent resident health.* *Gerontologist.* Aug 2008;48(4):442-452
17. Ibe, T., Ishizaki, T., Oku, H., Ota, K., Takabatake, Y., Iseda, A., Ueda, A. (2008). *Predictors of pressure ulcer and physical restraint prevalence in Japanese acute care units.* *Japan Journal of Nursing Science*, 5(2), 91-98.
18. W. K. Mohr, T. A. Petti, and B. D. Mohr, "Adverse effects associated with physical restraint" *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 48, no. 5, pp. 330-337, 2003.

- 19.12. Evans D, Wood J, Lambert L. *Patient injury and physical restraint devices: a systematic review*. J Adv Nurs. 2003;41:274–282.
20. D. Evans and M. Fitzgerald, "The experience of physical restraint: a systematic review of qualitative research" Contemporary Nurse, vol. 13, no. 2-3, pp. 126–135, 2002.
21. Gallinagh, R., Nevin, R., McAleese, L., & Campbell, L. (2001). *Perceptions of older people who have experienced physical restraint*. British Journal of Nursing, 10(13), 852-859.
22. Corey T, Weakly-Jones B, Nicols G, Theuer H. *Unnatural deaths in nursing home patients*. J Forensic Sci. 1992;37:222–227.
23. Dube A, Mitchell E. *Accidental strangulation from vest restraints*. JAMA. 1986;256:2725–2726.
24. Phillips, CD. Hawes, C. Fries, BE. *Reducing the use of physical restraints in nursing homes: Will it increase costs?*. American Journal of Public Health (1993); 83: 342-348.