



**Universidad Internacional de La Rioja**

**Máster en Intervención Social en las Sociedades del Conocimiento**

**Título del Trabajo:** Centros Libres de Sujeciones y desarrollo del “Programa Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer” en un centro gerontológico

**Trabajo Fin de Máster presentado por:** Tania Camino Sánchez

**Titulación:** Máster en Intervención Social en las Sociedades del Conocimiento

**Director/a:** Dr. José Manuel García Moreno

**CATEGORÍA TESAURO:**

3.4. Trabajo y Educación social

3.4.4. Intervención Social

## RESUMEN

Conceptos tales como cuidados dignos y respetuosos o modelos de atención integral centrados en la persona, están cada vez más presentes en los centros sociosanitarios. Pero aun así, España sigue siendo un país tolerante con las sujeciones; la falta de formación está en la base de este problema. El objeto de este trabajo es dar a conocer los daños que las sujeciones pueden acarrear, así como poner en conocimiento alternativas al uso de las mismas. También pretende dar cuenta de la aplicación del Programa Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer, con el fin de retirar las sujeciones en un centro gerontológico y así ofrecer un trato asistencial de calidad, digno y humano. Para ello desde CEOMA y, junto con el Doctor Burgueño al frente, el Centro se enfrenta a un proceso de transformación que requiere de esfuerzo, formación, información así como de la implicación de todo el equipo y de la colaboración de las familias.

Palabras clave: **Sujeciones, caídas, alteración conductual, Programa Desatar, demencia, ética**

## ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	
<b>2. OBJETIVOS</b>	<b>5</b>
<b>3. MARCO TEÓRICO</b>	<b>6</b>
3.1. Cimientos del cuidado sin sujeciones	
3.2. Sujeciones y clasificación	17
3.3. Antecedentes	21
3.4. Legislación	24
3.5. Efectos del uso de sujeciones físicas	35
3.6. Programa Desatar	38
<b>4. METODOLOGÍA</b>	<b>41</b>
4.1. Contexto en el que se enmarca la intervención	42
4.2. Diseño	42
4.3. Población a la que se dirige	42
4.4. Instrumentos de análisis	42
<b>5. RESULTADOS EN CENTRO GERONTOLÓGICO</b>	<b>45</b>
5.1. INTRODUCCIÓN	45
5.2. DIAGNÓSTICO	52
5.3. INTERVENCIÓN	56
<b>6. CONCLUSIONES</b>	<b>95</b>
6.1. APLICABILIDAD	99
6.2. FUTURAS LÍNEAS D INVESTIGACIÓN	99
<b>7. BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>100</b>
<b>8. ANEXO</b>	<b>103</b>

# 1. INTRODUCCIÓN

Tal y como se refleja en el observatorio social de las personas mayores (2015) se está produciendo un envejecimiento por descenso de natalidad que se refleja en el estrechamiento de la base piramidal. Si a esto le sumamos el aumento de la esperanza de vida y que en quince años aproximadamente las generaciones del Baby Boom comenzarán a entrar en las edades de jubilación, llegaremos a la conclusión de que la importancia de nuestros mayores en la sociedad se convierte en un reto de sostenibilidad social, política y económica.

El aumento de esperanza de vida trae consigo unos costes, algunos de ellos asociados a enfermedades o patologías diversas a las que debemos dar respuesta. Dicha respuesta se traduce en atención de calidad, entendiendo como tal cuidados integrales y centrados en la persona que garanticen los derechos humanos, propicien su autonomía y salvaguarden su dignidad.

Este modelo exige cambios organizativos en los servicios sociosanitarios, exige superar el modelo actual basado en la satisfacción de necesidades y provisión de cuidados, fundamentalmente asistenciales y sanitarios, y ofrecer respuestas más integrales y centradas en la persona, que se ajusten más a sus necesidades y permitan participar en el plan de cuidados y apoyo al propio proyecto de vida.

Este modelo es el punto de partida para llevar a cabo programas tales como "Desatar al Anciano y Enfermo de Alzheimer" en el cual, se trata de retirar las sujeciones que restringen el movimiento del anciano y vulneran sus derechos, teniendo además de estos otros costes asociados que se detallan en este trabajo.

Por sectores de gasto, puede verse que todas las Administraciones han perdido recursos destinados a la atención sanitaria a lo largo de los años de crisis (Observatorio Social de las Persona Mayores, 2015 Federación de Pensionistas y Jubilados de CCOO), pero los cuidados dignos no debieran verse influidos por este tipo de políticas. De hecho, como veremos a continuación, en la consecución de un centro libre de sujeciones el factor económico no es el principal.

En el presente trabajo, además de lo expuesto con anterioridad, se analizará como la gestión de sujeciones es un tema muy trabajado y en el que se encuentran muy aventajados ciertos países del mundo, pero España aún se siguen utilizando en exceso, con una prevalencia general de entre el 10%-20%.

Las personas sometidas a algún tipo de sujeción se enfrentan a una pérdida de autonomía, dignidad y autoestima, algo totalmente contradictorio al modelo de atención integral centrado en la persona (MAICP), por tanto, se consideran una forma de trato inadecuado que afecta a personas especialmente vulnerables.

Posteriormente se describirá el Programa Desatar, centrándose en este trabajo especialmente en las sujeciones físicas, reflejando las ventajas que el mismo tiene para pasar a conocer el proceso de retirada de sujeciones en un Centro Gerontológico de Navarra, el cual, al igual que otros muchos, busca una calidad asistencial suprema.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. OBJETIVO GENERAL**

- ✓ Conocer las bases sobre las que se asienta el Programa Desatar

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- ✓ Analizar el Modelo de Atención Integral Centrado en la Persona
- ✓ Describir otras corrientes y conceptos sobre los que se sustenta

### **2.2. OBJETIVO GENERAL**

- ✓ Conocer aspectos relevantes de las sujeciones en Instituciones Sociosanitaria

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- ✓ Definir y comprender el concepto de sujeción y su clasificación
- ✓ Comparar la situación de España con la de Europa y otras partes del mundo e identificar los factores que puedan generar esa desigualdad
- ✓ Enumerar los efectos contraproducentes y los beneficios de su retirada

## 2.3. OBJETIVO GENERAL

- ✓ Presentar el Programa Desatar al anciano y enfermo de Alzheimer y describir los resultados logrados en un Centro Gerontológico de Navarra

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Conocer el proceso de aplicación en un Centro Gerontológico de Navarra
- ✓ Cuantificar la reducción de sujeciones en 10 meses de desarrollo en el Centro Gerontológico

## 3. MARCO TEÓRICO

### 3.1. CIMIENTOS DEL CUIDADO SIN SUJECIONES

- **El modelo de atención integral y centrado en la persona**

El cuidado sin sujeciones tiene sus cimientos sobre el modelo de atención integral centrado en la persona (MAICP). Según la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG), la atención ha de ser integral, lo que requiere el desarrollo de una serie de servicios e intervenciones que van más allá de la prestación clásica de los servicios sociales y que, por tanto, debe articularse con los apoyos necesarios para permitir el desarrollo de los proyectos de vida de las personas en su entorno.

Como su mismo nombre indica, este modelo también se orienta plenamente en la persona, teniendo en cuenta que el fin último es la calidad de vida de la misma. Por ello, este modelo se basa en principios como la autodeterminación, la independencia, la autonomía, la dignidad, la privacidad, la confidencialidad, etc. Es decir, con este modelo se busca ir más allá de un mero cuidado asistencial y personalizado, se pretende que la persona sea el centro de la atención, teniendo en cuenta sus deseos, preferencias y protegiendo los derechos de las personas mayores.

Ello implica tener en cuenta cada deseo de la persona mayor, implicarle en la toma de decisiones de lo que es su propia vida, incluso por pequeñas que puedan ser; debemos

diseñar e implementar programas por y para ellos. Nuestros mayores deben estar en el plano principal, quedando nosotros, profesionales, en segundo lugar.

Los orígenes de la Planificación Centrada en la Persona surgieron en los años 70-80 en EEUU, a modo de reivindicación, en el ámbito de la discapacidad, donde se pretendía que estas personas tuvieran un papel activo en el diseño de su programa de vida. Todo ello teniendo en cuenta a la persona de forma individualizada (deseos, historia de vida, preferencias, aficiones, etc.). Tal y como apunta Sennett, R. (2003), “la Planificación Centrada en la Persona ayuda a evitar que la gente se vea privada del control de su propia vida y que se convierta en una mera espectadora de sus necesidades.”

Tras esto, este modelo se fue haciendo hueco en otros ámbitos como es el de la gerontología. Basado en esto han surgido experiencias de Housing o Cohousing o unidades de convivencia. La idea no es otra que vivir “fuera de casa, pero como en casa” (Díaz-Veiga y Sancho, 2012; Rodríguez, 2011).

El modelo Housing surgió centrando la atención en uno de los mayores deseos de la población de tercera edad, el cual era, envejecer en su casa, incluso siendo una persona dependiente. En este sentido, se trata de buscar que la persona permanezca en su casa, en su entorno, y que sea ahí mismo donde se le brinden los servicios y los apoyos. Entendiendo que este modelo favorece que la persona pueda gozar de mayor capacidad de decisión, mayor privacidad, mayor independencia y poder estar rodeada de sus pertenencias y recuerdos más significativos hasta los últimos días.

De no ser posible esta idea, en los países nórdicos, tras el rechazo a las instituciones al uso, surgió la idea del Cohousing o unidades convivenciales en las que se vuelven a primar los valores arriba expuestos y en los que se convive con otras personas, pero disponiendo de tus propios espacios privados, existiendo también otros compartidos. Dichas unidades suelen ser de grupos no muy numerosos en los que teniendo en cuenta la individualidad y especificidad de cada persona, se prestan los apoyos necesarios, contando a veces, con auxiliares de enfermería u otros servicios que se puedan disponer.

La estructura de dichas unidades suele asemejarse a un “hogar”, a simular estancias lo más parecidas posibles a las casas de nuestros mayores, en las que además puedan personalizar sus habitaciones, incluso áreas comunes. En cuanto a las actividades que se realizan, se trata de incorporar en el abordaje terapéutico, actividades adecuadas a los

deseos y preferencias de los mayores, hablamos así de actividades significativas y en la que tengan cabida sus familiares y amigos. Teniendo en cuenta las rutinas que ellos tenían, los horarios, las costumbres, etc. para así acercarnos a un trato más digno y valioso.

Además, se presta importancia al contacto con el exterior, a la inclusión e integración social de todos y cada uno de los residentes. En estas unidades se va más allá de un mero cuidado asistencial y el foco se dirige a una calidad integral del cuidado, donde la persona mayor sea protagonista, independientemente de su estado cognitivo o físico; todos pueden aportar algo, cada uno en la medida de sus posibilidades, por eso se trata de una integración real, tanto dentro de la unidad de convivencia como dentro de su contexto (barrio, ciudad, etc.). Por ello, además de la parte interior de la unidad de convivencia, también se dedica un espacio para el contacto con el exterior (terraza, jardín, etc.) y se realizan actividades significativas en el exterior relacionadas con las costumbres y deseos de los mayores.

#### ➤ **Concepto de dignidad**

Un concepto clave en este modelo, así como en el planteamiento de cuidado sin sujeciones, es el de dignidad, entendiendo como tal, el reconocimiento que se le hace a una persona de lo valiosa que es por el mero hecho de ser persona, sin tener en cuenta ningún tipo de característica individual, ni social, ni cultural, ni religiosa.

El concepto de dignidad humana es reconocido, a nivel constitucional, como principio fundamental. Así también se hace alusión en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO.

En lo que a las personas mayores se refiere, como personas que son, deben ser tratadas con respeto, deben recibir un trato digno, al igual que al resto de la humanidad. Pero hay ciertos colectivos, como el de la tercera edad (los/as niños/as podrían ser otro de estos colectivos) que por su situación de fragilidad o dependencia son más vulnerables a recibir un trato poco digno.

Tal y como se recoge en la “Guía para la Intervención Profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia” (2011) el trato digno a las personas mayores se concreta en: a) el bienestar físico y emocional, b) el



respeto y apoyo a las propias decisiones y preferencias en relación con la vida cotidiana, c) la promoción de la independencia desde la creación de entornos físicos y sociales facilitadores, d) la protección y garantía de la intimidad y la privacidad, e) la protección de la propia identidad y el cuidado de la imagen personal, f) el fomento de la inclusión social o g) el respeto a la edad adulta.

En realidad lo que este modelo viene a decir es, que la atención que brindemos al mayor debe ser totalmente individualizada, ya que como persona es única, con todas sus características propias y todo su bagaje personal que le hacen ser como es. La persona en sí misma debe tener un papel activo en su vida, dejando de lado ese papel pasivo del mayor y meramente paternalista que realizábamos, nosotros los profesionales, hasta ahora, en el que los profesionales adquiríamos un papel de expertos a los que no se nos podía cuestionar nada, trabajando desde una perspectiva totalmente vertical, cuando deberíamos de invertir la misma, poniendo en lo más alto al verdadero protagonista de la historia, que en este caso es nuestro mayor.

El mismo paralelismo se puede hacer con lo que ha venido sucediendo en la educación, donde se veía al alumno como un mero agente pasivo y al maestro un profesional que lideraba la clase, dando poca o ninguna cabida al alumnado. Esta visión se ha ido transformando a lo largo de los años, poniendo al alumno en el plano principal y dotándole de la importancia que se merece para hacerle partícipe activo de su proceso de aprendizaje.

### ➤ **Psicología Humanista**

Podemos aludir a la psicología humanista como referente de la andadura de poner el interés en la persona. Es a Carl Rogers (1942) a quien se le atribuye la contribución de la terapia centrada en el cliente o terapia no directiva, con la que busca atribuir a la persona la importancia que merece y deja al terapeuta como favorecedor y acompañante de ese proceso de autocomprensión del cliente (término que sustituyó por el de paciente por el mismo motivo). Rogers cree que las herramientas para ese autoconocimiento y para el cambio están en el cliente. No hay nadie mejor que uno mismo para saber que pasa en su interior, para conocerse a sí mismo y a partir de ahí poder avanzar.

### ➤ **Ética asistencial**

Otro referente, además de esta corriente psicológica, y que ha servido de respaldo al modelo de atención centrado en la persona es la ética asistencial. En la misma se detallan los 4 principios de la bioética (muy presentes en el MACP): no maleficencia, la justicia, la autonomía y la beneficencia. Los dos primeros se consideran la ética de mínimos, es decir, son de obligatoriedad para los profesionales e instituciones, y a los dos últimos, se les considera ética de máximos, estando ésta regida por el código moral de cada uno.

La definición de estos 4 principios, en relación con la intervención que se realiza en los centros de personas mayores en situación de dependencia y por tanto mayor fragilidad y vulnerabilidad, es la siguiente (Moya, 2006):

- ✓ El principio de no maleficencia obliga a los profesionales de los servicios gerontológicos a no hacer daño (físico, psicológico o social) a la persona mayor ni a sus familiares, así como a realizar buenas prácticas en la intervención. En la práctica profesional diaria esto se traduce en la obligación de realizar aquellas intervenciones que están indicadas, por suponer beneficios para las personas, y evitar las que están contraindicadas. Se entiende por quebrantamiento de este principio tanto la acción de alguna intervención que se conoce como dañina, así como la omisión de alguna intervención que se sabe que genera beneficios.
- ✓ El principio de justicia obliga moralmente a los profesionales de los recursos de atención a personas mayores a no discriminar a ninguna persona por razones sociales y a distribuir los recursos de forma equitativa entre las personas de similar necesidad. Esto es tanto competencia de políticos y gestores como de los profesionales que trabajamos cada día en la atención directa, cada uno en su medida.
- ✓ El principio de autonomía dicta a los profesionales de los centros de atención social a promover y respetar las decisiones de las personas usuarias. Ello implica reconocer el derecho de las personas mayores a tener y expresar sus propias opiniones, así como a identificar y llevar a cabo intervenciones basadas en sus valores, creencias y proyectos de vida.
- ✓ El principio de beneficencia insta a los profesionales de los recursos de atención a personas mayores a hacer el bien a éstas. Esto se traduce en procurar el mayor beneficio para la persona partiendo del concepto subjetivo del bien de la propia persona mayor.

Algunos autores, como Pilar Rodríguez (2006-2010) proponen los siguientes principios y criterios rectores en la atención integral centrada en las personas en situación de dependencia:

PRINCIPIOS (Relacionados con la persona, su dignidad y sus derechos)	CRITERIOS DE INTERVENCIÓN DERIVADOS
AUTONOMÍA	Diversidad
PARTICIPACIÓN	Accesibilidad Interdisciplinariedad
INTEGRALIDAD	Globalidad
INDIVIDUALIDAD	Flexibilidad Atención Personalizada
INDEPENDENCIA	Prevención Rehabilitación
CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN	Coordinación Convergencia

La atención Gerontológica centrada en la persona (Pilar Rodríguez, 2006-2010)

### ➤ **Concepto de Calidad de Vida (CV)**

También debemos hacer alusión al concepto de Calidad de Vida (CV) como término significativo en la filosofía de cuidar sin sujetar. Este es un término que tiene un amplio recorrido aunque, como dice García Riaño (1991), no existen referencias históricas bibliográficas del concepto de CV como tal, por lo que para conocer su historia, en ocasiones, tendríamos que hacer referencia a otros conceptos como salud, bienestar y felicidad (pero trataremos de no remontarnos a tiempos muy lejanos ya que éste concepto no es el objetivo de este trabajo). Por ejemplo, significativo para el concepto de CV actual es la definición de la OMS de la salud (1948), la cual es definida como " un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". La definición de salud desde este punto de vista positivista y multidimensional hace que deba tener cabida la vertiente multidisciplinar y dejar de lado el modelo exclusivamente biológico, teniendo muy en cuenta el modelo biopsicosocial.

Resumiendo los inicios del concepto de CV, podríamos decir que se remontan a después de la Segunda Guerra Mundial, cuando los investigadores se centraron en conocer la percepción de las personas acerca de si tenían una buena vida o si se sentían

financieramente seguras (Campbell, 1981; Meeberg, 1993). Posteriormente, en los años 60, los científicos sociales intentan explicar el concepto de calidad de vida a través de cuestiones objetivas como estado socioeconómico, nivel educacional o tipo de vivienda, pero éstos no fueron capaces de explicar un gran porcentaje de la varianza del concepto, por lo que se empiezan a introducir dimensiones subjetivas, hablamos de indicadores psicológicos, en los estudios como felicidad y la satisfacción, los cuales explicaban sobre un 50% de la varianza (Campbell & Rodgers, 1976; Haas, 1999).

A partir de aquí surgen diversas definiciones del concepto de CV, el cual a día de hoy sigue sin obtener consenso, pero podríamos decir que, según Cummins (2004), el concepto de CV incorpora tres ramas de las ciencias: economía, medicina y ciencias Sociales. Estas disciplinas, cada una desde su perspectiva, han impulsado el desarrollo del concepto de CV tal y como debiera ser.

A pesar de la falta de consenso en cuanto a su definición, no cabe duda que es un concepto cada vez más utilizado en el ámbito de la educación, de los servicios sociales y de la salud.

Algunas definiciones para el concepto de calidad de vida son las siguientes:

- ✓ Shaw (1977) Define la calidad de vida de manera objetiva y cuantitativa, diseñando una ecuación que determina la calidad de vida individual:  $QL = NE \times (H + S)$ , en donde NE representa la dotación natural del paciente, H la contribución hecha por su hogar y su familia a la persona y S la contribución hecha por la sociedad. Críticas: la persona no evalúa por sí misma, segundo, no puede haber cero calidad de vida.
- ✓ Hornquist (1982) Define en términos de satisfacción de necesidades en las esferas física, psicológica, social, de actividades, material y estructural.
- ✓ Calman (1987) Satisfacción, alegría, realización y la habilidad de afrontar... medición de la diferencia, en un tiempo, entre la esperanza y expectativas de una persona con su experiencia individual presente.
- ✓ Opong et al., (1987) Condiciones de vida o experiencia de vida.
- ✓ Ferrans (1990b) Calidad de vida general definida como el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para él o ella.
- ✓ Martin & Stockler (1998) Tamaño de la brecha entre las expectativas individuales y la realidad a menor intervalo, mejor calidad de vida.
- ✓ Haas (1999) Evaluación multidimensional de circunstancias individuales de vida en el

contexto cultural y valórico al que se pertenece.

- ✓ Bigelow et al., (1991) Ecuación en donde se balancean la satisfacción de necesidades y la evaluación subjetiva de bienestar.
- ✓ Lawton (2001) Evaluación multidimensional, de acuerdo a criterios intrapersonales y socio-normativos, del sistema personal y ambiental de un individuo.
- ✓ Una definición importante es la que nos ofrece la Organización Mundial de la Salud, la cual enfatiza la perspectiva subjetiva de este concepto. La OMS la definición de Calidad de Vida como "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con su entorno"(1994).
- ✓ M. A. Verdugo (2007), autor de referencia en el concepto de calidad de vida, plantea éste como "un concepto identificado con el movimiento de avance, innovación y cambio en las prácticas profesionales y en los servicios, permitiendo promover actuaciones a nivel de la persona, de la organización y del sistema social".

Según Verdugo todo ese movimiento de avance se traduce en un cambio conceptual de las tareas cotidianas que se fundamenta en:

- Pasar de un sistema centrado en las limitaciones de la persona a otra centrada en el contexto, en la interacción y en las potencialidades de ésta, que supone un enfoque ecológico.
- Pasar de un sistema centrado en la eficacia de los servicios, programas y actividades a otro que se centre en los avances en la calidad de vida y los cambios y mejoras deben reflejarse en cada persona.
- Pasar de un sistema centrado en los profesionales (como anteriormente) a otro que tenga en cuenta a la persona y a sus familiares, siendo éstos los más relevantes.

Según Verdugo, este enfoque se dirige a un Programa de Atención Individualizado, que en los Centros Residenciales se traduce en acciones por parte de todos los profesionales dirigidas a cada persona, de forma totalmente personalizada.

Un modelo referente en la actualidad, porque las dimensiones que propone han sido constatadas en diversos estudios transculturales en el campo de la salud mental, la educación, la discapacidad, la salud y las personas mayores, es el Modelo de Calidad de Vida de Shallock y Verdugo (2002). Este modelo entiende la CV como un concepto multidimensional compuesto por ocho dimensiones diferentes, las cuales, además pueden ser evaluadas a través de varios indicadores.

<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>
<b>1. Bienestar emocional</b>	<p>1. Satisfacción: estar satisfecho, feliz y contento.</p> <p>2. Autoconcepto: estar a gusto con su cuerpo, con su forma de ser, sentirse valioso.</p> <p>3. Ausencia de estrés: disponer de un ambiente seguro, estable y predecible, no sentirse nervioso, saber lo que tiene que hacer y que puede.</p>
<b>2. Relaciones Interpersonales</b>	<p>4. Interacciones: estar con diferentes personas, disponer de redes sociales.</p> <p>5. Relaciones: tener relaciones satisfactorias, tener amigos y familiares y llevarse bien con ellos.</p> <p>6. Apoyos: sentirse apoyado a nivel físico, emocional, económico. Disponer de personas que le ayuden cuando lo necesite y que le den información sobre sus conductas.</p>
<b>3. Bienestar Material</b>	<p>7. Estatus económico: disponer de ingresos suficientes para comprar lo que necesita o le gusta.</p> <p>8. Empleo: tener un trabajo digno que le guste y un ambiente laboral adecuado.</p> <p>9. Vivienda: disponer de una vivienda confortable, donde se sienta a gusto y cómodo.</p>
<b>4. Desarrollo Personal</b>	<p>10. Educación: tener posibilidades de recibir una educación adecuada, de acceder a títulos educativos, de que se le enseñen cosas interesantes y útiles.</p> <p>11. Competencia personal: disponer de conocimientos y habilidades sobre distintas cosas que le permitan manejarse de forma autónoma en su vida diaria, su trabajo y su ocio, sus relaciones sociales.</p> <p>12. Desempeño: tener éxito en las diferentes actividades que realiza, ser productivo y creativo.</p>
<b>5. Bienestar físico</b>	<p>13. Salud: tener un buen estado de salud, estar bien</p>

	<p>alimentado, no tener síntomas de enfermedad.</p> <p>14. Actividades de la vida diaria: estar bien físicamente para poder moverse de forma independiente y realizar por sí mismo actividades de autocuidado, como la alimentación, el aseo, vestido, etc.</p> <p>15. Atención sanitaria: disponer de servicios de atención sanitaria eficaces y satisfactorios.</p> <p>16. Ocio: estar bien físicamente para poder realizar distintas actividades de ocio y pasatiempos.</p>
<b>6. Autodeterminación</b>	<p>17. Autonomía/Control Personal: tener la posibilidad de decidir sobre su propia vida de forma independiente y responsable.</p> <p>18. Metas y valores personales: disponer de valores personales, expectativas, deseos hacia los que dirija sus acciones.</p> <p>19. Elecciones: disponer de distintas opciones entre las cuales elegir de forma independiente según sus preferencias, por ejemplo, dónde vivir, en qué trabajar, qué ropa ponerse, qué hacer en su tiempo libre, quiénes son sus amigos.</p>
<b>7. Inclusión Social</b>	<p>20. Integración y participación en la comunidad: acceder a todos los lugares y grupos comunitarios y participar del mismo modo que el resto de personas sin discapacidad.</p> <p>21. Roles comunitarios: ser una persona útil y valorada en los distintos lugares y grupos comunitarios en los que participa, tener un estilo de vida similar al de personas sin discapacidad de su edad.</p> <p>22. Apoyos sociales: disponer de redes de apoyo y de ayuda necesaria de grupos y servicios cuando lo necesite.</p>
<b>8. Derechos</b>	<p>23. Derechos humanos: que se conozcan y respeten sus derechos como ser humano y no se le discrimine por su discapacidad.</p> <p>24. Derechos legales: disponer de los mismos derechos que el resto de los ciudadanos y tener acceso a procesos legales para asegurar el respeto de estos derechos.</p>

Modelo de Calidad de Vida de Salhock y verdugo (2002)

Debido a la multidimensionalidad del concepto, a los factores subjetivos que la conforman y la carencia de consenso en su definición, la evaluación de la CV no es fácil (Cummins, 2005; Aguado, Alcedo, Rueda, González y Real, 2008), pero sí prioritaria. Pese a esta dificultad, podemos decir que al menos se ha conseguido consensuar que es imprescindible realizar mediciones, tanto desde una óptica subjetiva como objetiva.

Un indicador que habitualmente se usa para medir la calidad de vida, es el [Índice de Desarrollo Humano](#) (IDH), establecido por las Naciones Unidas para medir el grado de desarrollo de los países a través del [Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo](#) (PNUD), cuyo cálculo se realiza a partir de la combinación de las siguientes variables (no se consideran los términos de forma aislada):

1. [Esperanza de vida](#).
2. [Educación](#), (en todos los niveles).
3. [Per cápita](#).

El cálculo de estos tres representará cuál es el bienestar de la persona.

A diferencia de España, los países con el IDH más alto son [Noruega](#), [Nueva Zelanda](#), [Australia](#), [Suecia](#), [Canadá](#) y [Japón](#).

Cabe mencionar, que existen muchas escalas para valorar aspectos específicos de la calidad de vida: en cuanto a la evaluación de bienestar subjetivo tenemos el Instrumento de evaluación multinivel de bienestar general en ancianos (Lawton 1982), Inventario de Felicidad de Oxford (Argyle, M. y col 1989), etc.; en cuanto a escalas que evalúan aspectos de la salud podemos mencionar el MMPI (Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota) relacionado con la salud mental, PPP: Perfil de la percepción del dolor (Tursky B., 1976), etc. ; respecto a escalas de evaluación de habilidades funcionales en la enfermedad podemos citar el Cuestionario Multidimensional OARS de Evaluación Funcional (Duke University, 1975), Escala de Observación de actividades de la vida diaria (Montorio, I. 1990), etc.

Como ejemplos más cercanos, tanto en tiempo como en lugar geográfico, el Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales (ICASS), como una organización de la Administración pública de la Generalitat de Cataluña y con la colaboración del Instituto de Integración de la Comunidad (INICO) de la Universidad de Salamanca , desarrollaron la escala de valoración de calidad de vida de GENCAT (Verdugo et.al., 2008), enmarcada en el Plan de Mejora de la Calidad en Cataluña y como herramienta innovadora para el desarrollo



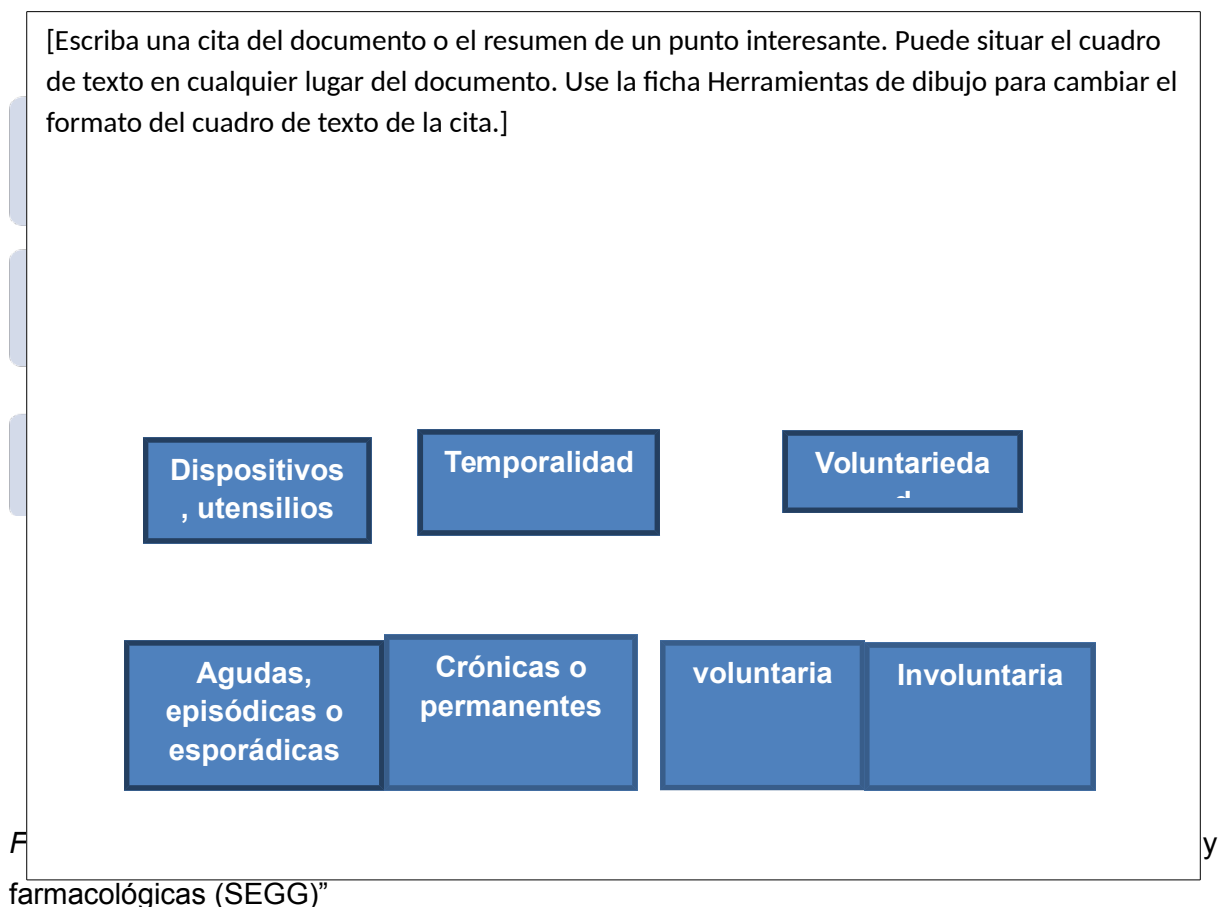
y evaluación de los servicios sociales en un contexto internacional).

Esta escala se define como una herramienta de evaluación objetiva, basada en los avances del modelo multidimensional de calidad de vida propuesto por Schalock y Verdugo (2002/2003), y creada con la intención de una mejora continua de los servicios sociales.

En terreno y fecha cercana también podemos hablar de la Escala Fumat (Verdugo et al., 2009), la cual, se construyó dirigida a personas mayores con discapacidad y personas con discapacidad física grave.

### 3.2. SUJECIONES Y CLASIFICACIÓN

Según el Documento de Consenso sobre Sujeciones Mecánicas y Farmacológicas, elaborado por el Comité Interdisciplinar de Sujeciones (SEGG), existen diversas clasificaciones en función del criterio al que atendamos, algunos de ellos pueden ser los siguientes:



Para mejorar la comprensión de la figura 1 expuesta, a continuación haremos una exposición más detallada.

✓ Respecto a la temporalidad, decir que las agudas, episódicas o esporádicas se consideran, según el Documento de Consenso de Sujeciones Mecánicas y Farmacológicas, aquellas que se utilizan de forma excepcional y puntual en determinados momentos, horas, y días (en general menos de 2-3 días), en los que la persona sufre un episodio agudo de excitación y agitación, entrando en una situación de riesgo y no es posible calmarle de otra forma. En cambio, según el Documento de Consenso de Sujeciones Mecánicas y Farmacológicas, las crónicas o permanentes son aquellas que su utilización es superior a 2-3 días o una semana, y que en muchos casos, en los que en la práctica diaria, lamentablemente se pautan, no se revisan, o si se revisan se limitan a ser corroboradas de forma indefinida.

✓ En relación a la voluntariedad, solamente las involuntarias se consideran restricción; las voluntarias se entienden cuando una persona sin deterioro cognitivo decide llevar una sujeción como protección.

✓ En cuanto a las sujeciones físicas y farmacológicas, esta es la clasificación a la que nos ceñiremos en este trabajo, en el que también aludiremos a los utensilios y dispositivos. Pese a que nos centraremos en las físicas, a menudo, están estrechamente relacionadas con las farmacológicas y, por ello, es necesario conocer ambos conceptos y sus definiciones.

### ➤ **Sujeción física**

Entendemos por sujeción física “cualquier dispositivo, material o equipo aplicado a una persona, unido a ella o cerca de su cuerpo, que no pueda ser controlado o retirado con facilidad por ella misma y que deliberadamente evita o intenta evitar su libertad de movimientos, o su actividad física, o el natural acceso a cualquier parte de su cuerpo” (adaptado de Rein Tideiksaar, Ph. D., President of Fall Prevent, LLC (2005) y Antonio Burgueño, coordinador del Programa Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer de CEOMA).

Entre las sujeciones físicas más conocidas nos encontramos manoplas, los cinturones (con cierre magnético o no magnético) en sillas (cinturón abdominal, abdominoperineal) y camas (abdominal), chalecos que en principio se usan para mantener erguido el tronco así como chalecos de sujeción a tronco y periné, las “sábanas fantasmas” o pijamas con cremallera por detrás usados con el fin de que el residente no se manipule debajo del pañal o se lo

quite, dos barandillas o protectores cubrebarros de cama con carácter restrictivo. Todos estos están homologados pero se consideran sujeciones ya que cumplen la función de restringir el movimiento de la persona (ver imágenes que se muestran a continuación).



En ocasiones, incluso se usan métodos no homologados como “sábanas enrolladas” con la que se ata el cuerpo del residente a una silla, cama, etc. También, se usa el método de poner la silla de ruedas del residente entre la mesa y una pared o una columna, o bloquear la silla de ruedas, así como poner cualquier otro elemento que vaya de un lado a otro del reposabrazos e impida que la persona se levante u otros miles de métodos caseros que se nos puedan ocurrir, que sin estar homologados realizan la función de sujetar.

También podríamos hablar de las tablas que se puede acoplar a ciertas sillas, sillones y que utilizados de forma adecuada tendrían función de apoyo para comer, escribir, etc. pero que frecuentemente se usan como métodos de sujeción.

Finalmente, pero menos utilizados hoy en día son las tobilleras y muñequeras que se pueden usar tanto en silla como en cama.

Como hemos comentado anteriormente, ambas sujeciones van de la mano, ya que según se confirma desde CEOMA, concretamente desde el Programa Desatar, hay diversos fármacos asociados a caídas, para intentar evitar las cuales se usan sujeciones físicas. Estos fármacos a los que se hace referencia son: hipnóticos (somniaferos), sedantes, antipsicóticos, antihipertensivos, diuréticos, antidepresivos y anticonvulsivos.

➤ **Sujeción química**

En cuanto a las sujeciones químicas, se definen como “el uso inadecuado de fármacos (psicotrópicos, tranquilizantes, sedantes, etc.), fundamentalmente aquellos que actúan a nivel del Sistema Nervioso Central, para manejar o controlar una conducta inadecuada o molesta (p. e.: vagabundeo, agresividad verbal, no colaboración en los cuidados, etc.) o restringir la libertad de movimiento del paciente, de manera que quedan inhibidas sus actividades (levantarse de la silla, salir de la cama, ir al cuarto de baño, acudir a actividades sociales, etc.), sin ser un tratamiento estándar para la condición médica o psicológica del paciente y que no tiene base en un desorden psiquiátrico diagnosticado. Dicho de otro modo, es el uso de fármacos psicotrópicos para manejar un problema para el cual existe un tratamiento mejor” (adaptado de Rein Tideiksaar, Ph. D., President of Fall Prevent, LLC (2005) y Antonio Burgueño, coordinador del Programa Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer de CEOMA).

Según CEOMA los fármacos más utilizados son los antipsicóticos (el conocido haloperidol, risperidona, etc.) y con menor asiduidad las benzodiazepinas (diazepam, lorazepam, etc.). También podríamos hablar de hipnóticos/sedantes (clometizol), antidepresivos sedantes (trazodona) y antiepilépticos con efectos sedantes (gabapentina). Pese a todo esto, cabe exponer, que no todos los centros usan los fármacos con usos restrictivos, es por ello que en estos casos no se consideran sujeción.

**3.3. ANTECEDENTES**

Los antecedentes nos dicen, como podemos ver en esta tabla, que España era el país con mayor prevalencia en uso de sujeciones (entre los países que publican datos).

*Tabla 1. Comparación de prevalencia de uso de restricciones físicas en 8 países. Porcentaje de residentes que son sometidos a algún tipo de sujeción física, diaria y no diariamente*

<b>Países</b>	<b>Dinamarca</b>	<b>Japón</b>	<b>Islandia</b>	<b>Suecia</b>	<b>EEU</b>	<b>Italia</b>	<b>Francia</b>	<b>España</b>
---------------	------------------	--------------	-----------------	---------------	------------	---------------	----------------	---------------

%	2,2	4,5	8,5	15,2	16,5	16,6	17,1	39,6
---	-----	-----	-----	------	------	------	------	------

Extraído de la revista Age and ageing (1997). Ijunggren, 1997

Además, con un porcentaje mucho más alto, incluso que Francia, que es otro de los países que le sigue en el ranking a España. Y ni que decir tiene si lo comparamos con países como Dinamarca que son ejemplos claros a seguir y pioneros en estos temas.

*Tabla 2. Porcentajes de uso de sujeciones en Residencias de California, New Hampshire (EEUU)*

	% residentes con sujeciones en 1991	% residentes con sujeciones en 2005
<b>New Hampshire</b>	8,6%	3,2%
<b>California</b>	26,7%	13,5%
<b>EEUU</b>	21,5%	3,2%

California Ombudsman Bi-Annual Training Conference celebrada en 2007.

La razón de este descenso radica en la iniciativa de algunos profesionales para encontrar alternativas a los cuidados con sujeción. A partir de aquí, en 1987 entra en vigor la Ley OBRA'87 que comenzó a regular el uso de sujeciones en busca de Centros que garantizaran cuidados de calidad.

Si abordamos las razones por las que ciertos países tienen una prevalencia de uso de sujeciones muy baja, por ejemplo Dinamarca, y otros no, como España, podemos

razonarlos, por un lado, desde el punto de vista cultural y, por otro, desde el punto de vista legal.

En cuanto al primero decir que la cultura y la educación son pilares fundamentales en la visión que tengamos hacia las sujeciones. Estas diferencias culturales conllevan actitudes y visiones dispares hacia este tema. Muy relacionado con esto estaría la educación y la formación con la que estos países cuentan, siempre pioneros en cuestiones educativas, debido en parte a la inversión que hacen en ello.

En cuanto al tema legal, muchos de esos países (como veremos en el apartado de legislación) disponen de leyes que restringen el uso de sujeciones, a diferencia de España, la cual solo dispone de leyes y decretos en el ámbito de los servicios sociales autonómicos que hacen referencia a sujeciones físicas.

Parece que en España, las pocas experiencias que se realizaron antes de que comenzara en 2003 el “Programa Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer”, patrocinado por la Confederación Española de organizaciones de mayores, habían sido ineficaces, incluso acabaron corroborando que las sujeciones eran necesarias. Este fracaso viene de la mano de la escasa formación, asesoramiento y escaso respaldo legal con la que se encontraban las instituciones para desatar. La ley en aquella época hacía referencias muy limitadas a las sujeciones físicas.

Cuando empezó la andadura de este programa, en los primeros años, CEOMA se ocupó de acercarse al mundo de las sujeciones y comprender la problemática en España, estableciendo las características de nuestro país. Además se investigó acerca de la prevalencia de uso de sujeciones en España, y de los factores clínicos relacionados. Investigando a la par la percepción que tenían los profesionales acerca de esta cuestión.

Respecto a este último apartado, comentar que es muy relevante conocer la impresión y los puntos de vista de los profesionales que trabajan en estos sectores, ya que el punto de partida en la formación puede ser muy diferente si la predisposición de éstos es positiva o negativa. Si es positiva y las reticencias son escasas la andadura será más sencilla, pero, en cambio, si existe recelo respecto a la retirada de sujeciones (bien por desconocimiento, bien por miedo, bien por acomodación, etc.) el recorrido será más costoso y, por tanto, la labor de sensibilización y concienciación también deberá ser más intensa.

Posterior a esta etapa, se trabajó en la creación de contextos favorables para comenzar a retirar sujeciones. Algunas de las actividades que realizaron fueron campañas de información, formación, sensibilización, promoción de leyes específicas y actividades científicas (dos jornadas internacionales en España sobre las sujeciones).

A día de hoy y desde hace unos años, se viene realizando, desde CEOMA y otras entidades, trabajo de campo en decenas de centros españoles para establecer cuáles son los elementos que favorecen que se sigan utilizando sujeciones (bien pueden ser organizativos, estructurales del Centro, falta de formación y sensibilización, actitud de los profesionales, etc.).

Asimismo, se sigue avanzando en una base de datos de prevalencia y factores relacionados que da cuenta de 717 centros y 29372 residentes (según datos del 2º trimestre de 2013 recogidos en el núm. 212 de la revistas "Informaciones Psiquiátricas).

En los últimos años el programa se ha encaminado a ayudar a los Centros a desatar a sus residentes y a acreditar a aquellos que lo consigan, siendo actualmente 29 centros sin sujeciones en España<sup>1</sup>, de los cuales 16 han sido acreditados por este Programa.

### **3.4. LEGISLACIÓN**

Según la Tercera Jornada sobre sujeciones en Centros Residenciales, Prevención Legal en el uso de sujeciones, haciendo referencia al uso de contenciones vemos que en el aspecto sanitario cuenta con indicaciones, pero también con contraindicaciones (como veremos a continuación).

Además de esta cuestión, sitúa a la persona sobre la que se aplica en un estado de privación o limitación de libertad con consecuencias legales.

La legislación en el ámbito de las sujeciones está presente de una forma sutil, ya que no existe una ley que las prohíba, pero se ha avanzado en este tema, y como veremos en diversas comunidades han salido decretos que favorecen su retirada.

A pesar de la ausencia de un cuerpo robusto de legislación que prohíba las contenciones, sí que existen muchas formulaciones genéricas en torno al respeto hacia la persona que es interesante mencionar.

---

<sup>1</sup>Para ver listado completo de centros acreditados sin sujeción ver anexo 1

- ✓ “Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes”. Artículo 5 de la Declaración Universal de DD.HH.
- ✓ “Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad, sino con observancia de lo establecido en este artículo y en los casos y forma previstos en la Ley”. Constitución Española, artículo 17.
- ✓ La Declaración de Lisboa de Derechos de los Pacientes representa algunos de los derechos principales del paciente que la profesión médica ratifica y promueve. Los médicos y otras personas u organismos que proporcionan atención médica, tienen la responsabilidad conjunta de reconocer y respetar estos derechos.
  - “Derecho a la libertad de elección”
  - “Derecho a la autodeterminación: El paciente tiene derecho a la autodeterminación y a tomar decisiones libremente en relación a su persona”
  - “Si el paciente incapacitado legalmente puede tomar decisiones racionales, éstas deben ser respetadas”
- ✓ “Las decisiones del paciente se emiten por representación en los casos tasados en la Ley”. Ley 41/2002 de Autonomía.
- ✓ Aparte de estas formulaciones genéricas, existen muchas entidades, organismos tanto internacionales, como nacionales como autonómicos que entienden las sujeciones como vulneración de los derechos humanos fundamentales( Guía para la eliminación de sujeciones físicas y químicas en centros de atención sociosanitaria y domicilios. Fundación de Cuidados Dignos):
- ✓ Dentro de los Principios de las Naciones Unidas a Favor de las Personas de Edad se recogen los siguientes artículos (6):
  - 9.1 Todo paciente tendrá derecho a ser tratado lo menos restrictivamente posible y a recibir el tratamiento menos restrictivo y alterador que le corresponde a sus necesidades de salud y a la necesidad de proteger la seguridad física de terceros.
  - 11.11 No se someterá a ningún paciente a restricciones físicas o a reclusión involuntaria salvo conforme a los procedimientos oficialmente aprobados de la institución psiquiátrica y sólo cuando sea el único medio disponible para impedir un daño inmediato o inminente al paciente o a terceros. Estas PRÁCTICAS NO SE PROLONGARÁN más del periodo estrictamente necesario para alcanzar este propósito. Todos los casos de restricción física o exclusión voluntaria, sus motivos y su carácter y duración se registrarán en el historial del paciente. Un paciente sometido a restricción o reclusión será mantenido en condiciones dignas y bajo el cuidado y la supervisión inmediata y regular del personal cualificado. Se



dará pronto aviso de toda restricción física o reclusión involuntaria de pacientes a los representantes personales, de haberlos y de proceder.

- ✓ Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con Respecto a las Aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio de Oviedo), art. 7. (Convenio de 4 abril 1997, ratificado por Instrumento de 23 julio 1999. BOE 20 octubre 1999, núm. 251, [pág. 36825]; rect. BOE 11 noviembre. Actualizado en cuanto que se añade un Protocolo adicional al Convenio por Protocolo de 12 enero 1998 , ratificado por Instrumento de 7 enero 2000):
  - “La persona que sufra un trastorno mental grave sólo podrá ser sometida, sin su consentimiento, a una intervención que tenga por objeto dicho trastorno, cuando la ausencia de ese tratamiento conlleve el riesgo de ser gravemente perjudicial para su salud y a reserva de las condiciones de protección previstas en la ley, que comprendan procedimientos para supervisión y control...”. (7)
- ✓ Apartado 3.7.3 del trabajo “Los Derechos de las Personas Mayores y la Prevención del Maltrato” (Defensor del Pueblo Comunidad Autónoma País Vasco 2009):
  - “... las sujeciones son algo que vulnera un derecho fundamental, como es el derecho a la libertad. Utilizadas en exceso o de forma inadecuada, las sujeciones pueden ser interpretadas como una forma de “abuso”, “negligencia” o “maltrato”...”. (8)
- ✓ Si hablamos de legislación restrictiva podríamos destacar países como Japón o Estados Unidos, como ejemplos de movimientos de racionalización del uso de sujeciones que han derivado en un cambio en la legislación:
  - Japón: Profesionales del Hospital Kamikawa de Tokio desarrollan métodos de cuidados a personas mayores dependientes y en 1998 elaboran el “Free Care Fukuoka Proclamation” con el que se involucran todos los centros del Consejo Nacional de Centros de Cuidados Prolongados a Personas Mayores, empujando al Ministerio de Sanidad y Bienestar a publicar una orden prohibiendo el uso de sujeciones físicas en instituciones públicas de cuidados prolongados (1999).
  - Estados Unidos: Tras la presentación del Nursing Home Reform Amendments of the Omnibus Budget Reconciliation Act de 1987 (OBRA 87), que establece las bases para que se controlen los centros de

cuidados prolongados americanos de una forma efectiva, en aras a garantizar unos mínimos en la calidad de los cuidados. Teniendo como base esta ley se desarrollan diferentes normas federales en las que se regula, entre otras cuestiones, el uso de sujeciones físicas y químicas, con el objetivo de generar un cambio de cultura en el país para eliminar por completo las sujeciones. (9)

- ✓ Otros países como Austria, Dinamarca, Alemania y Países Bajos también disponen de legislación que restringe el uso de sujeciones en centros de atención a personas mayores. A pesar de todas estas consideraciones éticas y legales desarrolladas a nivel internacional, en España actualmente no existe, en el plano estatal, legislación específica que regule el uso de sujeciones, aunque en el ámbito de los servicios sociales autonómicos se han desarrollado diferentes leyes y decretos que hacen referencia explícita a las sujeciones físicas, estableciendo límites a su uso:
  - Art. 6 s), Ley 2/2007 de 27 de marzo – Cantabria: *Derecho a no ser sujeto a ningún tipo de restricción física o intelectual, por medios mecánicos o farmacológicos sin prescripción y supervisión facultativa, salvo que exista peligro inminente para la seguridad física de la persona usuaria o de terceras personas. En este supuesto, los motivos de las medidas adoptadas deberán recogerse de forma razonada en la historia personal, precisarán supervisión facultativa antes de veinticuatro horas y comunicarse a sus familiares más cercanos y al Ministerio Fiscal.*
  - Art. 47.2.i) de la Orden de 4 febrero 2005 de la Conselleria Bienestar Social de la Generalitat Valenciana, 15 de febrero de 2005 – Valencia: *A los usuarios solamente les podrán ser aplicadas medidas de sujeción, por prescripción facultativa motivada y expresa, con indicación de las horas que ha de llevarse a efecto, el tipo de sujeción y duración del tratamiento. Habrá de concurrir el consentimiento expreso y por escrito del usuario, o su representante legal, en su caso, e informándose de ello a la familia. El medio utilizado para la sujeción deberá contar con la correspondiente homologación. Caso de que el usuario o su representante legal no preste su consentimiento, el centro podrá exigir que dicho rechazo conste por escrito.*
  - Decreto 284/1996 modificado por el Decreto 176/2000, art. 5.1 g) – Cataluña: *Derecho a no ser sometido a ningún tipo de inmovilización o*

*restricción física o farmacológica sin prescripción médica y supervisión, salvo que exista peligro inminente para la seguridad física del usuario o de terceras personas. En este último caso, las actuaciones efectuadas tendrán que justificarse documentalmente en el expediente asistencial del usuario.*

- ✓ Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales – Navarra: TÍTULO I.
  - *Artículo 8. Derechos y deberes específicos de los usuarios de servicios residenciales.*
    - \* k) Derecho a no ser sometido a ningún tipo de inmovilización o de restricción física o tratamiento farmacológico sin prescripción facultativa y supervisión, salvo que exista peligro inminente para la seguridad física del usuario o de terceros. En este último caso, las actuaciones efectuadas se justificarán documentalmente y constarán en el expediente del usuario, en la forma que se establezca reglamentariamente. Asimismo, se comunicarán al Ministerio Fiscal.
  
  - *Artículo 87. Infracciones muy graves.*
    - \* k) Derecho a no ser sometido a ningún tipo de inmovilización o de restricción física o tratamiento farmacológico sin prescripción facultativa y supervisión, salvo que exista peligro inminente para la seguridad física del usuario o de terceros. En este último caso, las actuaciones efectuadas se justificarán documentalmente y constarán en el expediente del usuario, en la forma que se establezca reglamentariamente. Asimismo, se comunicarán al Ministerio Fiscal.
  
- ✓ Ley de Servicios Sociales de Illes Balears 4/2009, de 11 junio. En su artículo 9.1.n) dispone:
  - 1. *Las personas usuarias de servicios residenciales tienen, además de los derechos reconocidos en el artículo 7, los siguientes:*
    - \* n) *Derecho a no ser sometidas a ningún tipo de inmovilización o de restricción física o tratamiento farmacológico sin su autorización, a menos que haya peligro inminente para la seguridad física de la persona usuaria o de terceras personas, o que haya prescripción facultativa, en ambos casos bajo supervisión.*

- ✓ Decreto 79/2002, de 13 junio, que aprueba el Reglamento de Centros de Atención de Servicios Sociales de Asturias, que en su artículo 17.2 establece:
  - 2. *El contenido mínimo de las programaciones en lo que se refiere a servicios asistenciales para todos los centros de atención a servicios sociales será el siguiente:*
    - \* c) *Medidas de sujeción mecánica aplicadas a las personas usuarias: Al efecto de evitar autolesiones, dichas medidas deberán contar con la debida indicación facultativa o técnica documentada. No obstante, esta medida también podrá ser aplicada ante casos excepcionales y situaciones de emergencia con la autorización del director o directora o del responsable autorizado para atender a eventualidades, registrando documentalmente la aplicación y dando cuenta ulteriormente al correspondiente facultativo o técnico responsable para que decida sobre su prescripción.*

*Los elementos utilizados para la sujeción mecánica serán de tipo homologado y cuando a una persona usuaria se le apliquen estas medidas será preciso intensificar la función de acompañamiento y de observación por parte del personal asistencial.*
- ✓ Ley 12/2008, de 5 diciembre de Servicios Sociales del País Vasco de 2008, que en su artículo 91.1. e) tipifica como infracción muy grave:
  - e) Someter a las personas usuarias a cualquier tipo de inmovilización o restricción física o farmacológica sin prescripción médica y supervisión, a excepción de los supuestos en los que exista peligro inminente para la seguridad física de ésta o de otras personas, así como silenciar o encubrir dichas actuaciones.
- ✓ Ley 7/2009, de 22 diciembre, de Servicios Sociales de La Rioja, que en su artículo 85 b) tipifica como infracción muy grave:
  - b) Someter a las personas usuarias de los centros o servicios a cualquier tipo de inmovilización o restricción física o farmacológica sin prescripción médica y supervisión, a excepción de los supuestos en los que exista peligro inminente para la integridad física de éstas o de otras personas, así como silenciar o encubrir dichas actuaciones.
- ✓ Si nos ceñimos al ámbito local que nos atañe y en el que se circunscribe este trabajo deberíamos hacer referencia al Decreto foral 221/2011<sup>2</sup>, de 28 de septiembre, por el que se regula el uso de sujeciones físicas y farmacológicas en el ámbito de los servicios sociales residenciales de la comunidad foral de navarra (texto publicado en BON N.º 204 de 14 de octubre de 2011)

---

<sup>2</sup> Para acceder al Decreto foral de forma íntegra ver anexo 2

- La Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales regula los derechos y deberes específicos de los usuarios de servicios sociales de carácter residencial. En su artículo 8 establece como uno de los derechos de las personas usuarias de servicios residenciales el de no ser sometidas a ningún tipo de inmovilización o de restricción física o tratamiento farmacológico sin prescripción facultativa y supervisión, salvo que exista peligro inminente para la seguridad física del usuario o de terceros, debiéndose justificar documentalmente en el expediente del usuario las actuaciones efectuadas, en la forma que se establezca reglamentariamente, y asimismo comunicarse al Ministerio Fiscal. Entendiendo las sujeciones o restricciones como graves riesgos o inconvenientes sobre la salud de las personas que son objeto de las mismas llegando a vulnerar algunos derechos fundamentales tales como el derecho a la libertad física (artículo 17 CE), a la integridad física y moral y a no sufrir tratos inhumanos o degradantes (artículo 15 CE), a la libertad (artículo 1.1 CE), y los principios de dignidad humana y libre desarrollo de la personalidad (artículo 10 CE). Por ello, a través de este Decreto se quieren regular los derechos de estas personas usuarias con el fin de mejorar su calidad de vida.
- En base por tanto a lo establecido en el citado Decreto Foral y en cumplimiento del mandato previsto en el artículo 20.2 del mismo, se ve la necesidad de aprobar un Protocolo de uso de sujeciones en los Centros Residenciales de Tercera Edad y Discapacidad (orden foral 186/2014, de 2 de abril, del consejero de políticas sociales, por la que se aprueba el protocolo para el uso de sujeciones en los centros residenciales de tercera edad y discapacidad), donde se exigen unos mínimos de obligado cumplimiento de uso de las sujeciones por parte de los y las profesionales del Centro, así como numerosos registros, que deben tener todos los Centros que se encuentren dentro del ámbito de aplicación del mismo.

De esta forma su uso será más racionalizado, más reflexionado, más controlado y supervisado y sustituido por formas menos restrictivas. Esto a su vez, permitirá al Departamento competente en materia de

Servicios Sociales un adecuado control del cumplimiento por parte de los Centros de los derechos de las personas usuarias en esta materia y de las garantías en el uso de las mismas.

Como comenta el Doctor Burgueño en las 4ª Jornadas de Uso de Sujeciones en Personas Mayores (IMSERSO), la legislación hasta ahora permitía fácilmente sujetar, sólo hacía falta prescripción médica y consentimiento informado a las familias. Pero cuando nos hemos planteado dejar de sujetar han comenzado a surgir los miedos legales.

En realidad hemos pasado de un extremo a otro, desde el paternalismo, a la preservación de la autonomía. Pero esta transición ha sido tan rápida que nos ha generado sentimientos contradictorios, por un lado, nos ha hecho reflexionar acerca de la importancia de la libertad, de la dignidad, de la autodeterminación, eso que muchas veces todos deseamos, pero por otro lado, esto nos ha generado miedo e incertidumbre. Es difícil ir en contra corriente, esa corriente que durante tantos años hemos seguido porque alguien así nos lo dijo, y nosotros, profesionales, por falta de formación, conocimiento nos lo creímos y así se lo transmitimos a los residentes, usuarios y demás familias.

Según Juan Siso (Profesor de Deontología Profesional y Legislación Sanitaria Facultad de Ciencias de la Salud – Universidad Rey Juan Carlos) la contención es una medida que cuenta con indicaciones en el ámbito sanitario, pero también cuenta con contraindicaciones y procedimientos concretos. Además sitúa a la persona en un estado de privación o limitación de libertad con consecuencias legales.

Esta privación afecta a un derecho fundamental de las personas que es la libertad. Y puede atentar contra la autoestima y su dignidad; y si además pensamos que se aplican a personas con autogobierno limitado (en nuestro caso personas mayores, algunas con deterioro cognitivo), nos damos cuenta de que debemos ser más cautelosos en su uso.

Según Juan Siso, muchas veces las aplicamos bajo el criterio de beneficencia y paternalismo (anteriormente visto) pero sin contar con la voluntad de la persona a la que se la aplicamos.

Algunas referencias en cuanto a legislación y este tema son las siguientes:

- Artículo 5 de la [Declaración Universal de los Derechos Humanos](#) de 1948 sobre la tortura: *Nadie será sometido a tortura o a tratamientos o castigos crueles, inhumanos o degradantes.*

- Artículo 17 de la Constitución Española: Nadie puede ser privado de su libertad, sino con la observancia de lo establecido en este artículo y en los casos y en la forma prevista en la ley.
- El paciente tiene derecho a ser informado, a la autodeterminación y a tomar decisiones libremente en relación a su persona (Declaración de Lisboa de Derechos de los Pacientes)
- Las decisiones del paciente se emiten por representación en los casos tasados en la Ley. Ley 41/2002 de Autonomía.

Para adentrarnos un poco más en el mundo legislativo de las sujeciones, haremos referencia a lo expuesto por Juan Siso, el cual afirma que nos podemos encontrar en diferentes situaciones respecto al tema de las sujeciones:

1) Seguridad jurídica sujeciones bajo consentimiento

- a. Ingreso voluntario y sujeción consentida: el interesado debería firmar el consentimiento
- b. Ingreso voluntario y sujeción no consentida: en este caso el ingreso voluntario se convierte en involuntario y deberíamos comunicar de este cambio al juez.
- c. Ingreso involuntario y sujeción no consentida: en este caso deberíamos comunicar al juez tanto el ingreso como la sujeción.

En este documento de consentimiento debe constar lo siguiente:

- Causa que motiva la sujeción y actuaciones previas fracasadas (medidas ambientales, medicación ordinaria, etc.)
- Detalle de la sujeción concreta a utilizar y duración de la misma.
- Aviso de riesgos a corto y largo plazo.
- Detalle de efectos físicos y psicológicos.
- Personalización concreta previsible.
- Programa establecido de periodicidad de las revisiones.

El único supuesto en el que sería viable la sujeción sería: si la persona está enterada y consiente. Pero por esto de enterada entendemos debidamente informada y cerciorándonos de que la persona lo ha comprendido. El consentimiento no basta si no hay información adecuada y suficiente; en muchas ocasiones se ha entendido que una persona ha firmado el consentimiento y con eso ya basta para sujetar, pero esto no es real.

La decisión requiere una valoración pero la valoración no es posible si no hay información.

La persona en caso de consentir y firmar (previa información adecuada) puede revocar dicha decisión cuando quiera.

Los consentimientos genéricos (al ingreso) no se consideran válidos (aquellos que bajo el criterio clínico profesional consiento que me sujeten cuando sea necesario) ya que debe ser específico para cada acción de contención.

Pero hay casos en los que no es preciso el consentimiento, por ejemplo:

- Cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud o seguridad colectiva.
- Cuando el sujeto no esté capacitado o sea incompetente para tomar las decisiones, en cuyo caso corresponderá decidir a su representante legal o a sus familiares o allegados, en su caso.
- Cuando la urgencia no permita demora en la actuación, ante el riesgo vital o de lesiones graves en el sujeto.

En el primer y tercer caso prima la seguridad y la vida frente a la libertad. Esto es lo que motiva que se pueda constreñir la libertad de una persona sin consentimiento de la persona, amparados los profesionales en el principio de justificación del artículo 20.5 del Código Penal (estado de necesidad).

En el caso de las sujeciones químicas, cuando se usen para otros fines terapéuticos que no sean los de sujeción o haya sido prescrito por un médico externo, no es necesario consentimiento para su aplicación (en este último caso porque se entiende que lo ha dado antes).

Respecto al consentimiento por representación, podemos decir que se da cuando el paciente no puede emitir una voluntad por cualquiera de estos motivos:

- Porque se trata de un paciente con capacidad legal modificada (lo que anteriormente se denominaba incapacitación).
- Porque el paciente es médicamente incapaz.
- Porque hay un representante en Instrucciones Previas.

Según el artículo 9 /de la Ley 41/2002, decide el representante legal o persona vinculada a él por razones familiares o de hecho en unas condiciones concretas. Y una de estas condiciones es que tiene que haber un previo reconocimiento de la incapacidad clínica de esta persona (no incapacitación).

La reforma legal dice que la decisión solo puede ser, en el terreno objetivo, adecuada a las circunstancias y proporcionada a la necesidad de atender, y en el terreno subjetivo, siempre en beneficio del paciente, respetando su dignidad personal y con su participación si es posible.



La ley actualmente ya regula que si la decisión de los familiares es perjudicial para el paciente, ésta no hay que seguirla, a diferencia de lo que pasaba antes que se generaban muchas dudas respecto a qué hacer. En la actualidad, los familiares sólo pueden decidir en beneficio del paciente.

Cabe anotar, que es más complicado retirar una sujeción ya puesta que no poner una sujeción nueva. Hasta ahora si una sujeción estaba puesta, la familia tenía que dar su consentimiento para retirarla, pero dada la reforma legal explicada anteriormente, esto actualmente no tiene por qué ser así, si va en perjuicio del residente.

2) La comunicación judicial

Debe hacerse en cualquier tipo de inmovilización duradera del residente (en las no consentidas) y se recomienda en las consentidas. Pero es obligatoria cuando es contravoluntaria (usuario o familiares).

Y si hablamos de sujeciones de urgencia o episódicas (casos de agitación, estado confusional agudo o tratamiento, etc.), en estos casos se exime de comunicación previa, pero ha de hacerse en las 24 horas siguientes. La sujeción de urgencia es aplicable, bajo criterio clínico, aún con la oposición de la persona.

Respecto a este tema los jueces tienen posturas diversas. Por un lado, algunos consideran que la autorización es competencia suya (artículo 17 de la Constitución). Pero, por otro lado, otros dicen que es un acto clínico y ellos se dan por enterados y zanzan el tema.

### **3.5. EFECTOS DEL USO DE SUJECIONES FÍSICAS**

La evidencia científica nos dice que los efectos que las sujeciones tienen sobre las personas mayores son tanto físicos como psicológicos:

En cuanto a sujeciones físicas se refiere, los efectos documentados del uso rutinario de sujeciones físicas en personas mayores son los referidos a continuación.

*Tabla 3. Efectos documentados del uso rutinario de sujeciones físicas en personas mayores*

<b>Físicos</b>	<b>Psicológicos</b>
✓ Úlceras por presión	✓ Miedo/pánico
✓ Infecciones	✓ Vergüenza

✓ Retención e incontinencias (urinaria y fecal)	✓ Ira
✓ Disminución del apetito	✓ Agresividad
✓ Estreñimiento	✓ Depresión
✓ Pérdida del tono muscular	✓ Aislamiento social
✓ Atrofia muscular y debilidad (riesgo caídas)	✓ Retiro/apatía
	✓ Trastorno confusional agudo

Tabla extraída de la” Guía uso de sujeciones físicas y químicas con personas mayores y enfermos de Alzheimer para personas mayores y familiares programa «desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer”

El artículo de “Prevención Cuaternaria en Demencias”, de Antonio Burgueño Torijano, concreta además de las expuestas anteriormente, que el inmovilismo al que someten las sujeciones, conlleva consecuencias también de osteoporosis y osteomalacia (riesgo de fractura); retracciones articulares y musculares (riesgo de caídas); alteración de la ventilación pulmonar: menor eficacia para expulsar secreciones riesgo de infecciones respiratorias (atelectasias); hipoxia, al alterarse la relación ventilación/ perfusión; pérdida de volumen sanguíneo; de condicionamiento cardio respiratorio. Disminución gasto cardiaco; intolerancia a la actividad; posibilidad de aparición de trombosis venosa profunda; hipotensión postural (riesgo de caídas); deshidratación, aumento riesgo de litiasis urinaria.

Evidencias que dan cuenta de estas consecuencias tan perjudiciales las podemos ver en la siguiente tabla:

*Tabla 4. Diferencias entre residentes con sujeciones físicas y una muestra equivalente de residentes sin sujeciones físicas*

	Sin restricciones	Con restricciones	Diferencias
Depresión	<b>0.977</b>	<b>1.000</b>	<b>0.023</b>
Problemas de Conducta	<b>0.581</b>	<b>0.687</b>	<b>0.106●</b>
Deterioro funcional cognitivo	<b>3.324</b>	<b>3.564</b>	<b>0.204●</b>
Caídas	<b>0.158</b>	<b>0.201</b>	<b>0.043●</b>
Dependencia para	<b>0.892</b>	<b>0.974</b>	<b>0.082●</b>

caminar			
Alteraciones en las AVD	<b>3.430</b>	<b>3.821</b>	<b>0.391●</b>
Úlceras por presión	<b>0.086</b>	<b>0.095</b>	<b>0.009¥</b>
Contracturas	<b>0.442</b>	<b>0.465</b>	<b>0.023●</b>
● significativo al 1%			
¥ significativo al 5%			

Extraída de Prevención Cuaternaria en demencias (Antonio Burgueño).

Los beneficios tras la retirada de las sujeciones los podemos ver en el siguiente cuadro:

<b>BENEFICIOS FÍSICOS</b>	<b>BENEFICIOS PSICOEMOCIONALES</b>	<b>BENEFICIOS SOCIALES</b>
Riesgo de caídas	Desaparición de estados	Desaparición de vivencias
Úlceras por presión	psicoemocionales ligados al	sociales ligadas al uso de
Autolesiones	uso de sujeciones:	sujeciones:
Infecciones	Agitación	Vergüenza – humillación
Estreñimiento	Agresividad	Sentimientos de Aislamiento
Atrofia y debilidad	Angustia	y Deshumanización
Riesgo de traumatismos en	Ansiedad	Pérdida de autonomía –
la piel	Apatía	dependencia
Riesgo de contracturas	Confusión	Recuperación del rol social
musculares	Depresión	dentro del grupo de
Riesgo de edema	Desesperanza	personas usuarias
Riesgo de disminución de la	Deterioro cognitivo	(recuperación de la “imagen
densidad ósea (con menor	Ira	social”).
susceptibilidad para las	Miedo – pánico	
fracturas)	Trastorno confusional	
Riesgo de sobrecarga	Vivencias y recuerdos	
cardíaca	traumáticos	
Mejora de:	Sensación de atrapamiento	
Apetito		
Tono muscular		
Movilidad, coordinación y		
equilibrio (“Aprenden a		

caerse”)

*Adaptado de: Manual para la aplicación y buen uso de medidas de restricción física en Residencias de Personas Mayores, Joanne Rader, Nursing Home Quality Initiative, Antonio Burgueño y elaboración propia de la Norma Libera-Ger.*

Respecto a los efectos de las sujeciones farmacológicas se enumeran los siguientes:

### **Efectos potenciales documentados del uso de fármacos psicotrópicos tranquilizantes en personas mayores**

- ✓ Delirium/alteración del pensamiento.
- ✓ Deterioro de la función cognitiva.
- ✓ Deterioro de la comunicación.
- ✓ Depresión.
- ✓ Deterioro funcional físico.
- ✓ Mayor probabilidad de ser objeto del uso de sujeciones físicas.
- ✓ Movimientos físicos de repetición y rigideces. Riesgo de caídas.
- ✓ Problemas de equilibrio. Hipotensión. Riesgo de caídas.
- ✓ Mareo/vértigo. Riesgo de caídas.
- ✓ Marcha inestable. Riesgo de caídas.
- ✓ Deshidratación.
- ✓ Estreñimiento extremo crónico. Retención de orina.

*Guía para personas mayores y familiares. Uso de sujeciones físicas y químicas con personas mayores y enfermos de Alzheimer. Programa “Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer”*

### **3.6. PROGRAMA DESATAR**

Según CEOMA “**Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer**” es una iniciativa aglutinante de voluntades y hechos encaminados a conseguir que las personas mayores y Enfermos de Alzheimer vivan libres de restricciones de cualquier tipo y en cualquier lugar o momento.

El Programa desatar se creó en España en 2003, a partir de una iniciativa estrictamente profesional e independiente, vinculada a la Confederación Española de Organizaciones de Mayores – CEOMA.

Se ha considerado una iniciativa pionera en nuestro país, ya que hasta entonces no se habían realizado intervenciones relacionadas con las sujeciones, y menos en el entramado de la práctica habitual de los centros y que pudieran suponer una mejora en la calidad de vida de las personas mayores, así como implicaciones a nivel ético y legal.

En los primeros años, debido a que en España era un programa novedoso y éste era un país con muy poco recorrido en cuanto a sujeciones, se trabajó en:

- Comprender bien el problema del uso de sujeciones en España, identificando las características de España para ese fenómeno.
- Investigar la prevalencia de uso de sujeciones en España y de los factores clínicos relacionados.
- Investigar la percepción de los trabajadores sobre el uso de sujeciones.

Se trabajó también en la creación de un escenario propicio para "desatar", con:

- Campañas de Información
- Promoción de leyes específicas (como las arriba mencionadas)
- Formación
- Actividades Científicas (3 jornadas internacionales en España sobre sujeciones)

Sin estos previos difícilmente se podría comenzar el proceso de retirar sujeciones, y más teniendo en cuenta las reticencias que existían y existen por parte de toda la población a desatar. Como todo lo novedoso, crea recelo y éstos se van desvaneciendo a medida que la sociedad se va formando (tanto si hablamos a escala de instituciones, gobiernos, políticos como si lo hacemos a escala de ciudadanos de a pie).

Además durante este periodo de tiempo también se hizo:

- Trabajo de campo en docenas de centros españoles para identificar los factores organizativos y ambientales relacionados con el uso de sujeciones, y encontrar las claves para evitarlas.
- Y se siguió abasteciendo una base de datos de prevalencia y factores relacionados que hoy en día cuenta con datos de 709 centros y de 30.532 residentes.

Posterior a este proceso en los últimos años, desde el 2013, se ha enfocado el trabajo en lograr "centros libres de sujeciones", llegando hasta 50 Centros Acreditados sin sujeción actualmente y 19 en proceso de desatar, comprobadas por el Programa Desatar.

## ✓ **Objetivos del Programa**

### **Objetivo general**

“Lograr un uso racional de sujeciones en centros de cuidados prolongados de España”, acorde al uso que se hace en países de nuestro entorno.

### **Objetivos específicos:**

- 1 Cambiar la percepción y actitudes de los profesionales asistenciales de los Centros de Cuidados Prolongados a Personas Mayores y Enfermos de Alzheimer, respecto del uso de sujeciones
- 2 Cambiar la percepción y actitudes de los familiares de los residentes de Centros de Cuidados Prolongados a Personas Mayores y Enfermos de Alzheimer, respecto del uso de sujeciones
- 3 Mejorar conocimientos técnicos de los profesionales asistenciales de los Centros de Cuidados Prolongados a Personas Mayores y Enfermos de Alzheimer
- 4 Mejorar los procesos asistenciales de los Centros de Cuidados Prolongados a Personas Mayores y Enfermos de Alzheimer

## ✓ **Población a la que se dirige el Programa**

Los beneficiarios de este Programa son personas mayores dependientes que viven en instituciones de forma prolongada, de ahí la importancia de comenzar a erradicarlo en estos Centros, ya que de no hacerlo muchos de los residentes podrían pasar gran parte de los últimos años de sus vidas soportando sujeciones que vulneran sus derechos más fundamentales. De hecho esta población, especialmente los que presentan un deterioro cognitivo –demencia tienen mayor riesgo de ser sujetados, siendo éstos entre el 40% y el 50% de las personas mayores institucionalizadas, según CEOMA.

## ✓ **Desarrollo del programa**

Las actividades que se desarrollan desde el Programa son las siguientes:

### **1.- Actividades de investigación científicas**

Éstas actividades son imprescindibles, tanto para analizar el punto de partida (diagnóstico), como para valorar la evolución de la situación tras la implantación de las medidas señaladas por el Programa.

Así se llevan a cabo los siguientes análisis:

- ✓ Análisis de la Percepción Social.
- ✓ Análisis de la Percepción Profesional
- ✓ Análisis de la Opinión de los Responsables de los Centros Residenciales
- ✓ Análisis de la Prevalencia de uso
- ✓ Análisis del efecto de una Intervención Integral.
- ✓ Análisis de efecto de la creación de un Grupo de Referencia Institucional

## **2.- Actividades de formación**

Con el fin de sensibilizar a los profesionales y hacerles reflexionar acerca del uso irracional de las sujeciones que se implantan se cree imprescindible realizar sesiones de formación a cargo del Doctor Burgueño.

Además se han realizado numerosos Cursos y Seminarios y el Programa ha coordinado las dos ediciones de las “Jornadas Internacionales sobre Sujeciones” celebradas en España, reuniendo en ellas a los expertos más reconocidos del mundo.

## **3.- Intervenciones integrales**

Las intervenciones no pueden realizarse de forma aislada, deben ser integrales, trabajándose todas las fases de proceso, en cuanto a combinar investigación, formación y evaluación. Y deben ser también transversales, estando involucrados todos los profesionales.

## **4.-Divulgación**

La divulgación es parte fundamental de la filosofía del Programa, ya que a través de sus guías para personas mayores y familiares), folletos<sup>3</sup>, etc. se pretende llegar al máximo de población, sensibilizarla y acercar el problema, promoviendo así un cambio de actitud y mentalidad frente al mismo.

Finalmente, en todo este proceso, los expertos con los que cuenta el Programa dan soporte técnico y asesoramiento.

---

<sup>3</sup>Par ver folleto informativo de CEOMA ver anexo 3

## **4. METODOLOGÍA**

A continuación se explicará cómo se ha llevado a cabo el Programa Desatar. También se hará referencia al contexto en el que se enmarca la intervención, el diseño de la intervención, los instrumentos utilizados y los resultados extraídos.

### **4.1. CONTEXTO EN EL QUE SE ENMARCA LA INTERVENCIÓN**

El Centro en el que se realiza la intervención es un Centro Gerontológico de Navarra, actualmente es un centro con plazas concertadas con cabida para 180 residentes, divididos en 3 plantas, de las cuales una de ellas está destinada para personas con diagnóstico de demencia y alteración conductual, y cada planta dividida en dos módulos.

En cuanto al grado de dependencia se puede decir que va en aumento desde hace unos años, debido en parte a que con la Ley de Dependencia la tendencia es que sean los grandes dependientes los que acudan a la misma.

### **4.2. DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN**

El presente estudio tiene como fin describir el proceso de retirada de sujeciones, a través del Programa Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer de CEOMA, y en concreto por el Doctor Burgueño. El fin último del programa es poder retirar todas las sujeciones del Centro para poder acreditarse como centro Libre de Sujeciones y así considerar la atención que se brinda a los mayores como digna y respetuosa.

### **4.3. POBLACIÓN A LA QUE SE DIRIGE**

La población con la que se ha trabajado han sido los usuarios y usuarias de dicha residencia, en nuestro caso personas con sujeciones físicas y químicas. Pese a que el trabajo iba dirigido a retirar sujeciones a los residentes, este programa requiere un gran trabajo también con las familias.

### **4.4. INSTRUMENTOS DE ANÁLISIS**

- ✓ **Revisión documental**



Se ha realizado una revisión de toda documentación que pudiera ayudar en la mejor comprensión de las sujeciones. Se ha hecho una revisión de la legislación vigente (Constitución Española y Boletín Oficial de Navarra), y se han consultado guías y manuales dirigidos tanto a las familias como a los profesionales que pudieran servir de ayuda. También se han revisado protocolos, registros de otros Centros que pudieran ser útiles para la retirada de sujeciones. A su vez, se ha realizado búsqueda de documentación de alteraciones conductuales, ya que en concreto el departamento de Psicología, al que correspondo, era el encargado de dicho tema.

### ✓ Escalas a residentes

Se han administrado las escalas correspondientes a cada residente, en caso de realizarse en ese momento la valoración del residente anual, o ser un ingreso nuevo y por ello es el momento de la valoración anual. En caso de no ser residentes nuevos se han actualizado todas las escalas comentadas previamente.

El NP<sup>4</sup> y el GDS-FAST<sup>5</sup> eran administradas por el Departamento de Psicología, el Norton<sup>6</sup> por el Departamento de Enfermería, el Tinetti<sup>7</sup> por el Departamento de Fisioterapia y el Barthel<sup>8</sup> por el departamento de Terapia Ocupacional.

### ✓ Registros

Los registros de caídas y de alteración conductual ABC<sup>9</sup> han sido herramientas clave en el proceso Desatar. Su registro, cumplimentado en colaboración con el equipo de atención directa y su análisis ha sido crucial para conocer las causas de las alteraciones conductuales como de las caídas.

### ✓ Reuniones de sujeciones

Las reuniones del equipo de sujeciones han sido fuente de información y espacio para compartir y analizar de forma interdisciplinar todas las cuestiones relacionadas con el

---

4 Consultar anexo 4 si quiere profundizar en la escala

5 Consultar anexo 5 si quiere profundizar en la escala

6 Consultar anexo 6 si quiere profundizar en la escala

7 Consultar anexo 7 si quiere profundizar en la escala

8 Consultar anexo 8 si quiere profundizar en la escala

9 Consultar anexo 9 si quiere ver el registro

Programa Desatar. Ha sido un espacio de intercambio de información así como de toma de decisiones, avalado por Dirección.

### ✓ Informe análisis CEOMA

El Informe diagnóstico emitido por CEOMA, junto con los datos extraídos del Centro, han sido un punto de inicio importante, el cual ha servido de guía para comenzar la andadura en el proceso de Desatar.

En conclusión, especialmente podemos hacer referencia a un estudio cuantitativo y cualitativo de fuentes secundarias, California Ombudsman Bi-Annual Training Conference, así como de Liber-Ger, María Wolff, Fundación cuidados Dignos, SGEE (Sociedad Española de Geriatria y Gerontología) y en concreto de CEOMA, tanto de los datos a los que hace referencia de otros países como a los referidos del Centro en Cuestión en la fase de diagnóstico. Desde el Centro se le brindaron a CEOMA los datos sugeridos para realizar el diagnóstico inicial, posteriormente desde el Centro se iban recopilando y analizando los datos.

Se ha utilizado una metodología cuantitativa, con datos propios, en cuanto a la recogida de número de sujeciones al inicio del Programa y al final, clasificadas en función del tipo de sujeción que fuera, extraídas de datos que íbamos recogiendo en el Centro, así como números de caídas en 2013.

El programa informático disponible en el Centro así como los Directivos de la Empresa, nos han facilitado la recogida y análisis de algunos datos, previo ingreso y envío de los mismos. Los indicadores en los que se ha hecho hincapié han sido indicadores de caídas, de incontinencia, de polifarmacia y de sujeciones físicas.

Respecto a las escalas significativas para llevar a cabo esta intervención y las cuales han servido de ayuda en el Programa Desatar son las ya mencionadas (Norton, Barthel, NPI, GDS-FAST y Tinetti). Cabe mencionar que para la obtención del GDS-FAST se administra el test del MEC de Lobo (versión adaptada y validada en España del MMSE (Mini-Mental State Examination) de Folstein. De éstas se desprenden datos que nos brindan información cuantitativa.

## 5. RESULTADOS EN CENTRO GERONTOLÓGICO DE NAVARRA

A continuación veremos la capacidad de este programa y del equipo que trabaja para conseguir unos cuidados de calidad y que salvaguarden los derechos de nuestros mayores, y más concretamente analizaremos el proceso de Desatar realizado en un Centro Gerontológico de Navarra.

### 5.1. INTRODUCCIÓN

El Programa de Desatar comenzó en este Centro Gerontológico motivado principalmente por el movimiento surgido desde CEOMA (Confederación Española de Organizaciones de Mayores) y por el Decreto Foral 221/2011, de 28 de Septiembre, por el que se regula el uso de sujeciones físicas y farmacológicas en el ámbito de los servicios sociales residenciales de la Comunidad Foral de Navarra (Texto publicado en BON N.º 204 de 14 de octubre de 2011).

Las sujeciones o restricciones físicas y/o farmacológicas son métodos que, según las evidencias científicas del momento, pueden suponer graves riesgos o inconvenientes sobre la salud de las personas que son objeto de las mismas. Un uso excesivo de estas medidas, además de consecuencias especialmente negativas para la salud y la integridad física y mental de la persona, pueden suponer una vulneración de derechos fundamentales y principios constitucionales, tales como el derecho a la libertad física (artículo 17CE), a la integridad física y moral y a no sufrir tratos inhumanos o degradantes (artículo 15CE), a la libertad (artículo 1.1CE), y los principios de dignidad humana y libre desarrollo de la personalidad (artículo 10CE) (Texto publicado en BON N.º 204 de 14 de octubre de 2011).

Anteriormente a esto, a la par de lo que pasaba en España, la filosofía iba encaminada a sujetar, ya que se creía que esta era la mejor forma de cuidar. Pensando erróneamente que de esta forma íbamos a reducir las caídas, que era lo más seguro para el anciano, pero también pensando en nosotros, profesionales y cuidadores, que ello nos evitaría estar supervisando al anciano 24 horas.

Toda esta filosofía viene de la mano de la cultura del miedo: miedo a que se caiga, miedo a que coja algo que no debe, miedo a...La excesiva sobreprotección nos ha llevado a sujetar de forma exagerada y privar de libertad en las últimas etapas de la vida.

Tras esta filosofía tan arraigada, las reticencias tanto de profesionales como de familiares salieron a la luz. El proceso ha requerido un cambio radical en el modo de atender así como en la actitud hacia este tema.

Para ello, la formación ha sido una pieza fundamental. De ahí que los primeros que recibieran información y formación acerca de este proyecto fueran los Directivos de los Centros; ellos son un pilar fundamental en tal cuestión y sin su convencimiento difícilmente podrían motivar y dar apoyo a su equipo.

La formación, por un lado, nos acercó a la reflexión acerca de cuestiones como la dignidad, la libertad, autonomía, la autodeterminación, etc. así como a una autocrítica en cuanto a su uso y, por otro lado, ha sido la llave para favorecer el cambio de actitud y el motor para enfrentarnos a la lucha contra las sujeciones.

La formación se realizó en dos sesiones en las que el Doctor Antonio Burgueño nos reunió tanto al equipo técnico como al equipo de enfermería. La formación se realizó dividida en dos sesiones.

Primeramente, se realizó una Conferencia de Entrada general, para introducir el tema del uso de sujeciones y los factores relacionados, así como las posibles estrategias para comenzar con el reto de llegar a ser un Centro libre de sujeciones.

Concretamente se nos explicaron los antecedentes en cuanto a sujeciones se refiere, la situación a nivel mundial y de España concretamente. Posteriormente nos adentramos en los conceptos de sujeciones físicas y químicas, profundizamos en los beneficios y costes del uso de sujeciones, así como en los distintos aspectos claves de manejo metodológico asistencial, con impacto en la erradicación del uso de sujeciones y la racionalización del uso de barandillas, gestión de caídas, manejo de fármacos, gestión de la seguridad del entorno físico, cuestiones organizativas, etc.

El Doctor Burgueño hizo especial hincapié en la importancia de tener a los residentes clasificados de forma adecuada, en cuanto a las fases y puntuaciones de la escalas, para después proceder a la retirada de sujeciones.

Respecto al GDS-FAST, escala que clasifica a los individuos en 7 fases en función del deterioro cognitivo global que presente, se nos hizo especial hincapié en la 6ª y 7ª fase, ya que es en la misma donde se registran más número de personas sujetas. Cabe mencionar, la importancia de las subfases que también se han establecido dentro de la 6ª y 7ª fase y que tienen especial importancia.

Otra de las escalas que nos puede ayudar en este proceso de desatar es el NPI (Inventario Neuropsiquiátrico), que nos da información de la frecuencia y la gravedad de las

alteraciones conductuales (muy importantes en el proceso del programa de retirada de sujeciones).

Además de estas escalas, se deben tener también en cuenta las escalas de Tinetti, que evalúa tanto la marcha como el equilibrio y nos da información fidedigna del riesgo de caídas que puedan tener los residentes, algo clave a tener en cuenta a la hora de retirar ciertas sujeciones.

Otras escalas de interés son la escala Norton, la cual, valora el riesgo de deterioro de la integridad cutánea y de la presencia de factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión (UPP). En la misma se valora el estado físico general, la incontinencia, el estado mental, la actividad y la movilidad. En función de la puntuación que se obtenga, el riesgo de padecer úlceras por presión será mayor o menor. Esta escala es administrada por el personal de enfermería.

Finalmente, tiene también cabida en este proceso de desatar, la escala Barthel. Ésta tiene en cuenta las AVD y en función de la puntuación obtenida en la misma, podremos saber el nivel de dependencia del residente, lo cual nos puede ser de mucha ayuda teniendo en cuenta que la mayoría de sujeciones se ponen a gente con más dependencia.

Posteriormente a la conferencia de entrada, se realizaron entrevistas iniciales con el equipo técnico (Departamento de Psicología, Dpto. de Enfermería, Dpto. Médico, Dpto. de Fisioterapia, Dpto. de Terapia Ocupacional, Dpto. de Animación, Supervisora de Auxiliar de Enfermería, Coordinadora de Enfermería), Personal de Atención Directa y Dirección. Algunas de éstas entrevistas se realizaron a varios Departamentos a la vez.

El fin de las mismas era, por un lado, que el Doctor Burgueño pudiera conocer nuestra labor en torno a cuestiones relacionadas con las sujeciones, observar y revisar los registros que cumplimentábamos con el fin de mejorarlos y así posibilitar que fueran facilitadores en el proceso de desatar y, por otro lado, conocer nuestra visión, miedos, actitud, etc. frente a las sujeciones y aclarar dudas. Así como también concretar tareas a realizar para poder ir avanzando en la siguiente sesión.

Días posteriores al trabajo con el equipo técnico, se realizó una sesión dirigida al personal de atención directa del centro (auxiliares de geriatría), con la que se llegó a la mayoría de los profesionales de los distintos turnos, lo cual es primordial ya que es este colectivo el que

va ser pilar fundamental en el proceso de desatar. Siendo muy importante también que llegue la información de primera mano a todos para evitar confusiones

Durante la sesión con el personal de atención directa, se realizaron las encuestas de percepción profesional a través del Cuestionario de Percepción de Uso de Sujeciones (CPUS), versión del Cuestionario para uso en Residencias y centros de cuidados a personas mayores a largo plazo, desarrollado por Lois Evans y Neville Strumpf. Éste se realizó a partir de una revisión de la literatura que incluye razones y actitudes sobre el uso de sujeciones, se desarrolló, testó y revisó esta escala.

El fin del mismo es determinar la importancia relativa que los profesionales de enfermería dan a las razones para utilizar sujeciones físicas con los ancianos.

En esta sesión se aprovechó para realizar preguntas abiertas para contrastar algunos estándares de desempeño, y valorar las actitudes existentes. La formación de ese personal puso el énfasis en (Informe diagnóstico emitido por el Programa Desatar, 2015):

- Impacto de las sujeciones. Datos epidemiológicos. Evidencias científicas
- Aspectos ético-legales
- Aspectos culturales del uso de sujeciones
- Mitos y Verdades sobre el uso de sujeciones y los factores relacionados
- Alternativas a las sujeciones

Para la segunda sesión, distanciada en el tiempo respecto a la anterior, se nos brindó la posibilidad de llevar a reflexión casos de residentes concretos, especialmente interesante era llevar a la sesión casos de residentes que pudieran entrañar dificultad para eliminar las sujeciones (la causa podían ser por el perfil del residente, por el perfil de la familia, por dificultades en la organización del Centro, etc.).

El equipo seleccionó dos casos, uno lo expuso el Departamento de Fisioterapia, y el otro el Departamento de Psicología. Se expusieron dichos casos ante todos los asistentes a la formación (tanto equipo técnico como el Departamento de enfermería) dando cuenta del FAST en el que estuvieran, del Tinetti que tuvieran y del Norton. Teniendo también en cuenta el NPI.

Tras analizar los casos entre todos se propuso realizar un diagnóstico de la situación general del Centro, contabilizando todas las sujeciones existentes, tanto químicas como físicas (en este caso nos centraremos en las físicas pese a que en el proceso ambas se han ido reduciendo y muchas veces van de la mano).

Se concretó, que el equipo que lideraría el proyecto, decisión tomada por Dirección, estuviera conformado por el Departamento de Psicología, el Departamento de Fisioterapia, el Departamento de Terapia Ocupacional, la supervisora de auxiliares de enfermería y la Coordinadora de Enfermería, estando Dirección presente en todas las reuniones y supervisando el proceso de desatar. Estas profesionales nos hemos reunido desde el 8 de Abril del 2015, día en el que se realizó la primera evaluación, hasta el día de hoy, que se siguen realizando dichas reuniones, todos los Jueves a las 9:30h de la mañana.

Tras las dos sesiones con el Doctor Burgueño, éste realizó junto a Dirección una reunión de información con los familiares en las que se les explicaba el Decreto Foral, los perjuicios y costes de las sujeciones y las medidas a tomar para ir retirando las mismas. Al finalizar la sesión se realizaron las correspondientes preguntas, dudas, etc.

Posteriormente el Doctor Burgueño realizó una observación directa de la práctica habitual en el Centro y emitió un informe al Centro.

De los componentes estratégicos del programa desatar al anciano y enfermo de Alzheimer para lograr un “centro libre de sujeciones”, el Doctor Burgueño junto con su equipo, valoraron los siguientes componentes en el centro: (Informe diagnóstico emitido por el Programa Desatar, 2015)

- ✓ Gestión de las Caídas y su sistema de información
- ✓ Manejo de la Información a las Familias
- ✓ Manejo de los problemas de Conducta asociados a las Demencias
- ✓ Manejo racional de los fármacos psicotrópicos
- ✓ Polimedicación (polifarmacia)
- ✓ Manejo de las barandillas de la cama
- ✓ Algunos Aspectos Organizativos. Política de Vida Nocturna
- ✓ Actitud de los Profesionales de At. Directa
- ✓ Comité de Sujeciones
- ✓ Participación del Equipo Interdisciplinario
- ✓ Documentación. Protocolos
- ✓ Gestión del Entorno. Seguridad Física Pasiva
- ✓ Seguridad Legal

Según el informe emitido por el Doctor Burgueño el uso de sujeciones se ve influenciado por estos factores:

- ✓ Organizativos
- ✓ culturales
- ✓ Laborales
- ✓ Asistenciales o de Cuidados y de
- ✓ Conocimientos

En el informe diagnóstico del programa Desatar (Abril 2015) se deja constancia de la preocupación de la empresa así como de los trabajadores y directivos en el momento de la intervención respecto a las sujeciones, lo cual corresponde con la actitud de búsqueda de soporte técnico externo para poder llevar a cabo la retirada de sujeciones.

También queda constancia que el equipo multidisciplinar quedó comprometido firmemente con el proyecto, tras la reunión mantenida durante la intervención y es por ello que participarán de forma activa en el proceso (como veremos más adelante).

A criterio del equipo de expertos de CEOMA, en el Centro existían los siguientes documentos que podrían facilitar el Programa Desatar:

- ✓ Normas – reglamento interno
- ✓ Valoración / Plan de Cuidados (PAI)
- ✓ Instrumentos de Valoración de pequeño espectro (unidisciplinares)
- ✓ Protocolo de Caídas
- ✓ Protocolo de Sujeciones

Serían recomendables:

- ✓ Alertas de cuidados/ Cambios significativos
- ✓ Protocolos:
  - Prevención de malos tratos/ residentes vulnerables
  - Uso de Fármacos Psicotrópicos
  - Problemas de Conducta
- ✓ **Comité de Sujeciones. Champions manejo sujeciones**

Como primer paso para comenzar en la andadura de este proceso CEOMA recomendó, y así se hizo desde el Centro Gerontológico, construir un comité de sujeciones que trabajara



en sesiones específicas el riesgo del uso de sujeciones y los factores relacionados (caídas, problemas de conducta, actitudes, fármacos, etc.), así como a la estrategia de retirada gradual. La idea de CEOMA es que sea este comité el que lidere el Programa Desatar, acompañado de los recursos necesarios así como contando con el apoyo de la Administración-Dirección del centro. Y así se ha llevado a cabo.

Este comité quedó constituido, como hemos referido anteriormente, por Fisioterapeutas, Supervisora de enfermería, Supervisora de auxiliares, Psicólogas, Terapeutas Ocupacionales y Dirección que estaría presente en las reuniones y supervisaría el proceso.

### ✓ **Comité de caídas. Manejo de caídas**

A recomendación de CEOMA, además del comité de sujeciones, se debía formar éste para que se encargara de revisar mensualmente una actualización de la revisión de las últimas cien caídas, planteándose los objetivos de mejora y monitorizar los resultados que procedan. Así como aconsejaba CEOMA, en estos meses este comité ha compartido de forma reglada sus hallazgos y propuestas con todo el equipo, al menos una vez al mes.

En la primera reunión del comité de caídas se analizaron formas de explotar los datos de todas las caídas y se valoró si debía existir algún apartado más en el registro de caídas que fuera significativo para disminuir las mismas. Y teniendo en cuenta el registro de caídas facilitado por CEOMA se añadieron algunos apartados.

Este comité liderado por el Departamento de Fisioterapia ha analizado todas las caídas del centro con el fin de poder prevenirlas o reducirlas en número y gravedad de consecuencias, tanto físicas como psíquicas. En función de la información que se ha ido obteniendo de este análisis, se han tomado medidas organizativas y del entorno para prevenir las caídas y fomentar la actividad física para mantener la autonomía en la medida de lo posible.

### ✓ **Champions de demencias y Síntomas Psicológicos y Conductuales en las Demencias (SPCD). Manejos de SPCD**

El equipo de demencias y SPCD se conformó en el Centro Gerontológico por el Departamento de Terapia Ocupacional y Psicología

A criterio del Doctor Burgueño (2015), desde el Programa Desatar, el manejo de las demencias se convertirá en algo estratégico en las residencias para personas mayores de toda España, y se convertirá en un factor diferencial del conocimiento y experiencia de los profesionales del centro en esa materia. La prevención de sujeciones en personas con demencia es la élite en calidad asistencial, que se traduce en otras muchas mejoras asistenciales.

Como corrobora CEOMA en sus proceso de retirada de sujeciones, las Demencias y, en especial, los SPCD están fuertemente relacionados con el uso de sujeciones físicas y químicas, por lo que ha sido imprescindible que el equipo, especialmente, las Champions de Demencias y SPCD se formarán en este ámbito, así como en el manejo de las alteraciones conductuales que pudieran surgir. Es por ello que este equipo, a través de bibliografía sugerida por CEOMA, como por la indagada por cuenta propia, ha aumentado su conocimiento.

Tras la conformación de los comités que liderarían el Programa Desatar, el doctor Burgueño y su equipo destacaron los datos más relevante, a fin de que fueran analizados por el equipo de la Residencia con más detenimiento. Por ello, los datos que aparecen a continuación, se nos hicieron llegar a los profesionales del Centro Residencial y se analizaron tanto a nivel Departamental como Interdepartamental en las reuniones de equipo.

## **5.2. DIAGNÓSTICO INICIAL**

### **✓ Prevalencia de uso de Sujeciones Físicas**

Según el informe del Doctor Burgueño (2015), existía a 8 De abril de 2015 una prevalencia de un 17 % en el Centro gerontológico. Tras la información obtenida en la conferencia, en las entrevistas y en el Cuestionario de Percepción de Uso de Sujeciones se concluyó que el uso de las sujeciones, parecía tener base en una mentalidad de buscar la seguridad de los residentes con la aplicación de sujeciones físicas (reflexión en consonancia con lo analizado anteriormente respecto a la cultura que existía y aún existe en España acerca del uso de las mismas, donde durante años se ha primado la seguridad frente a la libertad)

### **✓ Incontinencia Urinaria**

Según el informe del Doctor Burgueño (2015), el 80 % del total de los residentes del Centro es incontinente o frecuentemente incontinente. Ante este dato el Doctor nos invita a reflexionar acerca de las políticas que se están llevando a cabo en relación a uso de pañales, horarios de baño, etc., esquemas de baño, etc. especialmente en la noche. La incontinencia es un fiel indicador en cuanto a sujeciones se refiere.

La incontinencia urinaria es una cuestión que se debe abordar desde una perspectiva médica, incluyendo a enfermería y a auxiliares de geriatría, así como analizando cuestiones organizativas. El Departamento de fisioterapia también puede colaborar con la aplicación de programas que trabajen la incontinencia.

#### ✓ **Prevalencia de problemas significativos de conducta**

Las conclusiones de los datos brindados al Doctor Burgueño (2015) notifican que, según el informe del equipo del Programa Desatar, un 27 % de todos los residentes con demencia presentan problemas de conducta significativos prevalentes. La prevalencia comunicada de personas con diagnóstico de demencia es elevada, por lo que el Doctor Burgueño recomienda una mejora en la identificación y valoración de los mismos, con el fin de facilitar el proceso de desatar. En este caso, será el Departamento de Psicología el encargado de liderar esta tarea, con ayuda del resto de Departamentos, ya que a éste le corresponde la valoración e identificación de los SPCD. Para ello hará uso de diversos test como el NPI y el registro de ABC, además de la observación propia y del resto del equipo.

#### ✓ **Prevalencia de uso de fármacos psicotrópicos**

Conforme a las conclusiones del informe del Doctor Burgueño (2015), los residentes con demencia que consumen antipsicóticos son el 80 % según los datos comunicados en el "censo de residentes". Además de 78 residentes que consumen cualquier tipo de psicotrópicos. Este aspecto lo analizará el Departamento de Medicina, con ayuda del Departamento de Enfermería y de Farmacia del Centro.

#### ✓ **Depresión**

El 47 % de los residentes presentan signos y/o síntomas documentados de depresión actualmente (Burgueño, 2015). Estos datos los recoge el Departamento de Psicología a través de escalas estandarizadas, como el Golberg o el Cornell.

### ✓ Prevalencia de uso de Barandillas

Conforme al informe ejecutado por Antonio Burgueño (2015) el uso de barandillas es casi siempre usado como una restricción física, y se relaciona frecuentemente con el uso de sujeciones físicas y con accidentes graves en residentes con deterioro cognitivo (en ocasiones se pueden saltar las barras por encima provocando una caída de mayor gravedad debido a ser desde mayor altura, en otras ocasiones pueden quedarse atascados entre las barras, etc.). Su uso entre los profesionales viene justificado por la seguridad que pueden acarrear, pero en realidad y tal y como hemos visto, pueden ser contraproducentes debido a que los accidentes que se pueden originar son más graves que si no las hubiera.

La prevalencia de uso de barandillas en el Centro es elevada, por lo que con en el transcurso del Programa Desatar la intención es ir retirándolas buscando alternativas a las mismas.

### ✓ Caídas

El análisis del Doctor Burgueño (2015) refiere que la incidencia de caídas/año está dentro de la normalidad estadística respecto de las cifras publicadas en diversos estudios, pero sí destaca el patrón de caídas en las franjas horarias de 20 a 21:30 en relación con la franja horaria del levantado, por lo que se lleva a reflexión este tema considerando cambios a nivel organizativo, en cuanto a tareas del colectivo de auxiliares de enfermería, que puedan mejorar esos datos, como veremos a continuación.

### ✓ Úlceras por Presión

El equipo de expertos del Programa Desatar (2015) comunica que la incidencia de úlceras por presión comunicada en el censo, atribuible al centro, es elevada para este tipo de usuarios, lo que obliga a revisar las pautas de cuidados y prevención. Este dato puede tener relación con la proporción de personas encamadas, y personas con baja movilidad en cama, así como con la proporción de personas con sujeciones, por lo que se debe analizar el motivo para hacer frente al problema.

### ✓ Sillas de Ruedas

El análisis realizado por el equipo de expertos de CEOMA (2015) confirman que un 39 % de los residentes del centro pasan gran parte del día en silla de ruedas. Esto es una cuestión a

revisar, ya que ese tipo de asientos no se adecua bien a todas las características y necesidades posturales de las personas mayores, y además guarda relación con un riesgo de caídas especiales, y de especial gravedad (riesgo de traumatismos craneoencefálicos severos), y una mayor incidencia de problemas de conducta en personas con demencia (entendiéndolo desde el punto de vista de la incomodidad, malestar, dolor, etc. que les puede generar estar mucho tiempo en la misma silla o postura inadecuada).

### ✓ Seguridad Legal

- ✓ Como refiere el equipo del Programa de Desatar (2015), los Centros no suelen disponer explicitada, por escrito, su política de cuidados en los aspectos claves que pueden amenazar la seguridad legal, pero sería interesante que lo tuviera.

El equipo de expertos (2015) también observó que la seguridad ambiental, así como la supervisión, podrían mejorar para favorecer la seguridad legal; es habitual que en centros que se usen sujeciones físicas, el peso que haya tenido la seguridad físico pasiva y el tono de vigilancia del personal de atención directa haya sido menor.

### ✓ Aspectos Organizativos. Política de Vida Nocturna

Como bien se expresa desde el Programa Desatar, la organización y realización de las tareas asistenciales o de cuidados pueden jugar un papel determinante en la seguridad de las personas que viven en una residencia, y en el uso de sujeciones. Y esto se corrobora desde los profesionales del centro.

Existen además áreas comunes, especialmente, en franjas horarias específicas, en las que se dificulta la vigilancia/acompañamiento constante de trabajadores del Centro, debido a organización de las tareas de cuidados y sus horarios. En este sentido desde el Centro se han realizado cambios en las hojas de tareas del equipo de atención directa para que esto no suceda.

Otro aspecto que destaca el análisis realizado por el equipo del Programa de Desatar es que la política de vida nocturna es, en cierto modo, restrictiva, ya que la cultura que subyace es que la persona debe dormir y estar en su cama toda la noche. Desde esta perspectiva se trata de cumplir este objetivo recurriendo a sujeciones o a usar las barandillas como barreras físicas.

CEOMA indica, que el uso de barandillas en las camas ha venido siendo algo común a nivel estatal, al igual que sucede en este Centro, no percibiéndose tan restrictivo como otro tipo de medidas y siempre justificadas por la seguridad del residente. Según el informe del Doctor Burgueño (2015), su uso debía reducirse buscando vías alternativas y más adecuadas a los residentes y así se ha hecho a lo largo del proceso.

### ✓ **Actitudes y percepciones de los profesionales de atención directa**

Según el análisis realizado por el Doctor Burgueño (2015), los encuestados compartían la percepción de que las sujeciones eran una herramienta de protección para el residente, especialmente para evitar caídas o accidentes. Por ello, está patente, según se desprende en la entrevista, que se muestran temerosos en cuanto a la seguridad física de los residentes. De este miedo se deriva que el personal vea justificado el uso de sujeciones para garantizar la seguridad del usuario.

En general, su actitud es positiva, aunque El Doctor Burgueño (2015) refiere en su análisis, que el personal de atención directa siente que los mandos superiores en ocasiones diseñan o dan instrucciones sin conocer tan a fondo como ellos la realidad. Por lo que su sentimiento es que existe discrepancia entre la practicidad de lo diseñado y pautado y la teoría.

### ✓ **Familia**

Según lo verbalizado, por parte de los profesionales al evaluador directamente, parece que las familias hasta ahora habían tenido un papel excesivo y no bien fundamentado en la toma de decisiones del cuidado hacia sus mayores, cuando en realidad los aspectos puramente técnico-asistenciales son decisión de los profesionales, si bien es verdad que el familiar debe estar informado y preferiblemente llegar a un acuerdo con él.

## **5.3. INTERVENCIÓN**

Como primeros pasos para comenzar con el proceso de retirada de sujeciones ya existentes, CEOMA aconseja propiciar espacios y tiempos para discusión de los casos en sesiones clínicas, para elaborar planes individualizados de retirada y de cuidados que se darán para garantizar la seguridad de la persona, y en su caso para recuperar funciones pérdidas. Las reuniones de sujeciones se realizan los jueves a las 9:30h de la mañana, siendo este un tiempo exclusivo para el Programa Desatar.

Éstas iniciaron llevando inicialmente los listados de residentes que tenían sujeciones físicas. Y de estos que tenían sujeciones se actualizaron los GDS-FAST, los Tinetti, el Barthel, el Norton y el NPI.

Según CEOMA (2015), la estereotipificación de los residentes, permite aplicar con esos estereotipos procedimientos específicos. Es el caso de los grandes estereotipos de residentes de mayor riesgo de ser sometidos a sujeciones, entre otros, los deambuladores, los que presentan problemas de conducta, y los que tienen especial riesgo de caídas.

La recomendación por parte de los expertos del equipo de Desatar es utilizar el FAST (Functional Assessment Staging) en el que se clasifica los residentes en diferentes fases y subfases según su estado cognitivo. Esta escala se rellena anualmente, y en ocasiones si se ven cambios se actualiza, que es lo que se hizo inicialmente con todos los residentes con sujeciones.

Esta información es muy valiosa ya que dentro de cada fase se describe cuáles son los síntomas, conductas, etc. que pueden aparecer, lo cual nos puede poner sobre aviso acerca de lo que puede acontecer, aunque cabe resaltar que cada persona es única y así lo es también su deterioro.

CEOMA (2015) también recalca la importancia de las valoraciones, las cuales pese a estar establecidas en el centro anualmente, excepto algunas que por sus características se considera interesante realizarlas a los 3 o 6 meses, ya que cualquier cambio significativo en el estatus del residente obliga a la realización de una valoración completa.

Entendiendo por cambios significativos una caída, el debut de un problema de conducta que altera el cuidado de una persona, el inicio de un tratamiento con psicotrópicos (CEOMA, 2015). Todos ellos, a recomendación de CEOMA, deben estar definidos por escrito y ser conocidos por todos los profesionales del centro.

Todo esto ha quedado reflejado por escrito en el Centro, tanto definido en los protocolos (donde se definen los conceptos para evitar confusiones), tanto en el SAP como en los partes de cada planta, los cuales todo el equipo de atención directa lee al inicio del turno.

Los expertos del Programa Desatar (2015) recomiendan también contar con pautas escritas para:

- Prevención de Caídas
- Alertas de cuidados/ Cambios significativos
- Manejo de Problemas de Conducta (SPCD)

En este Centro Gerontológico se ha ido documentando todo caso por caso, tanto en las actas de las reuniones de sujeciones, como en las actas de las reuniones de equipo como en los evolutivos y episodios clínicos que cada Departamento redacta, donde consta todo lo relevante al residente (evolución, cambios de tratamiento, talleres a los que acude, cuestiones familiares, etc.)

Las recomendaciones del Doctor Burgueño (2015) para iniciar el proceso de eliminación de sujeciones eran las siguientes:

- ✓ Evitar la aplicación de nuevas sujeciones a partir de una fecha, la cual se debía decidir cuando los profesionales se sintieran seguros. En el caso del Centro que nos atañe desde el inicio del Programa se comenzaron a evitar nuevas sujeciones atendiendo al decreto foral 221/2011, de 28 de septiembre, por el que se regula el uso de sujeciones físicas y farmacológicas en el ámbito de los servicios sociales residenciales de la comunidad foral de navarra. Desde el principio en el contrato del Centro así se hizo constar explicándoles a las familias en la entrevista preingreso el programa en el que se estaba inmerso así como la Ley foral.
- ✓ En cuanto a las sujeciones que ya se estaban aplicando, el Comité de Sujeciones del Centro debía elegir un máximo de cinco residentes con quienes iniciar el proceso de reducción de sujeciones. Estos residentes serían elegidos dependiendo del grado de dificultad prevista al quitar las sujeciones, y la actitud de la Familia. Y así se comenzó realizando en el centro eligiendo los más fáciles y los más seguros.



Teniendo en cuenta esto, se clasificaron en grupos, en función de la urgencia y, a su vez, en función de la complejidad.

Figura 2. Grado de dificultad para retirar sujeciones

URGENCIA	URGENTES			MENOS URGENTES		
FACILIDAD PARA RETIRAR	FÁCIL	COMPLEJIDAD MEDIA	COMPLEJA	FÁCIL	COMPLEJIDAD MEDIA	COMPLEJA

Elaboración propia.

Inicialmente se comenzaron a retirar las que más urgencia tenían: dentro de éstas primero las más fáciles; posteriormente las de complejidad media y posteriormente las más complejas. Dentro de las menos urgentes las de menor facilidad se fueron retirando a la par que algunas urgentes ya que se creía que era factible, así como algunas de complejidad media. Las últimas en retirarse son las menos urgentes pero más complejas.

Que la complejidad fuera una u otra dependía de diversos factores, como por ejemplo, la disposición de la familia, la alteración conductual que presentara el residente (escala NPI), el riesgo de caída (recogido en la escala de Tinetti).

- ✓ Cuando se hubieran seleccionado los residentes a los que se les quitarían las sujeciones físicas, el personal designado hablaría con los residentes implicados y sus familias. Esto así se hizo, siendo el equipo de sujeciones las que se ocupaban de esto o en su defecto el profesional referente.
- ✓ Posteriormente el comité de sujeciones comenzaría a elaborar un plan de cuidados creativo, flexible e individualizado para cada residente, acorde a la programación centrada en la persona (reflejada anteriormente). En el cual se tendrán en cuenta sus preferencias, deseos, historia de vida, hábitos, rutinas, aptitudes, personalidad, etc. con el fin de mejorar su calidad de vida y ofrecerle una atención que no vulnere ninguno de sus derechos humanos. Siempre centrada en las necesidades del residente y nunca de los profesionales.

Para ello, es importante buscar la participación de los familiares, incluso del residente, en la medida de sus posibilidades, ya que nadie mejor que ellos nos puede dar cuenta de su historia de vida. Para ello desde, diversos Departamentos, en la entrevista preingreso y a lo largo de su estancia en el Centro, se recopilan datos acerca de estos aspectos del

residente. Cada profesional lo hace en su ámbito, es decir, el Departamento de Trabajo Social profundiza más en cuestiones familiares, sociales y económicas, el Departamento de Psicología en la personalidad, carácter, aficiones, historia de vida del residente<sup>10</sup>, etc.

Además para afrontar la complicada retirada de algunas sujeciones se hizo uso del registro ABC (antecedentes-comportamiento-consecuencia). Este tipo de registros ya lo veníamos utilizando en el Centro el Departamento de Psicología, aunque con algunas adaptaciones, ya que nos ayuda a esclarecer las causas de ciertos comportamientos, pero el doctor Burgueño nos presentó un modelo, nos explicó su relevancia y la forma de rellenarlo. Esta formación que él nos brindó, a este respecto, se la impartimos a las auxiliares de enfermería, ya que ellas son las que rellenan dichos registros bajo nuestra supervisión.

A decir verdad, es una labor costosa ya que el colectivo de auxiliar de enfermería tiene un gran volumen de trabajo (atención en AVD, supervisión, traslados, etc.) y otros muchos registros que rellenar. Además hasta ese momento sólo se hacían uso para casos concretos y durante el “programa desatar” su uso se vio aumentado. Cabe comentar que es difícil hacer ver, a veces, la importancia de su registro, por ello, hubo que informar al colectivo de auxiliares de su repercusión y formar en la forma de registrar (bien en el cambio de turno para corregir ciertas formas de registro erróneas como bien para informar de nuevos registros que se abrían). Es obvio que los resultados no son inmediatos y requieren de un tiempo, un tiempo de uno o dos meses, en muchos casos, para poder esclarecer las causas; pero a veces queremos soluciones mágicas e inmediatas y eso obstaculiza la espera de la compensación.

En ocasiones, y debido en parte, al ritmo vertiginoso que llevamos, no tenemos tiempo de pararnos a pensar cual puede ser el motivo de que ciertas alteraciones de conducta se desencadenen, por ello plasmarlo en una tabla y poder analizarla al final de la semana o el mes nos puede dar mucha información. Dentro de esa información podríamos hablar de la frecuencia con la que se da, de las franjas horarias en las que se produce, de la intensidad que tiene, de en qué contextos se da con más asiduidad, con qué personas reitera el comportamiento, etc.

Y lo más importante de todo es que nos va a hacer conscientes de qué es lo que desencadena ciertas conductas y que es lo que las refuerza o lo que las reduce.

---

<sup>10</sup> Consultar anexo 10 para ver documento de historia de vida del residente

A través de este proceso de valoraciones, observación y mucho trabajo transversal se combatió la restrictiva política de vida nocturna, siendo 0 sujeciones nocturnas las que existían a día 2 de Febrero de 2016.

- ✓ Cabe anotar que como el Informe diagnóstico del programa Desatar indica, si el personal tuviera miedo, se comenzaría quitando las sujeciones durante un período de tiempo específico, y así se hizo en el Centro con aquellos casos que generaban alarma e inseguridad, se comenzó retirándoles la sujeción en momentos de tranquilidad, cuando había más vigilancia, etc. y se le dejaba puesta en momentos de mayor intranquilidad del residente, más estímulos en el entorno, etc. Así se iba valorando la situación, a través de observación, registros y análisis, aumentando gradualmente el tiempo sin sujeción hasta finalmente retirar la sujeción.

Todo este proceso se ha ido registrando en el programa informático del centro (SAP), en el que desde el inicio se han reflejado todas las acciones y el procedimiento que se iban a llevar a cabo con cada residente así como la tendencia a la eliminación total de las sujeciones.

- ✓ Posteriormente y siguiendo las indicaciones del Informe del Programa Desatar a los residentes a los que se les iba retirando la sujeción han sido estudiados en las reuniones de reducción de sujeciones hasta que los miembros del equipo han estado seguros sin sujeciones. A recomendación de CEOMA las evaluaciones se habían de realizar al menos una vez al mes, excepto si surgiera algún problema, que el comité valoraría las necesidades y buscaría alternativas o adaptaciones convenientes, e informaría a la Familia. En el caso de nuestro Centro Gerontológico se realizaban reuniones semanalmente.

Cabe anotar que desde el centro se han seguido las instrucciones aconsejadas por CEOMA y así se ha llevado a cabo el procedimiento en las reuniones de equipo de sujeciones realizadas semanalmente.

Acompañado de todo lo anterior, durante el proceso se han ido realizando cambios en la estructura del Centro, ya que el entorno, físico y psicosocial, juega un papel clave en la existencia de caídas y problemas de conducta entre los residentes de una residencia y debe

ser considerado como algo fundamental para conseguir mejorar los objetivos de autonomía y bienestar de los residentes. Existen entornos facilitadores de la autonomía, que promueven la seguridad y minimizan el riesgo de caídas en personas mayores (CEOMA, 2015). Crear esos entornos es gestionarlos, ya que cada residente presenta patrones diferentes de interacción con ellos.

Debe quedar claro que es el entorno el que se debe adaptar a las necesidades del residente y no lo contrario. Estas adaptaciones deben ser principalmente genéricas, es decir, que beneficien a todos los residentes, pero posteriormente también se deben hacer apreciaciones más personalizadas teniendo en cuenta la interacción de cada persona con el entorno.

Según el Doctor Burgueño y su equipo (2015) se debería realizar una valoración del entorno, normal o sistematizada, y aumentar el conocimiento que los profesionales de atención directa tienen de cómo gestionar el entorno físico y psicosocial para mejorar la seguridad y alteraciones conductuales de los residentes con deterioro cognitivo. Pero también cabría realizarlo por áreas donde se encuentran los residentes (habitaciones, pasillos, salas, comedores, etc.), realizando posteriormente las modificaciones necesarias.

Esta labor se ha realizado con la colaboración de todos los profesionales, especialmente y muy importante la participación del personal de atención directa que es observador fiel de cuestiones ambientales que dificultan la interacción del residente con su entorno. Además se ha puesto a su disposición el registro ABC, el cual les ha ayudado a desarrollar la capacidad de observación.

A criterio del equipo del Programa Desatar (2015), existen aspectos que podían mejorar la seguridad físico pasiva, algunas recomendaciones hechas son las siguientes:

- ✓ Mejorar la orientación en los pasillos, ya que son largos: por ejemplo, colocando algunos carteles, objetos que les ayuden a la orientación, además de la instalación de algún sillón o silla que favorezca su descanso. En este sentido, se han ubicado butacas en los pasillos para el descanso de los residentes, así como también se han renovado los calendarios y se está trabajando en la colocación de otros aspectos que puedan mejorar la orientación temporo-espacial.

- ✓ Presentar estímulos diversos al vagabundeo: se han colocado muñecos en las salas a fin de que los residentes interactúen con ellos, y se ha comprobado que tienen un efecto muy positivo con algunos residentes. Además, el Centro está pendiente de pintar ciertas puertas del Centro a fin de evitar la frustración que puede ser no poder pasar por algunas de ellas y así también favorecer un entorno más estimulante.

También, actualmente, se está acabando de preparar una sala de estimulación sensorial con el fin de crear un espacio estimulantes, especialmente para aquellos residentes con más deterioro cognitivo, que en ocasiones no se pueden beneficiar de otras terapias.

- ✓ Realizar mejorías en el ambiente, las cuales se han llevado a cabo, para proporcionarle mayor sensación de hogar, y dotarle de menor aspecto institucional, evitando monotonía en el aspecto y en el color.

En este sentido se ha dividido cada módulo, de 60 personas, en dos zonas de 30 residentes, a fin de propiciar entornos más agradables, que simulen un hogar, más acogedor; con esta iniciativa también se pretende que las alteraciones conductuales no faciliten el efecto dominó, en el cual cuando un residente presenta alteración conductual altera al resto..

- ✓ Evitar pequeños desniveles en salidas al exterior. El Departamento de Mantenimiento está trabajando constantemente sobre los pequeños desniveles que puedan existir.

- ✓ Evitar obstáculos en el momento del levantado, acostado, tarde (carros de ropa, grúas, carros de la limpieza etc. que puedan existir). En este sentido, y como el Programa Desatar implica a todos los profesionales, al personal de limpieza se le ha comunicado la importancia de evitar que existan obstáculos en los pasillos u otras áreas.

- ✓ Aumentar la variedad de sillones para permitir una adaptación a ciertas peculiaridades de algunos residentes. A lo largo del 2015 se fueron adquiriendo butacas reclinables y más adecuadas a las necesidades de los residentes, lo cual ha favorecido que estén más cómodos y no requieran de sujeciones.

Pero sí cabe destacar que según el Informe del programa Desatar el uso de estos sillones debe tomarse con cautela ya que cuando la posición del respaldo impide que la persona pueda levantarse sin ayuda, si quiere, se considera restrictivo.

Desde CEOMA, se considera aceptable su uso cuando se usa con personas encamadas que no conservan la capacidad, ni de levantarse solas, ni de cambiar

de postura de forma voluntaria e intencionada, si bien el Programa Desatar recomienda que se utilice con pauta especial de cambios posturales, y limitando el tiempo de estancia en la silla-sillón. Que la persona esté sentada en un sillón de estas características no exime de los cambios posturales ni debe suponer que debemos bajar la vigilancia ni el nivel atencional que se le proporciona.

Es recomendable, en general, mantener la posición del respaldo en el menor grado de inclinación posible, o lo más cerca de que la persona pueda estar sentada completamente, con las plantas de los pies apoyadas en el suelo, o en una superficie adecuada, cargando el peso de las piernas sobre ella, y durante el mayor tiempo posible, para evitar algunas consecuencias negativas posibles (Informe Diagnóstico y de recomendaciones del Programa Desatar).

- ✓ Adquirir algunas camas extremadamente bajas (que bajen mecánicamente en altura), especialmente adecuadas para residentes que tienen riesgo de caída, con lo cual se les baja la cama y en ocasiones se les pone una colchoneta al lado también.
- ✓ Delimitar áreas o circuitos de deambulación seguros. En este aspecto, en la 3ª planta, es donde residen aquellos residentes con diagnóstico de demencia avanzada y alteraciones conductuales (agresividad, desinhibición, riesgo de fuga, deambulación errática, delirios, alucinaciones, etc.). Esta planta es la más adecuada para este tipo de perfil ya que cuenta con un código que impide la salida de los residentes al exterior del Centro, evitando así riesgos mayores. En esta planta se realizó también una distribución de los residentes en función de su estado cognitivo y alteración conductual. Este reparto lo realizó el Departamento de Psicología, basándose en el GDS-FAST y el NPI, así como en el aprovechamiento de los rendimientos en las terapias, muy unido a las dos escalas. En uno de los módulos estarían aquellos residentes entre la 5ª y subfases iniciales de la 6ª fase y en el otro módulo estarían aquellos residentes que se encuentran en subfases avanzadas de la 6ª fase o 7ª fase y los cuales requieren otro tipo de terapias menos exigentes. De esta forma se ha delimitado el área de deambulación para poder realizar una mejor tarea de supervisión. Asimismo, se han puesto sillas en el pasillo a fin de que los residentes que deambulan por los pasillos tengan opción de sentarse cuando se sientan cansados y así reducir las caídas, y posibilitar retirar sujeciones y trabajar la marcha.
- ✓ Restringir el acceso a zonas de peligro.

Respecto a estas dos acciones comentar que en este sentido el Centro ha delimitado los espacios en una de las plantas del Centro donde existen residentes con deterioro cognitivo y alteración conductual, con el fin de conseguir mayor vigilancia así como para evitar que pudieran entrar en habitaciones de residentes que estuvieran encamados, que pese a que ya se habían puesto pestillos altos actualmente también se ha ubicado a estos residentes encamados o semi-encamados en otro módulo al que los residentes que deambulan tienen restringido el acceso.

- ✓ Mejorar el sistema de iluminación de las habitaciones, evitando cambios de intensidad de luz en sus distintas áreas. Una luz bajera, de baja intensidad, a unos 30 centímetros del suelo, en las habitaciones, mejora de forma sustancial la seguridad de las personas que se levantan solas.

En cuanto a la iluminación de los pasillos el equipo está sensibilizado y previo a comenzar a caer la luz se alerta a recepción para su encendido (en el caso de los pasillos de abajo). Por otro lado, se ha hecho hincapié en tener las persianas subidas con la mayor luz posible (siempre que la claridad no moleste a los residentes, los deslumbre y sea contraproducente). Cabe destacar que el Centro es muy luminoso, lo cual favorece la luminosidad.

Además, en las habitaciones de ciertos residentes con riesgo de caída se deja la luz del baño o lámparas de mesilla que se han puesto encendidas con el fin de favorecer la visión, especialmente nocturna.

- ✓ CEOMA sugiere la posibilidad de valorar la conveniencia de contar con un sistema de control de errantes específico.

En principio el Centro cuenta con un sistema de alarmas que se activan en caso de que los errantes salgan por la puerta principal (aunque aún ahí están dentro del Centro). También y previo que llegaran a este punto existe una clave numérica en la planta en la que conviven errantes, que permanece cerrada excepto que se inserte el código adecuado.

La vigilancia y el acompañamiento es clave en la seguridad física, pero el uso de sujeciones rebaja esta vigilancia (A. Burgueño, 2015), por lo que a medida que se han ido retirando las sujeciones ha habido que estar atentos para aumentar la misma.

También se han hechos cambios a nivel organizativo, algunos de ellos los tratamos a continuación.

- ✓ Se ha pautado que haya una auxiliar de enfermería siempre supervisando la sala, sin posibilidad de moverse de ella bajo ningún concepto, estamos hablando de los módulos en los que hay gente con deterioro que son 4 de los que 6 que hay en total en el Centro.
- ✓ Uno de los cambios a nivel organizativo ha venido de la mano de la reorganización del orden con el que se metía a los residentes a la cama. Se ha pautado que los que mayor riesgo de caídas tuvieran, fueran a los que antes se acostará y los últimos a los que se levantara, ya que en el periodo de levantar y acostar la supervisión es menor debido a que las auxiliares de enfermería están realizando esa labor en esos periodos de tiempo.
- ✓ También se ha prohibido que exista una fila de residentes esperando en ir al baño ya que, tras analizarlo, se ha visto que ese era uno de los momentos en los que existían caídas dado que la gerocultora que ponía al baño estaba realizando esa tarea y no podía proveer de esa supervisión y, por otro lado, la gerocultora que estaba en sala podía en algunos casos no llegar a ver toda la fila.
- ✓ Al hilo de esto, también se concretó que no debían existir filas de residentes en el pasillo a la espera de ser acostados, ya que al igual que con la fila del baño, en estas ocasiones y ayudados del pasamanos o de la silla que pudieran tener delante, en ocasiones, algunos residentes intentaban levantarse y se producía la caída. Siendo éste otro de los momentos de alto riesgo de caídas.
- ✓ Por otro lado, en las hojas de las terapias a las que tienen que acudir los residentes, tanto escrito como de forma oral, se les ha indicado a las gerocultoras que bajen siempre los últimos a aquellos residentes que tienen tarjeta roja o algún riesgo de caída. Debiendo estar siempre presente el profesional técnico en la sala cuando la gerocultora deja al residente en la terapia.
- ✓ También, se ha provisto de tarjetas rojas (en las sillas de ruedas) a aquellos residentes que tienen riesgo de caídas para que todo el personal estuviera especialmente pendiente de estas personas (informando previamente a todos los trabajadores del significado de esas tarjetas rojas), debiendo aumentar, y así ha sido la vigilancia sobre éstas.



Todo esto ha requerido cambios en las hojas de tareas del personal de auxiliar de enfermería, siendo la supervisora de gerocultoras junto con la coordinadora de enfermería las que reorganizaron tareas en función de las necesidades que existían.

A nivel de equipo técnico también se han tenido que realizar cambios orientados a favorecer la consecución de los objetivos marcados para desatar. Algunos de ellos han sido dirigidos a la reorganización de las terapias, enfocando las terapias hacia terapias no farmacológicas más novedosas, como es el caso de Montessori y estimulación sensorial (ésta última ya se venía realizando en el Centro a mi cargo, desde el Departamento de Psicología, pero actualmente dado el aumento en el grado de dependencia se ha visto necesario que el Departamento de Terapia Ocupacional también lo realice; teniendo en cuenta, además, que la empresa está invirtiendo en salas Snoezelen así como en darnos algo de formación respecto a estas terapias ).

Por otro lado, se han modificado los horarios de ciertas terapias así como los escenarios donde se realizaban ya que se ha considerado adecuado que los residentes con mayor deterioro cognitivo no tuvieran que realizar tantos traslados de una planta a otra y así evitar desorientación y otro tipo de alteraciones conductuales que en ocasiones pudieran llevar a sujetar. Por ejemplo, en la 3ª planta se ha aumentado el porcentaje de terapias que se realizan en dicho piso, bajando únicamente por las mañanas al gimnasio y por las tardes dos días. A través de la observación hemos comprobado que el hecho de pasar de unas terapias a otras, en la planta baja (planta que los residentes solo habitan para las terapias y en la que en ocasiones debido al volumen de residentes que asisten a veces puede ser excesivamente estimulantes para ciertos residentes y originar alteraciones de conducta que sean de difícil manejo) muchas veces altera a estos residentes debido a exceso de estimulación (mucha gente, entorno diferente al habitual, mucho ruido, etc).

Desde el Departamento de Psicología ya desde hace años se está presente en las entrevistas preingreso, ya que considerábamos importante ese primer contacto con las familias, tanto con el objetivo de crear un vínculo con los mismos así como para obtener información de la personalidad, aficiones, trabajo, modo de vida, etc. del residente. Actualmente, la importancia que le damos a esto es mucho mayor, de ahí que hagamos especial hincapié en estos aspectos y tengamos un formato estructurado de entrevista preingreso.

A continuación detallaremos también diversos apartados sobre los que y con los que el equipo de expertos del Programa Desatar considera que se ha de trabajar y así se ha hecho:

### ✓ Familias

A criterio del equipo Desatar las familias deben participar en la decisión sobre aplicar tratamientos o procedimientos de dudosa utilidad, pero solo dándoles la posibilidad de rechazarlos cuando están bien informados, e idóneamente de forma anticipada a que surja la duda de aplicarlos o no, pero nunca puede darse a los familiares la posibilidad de imponer un procedimiento o tratamiento que el equipo técnico asistencial no considera conveniente y necesario.

Es importante por ello el empoderamiento de los profesionales, cuestión significativa y a trabajar para un buen desarrollo del Programa. Pero eso no exime a las familias a tener un papel relevante en todo esto.

En este sentido, en el Centro Gerontológico, el equipo técnico junto con Dirección se han mostrado líderes en cuanto a la no tolerancia de sujeciones, transmitiéndoselo así a los familiares, previa información (a través de cartas informativas<sup>11</sup>, la charla realizada por el Doctor Burgueño y el feedback diario) acerca de lo que supone un Centro Libre de Sujeciones, de las ventajas que supondría para sus familiares, etc. Cabe comentar que ha sido, en ocasiones, trabajo duro ya que hasta hace muy poco la tendencia había sido la de sujetar, por lo que el cambio de pensamiento y de actitud ante dicha filosofía ha requerido su tiempo y esfuerzo.

A pesar del empoderamiento de los profesionales también hemos de empoderar a las familias, como anteriormente hemos comentado, las familias son un pilar clave en todo este procedimiento, por lo que su empoderamiento es crucial.

Una forma de empoderar es implicarles en los cuidados de los residentes y favorecer su participación en la planificación de cuidados de su ser querido (entendiendo que hacemos referencia, en este caso, a residentes incapaces, que no puede representarse a sí mismos). Una forma recomendada por CEOMA es programar las reuniones de discusión del equipo

---

<sup>11</sup> Para acceder a la carta informativa que se envió desde el centro previo a comenzar el programa ver anexo 11

interdisciplinario sobre casos, contando con un miembro de la familia, el más implicado, y programando la reunión de acuerdo con sus posibilidades, el cual estaría presente en la misma, mientras se realiza la toma de decisiones delante de éste, y contando con su opinión en los aspectos generales del plan de cuidados, poniendo el énfasis en los aspectos que afectan a la calidad de vida del Residente, y en especial respecto de tratamientos o procedimientos de dudosa utilidad, o que tienen alternativas.

Desde el Programa Desatar se indica que de esta forma se pretende que la familia comprenda cómo y por qué se toman esas decisiones sobre su ser querido, lo cual genera mayor confianza en ellas, mayor colaboración, permitiendo que los objetivos compartidos sean más alcanzables. Si a la familia no se le explica adecuadamente y ésta no comprende ni se siente integrada en la toma de decisiones del cuidado de su familiar difícilmente podremos conseguir los objetivos; debemos tener en cuenta que todos somos un equipo que debemos navegar en la misma dirección y de forma coordinada.

En caso de hablar de residentes capaces sería interesante realizar el mismo proceso pero con él y si él lo desea con algún familiar. Como bien hemos comentado, la autodeterminación es un punto por el que se apuesta desde el Programa Desatar.

Desde el Centro Gerontológico al que hacemos referencia se habla y se explica a las familias cualquier cuestión relacionada con los cuidados de su familiar y en caso de ser capaz se habla con la persona en cuestión. Además cada profesional del equipo técnico es referente de un residente, por lo que éste está en contacto con el residente y la familia con más asiduidad y es a éste a quién se acude ante cualquier circunstancia. Si bien en cuestiones de un ámbito concreto la familia suele acudir al profesional que corresponde. Cabe mencionar, que después de realizarse la reunión PAI de los Jueves la persona referente se cita con la familia y/o el residente para informar de la valoración y objetivos concretados en esa reunión, siendo en este otro de los momentos, aparte del día a día, en el que se le implica a la familia.

En cuanto a residentes con diagnóstico de demencia o deterioro cognitivo, el equipo del Programa Desatar refiere que es importante que el equipo técnico se anticipe a lo que pueda suceder debido a la evolución natural de la enfermedad y hacérselo saber también a la familia. Debatiendo los posibles conflictos antes de que aparezcan y así poder prevenirlos. De esta manera también se implica a la familia en el proceso. Esto así se ha realizado en el Centro Gerontológico, ya que las familias han sido parte crucial y han sido

informada y anticipadas de todo. Cada paso a dar en el proceso con su familiar, el equipo de sujeciones le ha informado y se ha implicado a los mismos en las soluciones.

Para ello, según el Doctor Burgueño (2015), se requiere un alto grado de madurez profesional de los miembros del equipo interdisciplinario, y una actitud poco paternalista, así como una metodología de cuidados que permita la elaboración y cumplimiento de cuidados planificados.

### ✓ **Actitud de los Profesionales de Atención Directa**

En cuanto al equipo de profesionales de atención directa comentar que los expertos del Programa Desatar percibieron el posible riesgo de “quemarse”, por lo que se recomendó que se les impartiera formación y participación en la toma de decisiones. El empoderamiento del personal de atención directa es crucial tanto para la implicación total en el proceso de desatar como para su salud psicológica y física.

Por otro lado, como hemos comentado anteriormente, el informe del Doctor Burgueño (2015) confirma que su actitud es positiva pero se muestran temerosos por la seguridad del residente, además de sentir que las indicaciones que se les ofrecen parten de un escaso conocimiento por parte de los mandos superiores.

Por todo esto, tanto el equipo técnico como Dirección debía trabajar y, se ha trabajado, en la eliminación de ese miedo, a través de pautas, formación, información que se les vaya brindando así como oportunidad de implicación y participación activa que se les vaya dando, lo que viene a ser empoderamiento del personal de atención directa.

También según las entrevistas y la observación directa, el equipo del Programa Desatar requería mayor trabajo en la tolerancia y permisividad de las alteraciones conductuales de los residentes. Todo esto se ha ido trabajando en el Centro, en la medida que se ha ido desarrollando el Programa de Desatar.

### ✓ **Transparencia/ información/ legalidad**

El Programa Desatar (2015) ha recomendado total transparencia cuando se adoptan sus directrices, haciéndolas llegar a todos los implicados en evitar nuevas sujeciones, o en

eliminarlas, comenzando por los propios residentes (en la medida de sus posibilidades de comprender) y sus representantes (tutor, familia, etc.). Y esto así se ha hecho desde el Centro, así en el contrato se ha introducido una cláusula donde se informa de ello.

Se ha recomendado también que todos los trabajadores del centro tengan la información necesaria para comprender la política del centro sobre el uso de sujeciones, bien se les puede hacer llegar mediante documentos o folletos, o mediante charlas o reuniones. Esto así se ha hecho también, a través de la formación impartida por CEOMA, a través de folletos, a través de las pautas e información remitida por el equipo técnico, etc.

Es obligada también la disponibilidad de información sobre las contingencias relacionadas con la seguridad de los Residentes, y en especial sobre caídas (Burgueño, 2015).

### ✓ **Cuestiones Organizativas y de Liderazgo. Seguridad Legal**

En cuanto a seguridad legal el equipo del Programa Desatar (2015) ha recomendado que, teniendo en cuenta las conclusiones que se extraigan de las conferencias presenciales y formación, así como de éste informe, y las afirmaciones que pueden verse a continuación, se elabore un memorando donde quede clara la posición de la organización con respecto a la doctrina sobre sujeciones del Programa Desatar, y las garantías con las que llevara a cabo la racionalización.

El equipo de expertos de CEOMA (2015) ha aconsejado que el liderazgo del modelo de “centro libre de sujeciones” sea compartido, por lo que se considera importante dar participación a todo el equipo interdisciplinario y a los profesionales de atención directa, con personas de referencia para los aspectos estratégicos del plan (sujeciones y caídas, demencias y SPCD). En este aspecto las personas de referencia para las caídas han sido el Departamento de Fisioterapia, en lo referente a SPCD el Departamento de Psicología y Terapia Ocupacional y en sujeciones además de todas éstas también la coordinadora de enfermería y supervisora de auxiliares, siempre con el apoyo de Dirección.

El cambio de actitud y de mentalidad ha sido el pilar necesario para lograr un centro libre de sujeciones sólido. Al inicio ha podido acarrear desconfianza ya que se planteaba una visión totalmente diferente a la desarrollada hasta ese momento y difícil de encajar. La mejor forma para confiar en que es viable es experimentarlo en primera persona y corroborar que se

obtienen beneficios (Burgueño, 2015). El Personal de Atención Directa es, en gran medida, el responsable de que se logre y por ello es un mérito a reconocerles.

El equipo de Desatar (2015) ha sugerido, que hasta que no se hayan visto los resultados y reconocido como tales, que las auxiliares no facilitaran cierta información acerca de las sujeciones a los familiares. El fin de esto ha sido no enviar mensajes contradictorios a las familias, ya que podíamos generar más desconfianza en éstas, muchas de las cuales ya la tenían por el mero hecho de estar expuestos a un cambio. En algunos centros incluso se ha prohibido dar este tipo de información, incluso se ha sancionado por hacerlo.

Como el Informe del programa Desatar (2015) refiere, todos los modelos organizativos de cuidados prolongados de referencia asignan una gran importancia al personal de atención directa, en tanto que son los ojos y las manos de la organización. Ellos son las 24 horas del día de nuestros residentes y son el punto fuerte del cuidado, de los cuales pueden salir las soluciones a muchos de los problemas de los centros.

Las organizaciones que empoderan a este colectivo, les hacen más capaces, mejor organizados, más participes, suelen ser organizaciones que cuidan mejor. Existen muchos autores que lo corroboran, así Gracia, Silla, Peiró, & Fortes-Ferreira (2006) refieren que el empoderamiento psicológico está relacionado positivamente con la motivación de los empleados.

Según el equipo de Desatar (2015) son diversas las estrategias que son útiles para motivar a ese personal, y para empoderarle. Algunas de las cuales recomendaron al Centro son:

- Marketing interno (campaña de imagen y reconocimiento formal de sus méritos). En este sentido desde el Centro se realiza trimestralmente un periódico en el que tienen cabida los profesionales del Centro, siendo cada trimestre entrevistado uno de ellos. Por otro lado, la empresa está presente en redes sociales donde se exponen fotos y actividades en las que éste colectivo colabora. Además, desde el equipo técnico como desde Dirección se intenta reforzar y reconocer su trabajo, sin duda sin este colectivo la consecución del objetivo no hubiera sido posible.
- Equipos de Mejora (participados por personal de atención directa voluntario), que priorice problemas de calidad del centro, y los maneje.

- Formación (ver el apartado más adelante).
- Vertebración/ Jerarquización/ Individualización de los Cuidados.
- Medir su desempeño por resultados (sus resultados). Los resultados se pueden obtener ya que cada persona de atención directa tiene unas funciones y una hoja de tarea, lo cual permite visibilizar la realización de sus tareas. Esto es algo importante en lo que basarse para poder reconocer sus logros.
- Encauzar la solución de sus conflictos personales. La satisfacción a nivel personal influye en el ámbito laboral, por lo que, es importante poder dar respuesta a conflictos personales que pueden estar afectando a la persona. En este aspecto, el Departamento de Psicología en la medida de sus posibilidades pero siempre dispuesto, ha facilitado espacios y tiempos para posibles dificultades y en ocasiones se ha apoyado a las profesionales. Así mismo, otros Departamentos por su relación más directa con este colectivo y Dirección han participado también en esta acción. Desde el departamento de Psicología se han realizado también talleres de relajación que podían tener beneficios en su bienestar psicológico y físico.

El equipo de Desatar apuesta por un modelo de cuidados basado en Auxiliares de Referencia y ello requiere que la organización del trabajo del equipo interdisciplinario del centro gire en torno a la demanda de los Auxiliares y a la organización de su trabajo (Programa Desatar, 2015). Así el equipo interdisciplinario responderá a las demandas del equipo de atención directa y éste a su vez podrá dar respuesta a las necesidades de los residentes.

En cuanto a seguridad legal, para salvaguardar legalmente de una forma aceptable y razonable, tanto a profesionales como a la organización, es adecuado que el Centro explicita su política sobre el uso de sujeciones, y su afán por evitarlas, y eliminarlas (CEOMA, 2015). Desde el programa se ha aconsejado que dicha política conste en el contrato de servicios y en el reglamento de régimen interno, para que todo usuario pueda conocerla, y sepa a qué atenerse. Pero teniendo en cuenta que no debía mostrar una actitud defensiva que genere conflictos con familiares, etc.

En esta explicación se podría hacer referencia al Programa Desatar y a su compromiso de sujeciones cero, pero dejando patente que todo ello se orienta hacia una calidad de vida mejor en la que priman valores como la seguridad, la libertad, la dignidad y la autodeterminación. Haciendo referencia también a las medidas alternativas que el centro

pondrá en marcha para evitar situaciones graves, en la medida de lo razonable; pero siempre cumpliendo los estándares de desempeño y resultados similares a cualquier centro de semejantes características o incluso al suyo propio, antes del comienzo del Programa.

También cabe mencionar la importancia de tener los protocolos asistenciales lo suficientemente actualizados y validados, para así aumentar los apoyos a la seguridad legal (CEOMA, 2015). Este aspecto también es una cuestión a trabajar.

En cuanto a la seguridad legal es importante tener una buena relación con las familias; aspectos que se han ido trabajando desde todo el equipo; el Departamento de Trabajo Social es el que por sus competencias más se dedican a las familias. Brindarles información coherente y comprensible, así como entregar a las familias folletos informativos de la política de no sujeciones ha sido clave. A destacar también, la importancia de ir anticipándonos a los hechos que han podido ir surgiendo en el proceso de desatar para facilitarnos el camino, prevenir antes que curar.

Algunas mejoras, adecuaciones, de la seguridad física pasiva también han sido necesarias para aumentar la seguridad legal (CEOMA).

Según los expertos del Programa era importante hacer un recordatorio incluso sesiones informativas para el personal de atención directa para sensibilizarles en cuanto a la importancia de trabajar sin sujeciones y por ello del valor que tiene la vigilancia y el acompañamiento adecuado. Es importante atajar posibles actitudes negligentes que sean consecuencia de que el proyecto de centro libre de sujeciones no sea bien entendido, o que sea rechazado. En el caso del Centro Gerontológico al que hacemos referencia no ha habido ninguna actitud de rechazo, si bien inicialmente, al igual que en otros centros (como comentaba el Doctor Burgueño) existía un aire de incertidumbre e inseguridad.

Ante la duda de que esto pudiera suceder, desde CEOMA (2015) se ha recomendado dar pautas escritas de vigilancia y acompañamiento generales, especialmente para las áreas comunes, donde los residentes no deben quedar solos, y para acompañar en los desplazamientos de personas con riesgos de extravío y/o caídas.

### ✓ Manejo racional de los fármacos psicotrópicos



Como se afirma en el Informe Diagnóstico y de recomendaciones del Programa Desatar (2015), es necesario que se logre una mayor racionalización del uso de esos fármacos, ya que tienen efectos contraproducentes, además de considerarse muchos de ellos sujeciones químicas que dificultarían la consecución del objetivo. Debido a ello se ha recomendado que se diera apoyo al médico, por parte del equipo de enfermería, y de las Champions de demencias, para revisar los tratamientos en función de los estándares internacionales establecidos para un uso racional de los mismos. Con la ayuda de todo el equipo, así se ha realizado, ya que la coordinación con el equipo médico es continua, se facilita limitar la demanda de fármacos que pueden hacer tanto familias como el equipo de atención directa. Todo el mundo debe estar concienciado de que los fármacos pueden generar muchos problemas a la persona mayor. Pero cabe destacar, que es difícil en ocasiones concienciar de esto porque nuestros orígenes, y aún muy en auge, son los del modelo médico tradicional donde los fármacos son una solución rápida.

Respecto de la pauta “si precisa” desde CEOMA, en el Informe Diagnóstico y de recomendaciones del Programa Desatar (2015) se ha aconsejado que no se utilice. En cualquier caso, de utilizarse se recomienda que exista un registro de las administraciones de fármacos psicotrópicos con esta pauta, y que sea diariamente revisado por las enfermeras y médico. Así desde el centro se revisan entre el Departamento de Enfermería y Medicina estas tomas, además de estar claras las pautas, sin dejar a criterio subjetivo del profesional que esté.

### ✓ Formación

Dado que el Programa en el que el centro iba a comenzar su andadura desde los expertos del Programa Desatar (2015) se recomendó una formación continuada tanto al equipo de atención directa como al equipo técnico conformado por titulados universitarios.

#### Del personal de atención directa

La formación de este personal se ha aconsejado que sea realizada de forma continuada, compatible con el desempeño de su labor y dentro de la residencia y en el contexto de abordaje, valorativo, y de planificación de cuidados, trabajando sobre casos prácticos y si puede ser reales, o para el manejo de problemas cotidianos del centro, a los que deben enfrentarse a diario.

Según el doctor Burgueño (Informe Diagnóstico y de recomendaciones del Programa Desatar, 2015), los propios titulados universitarios y la dirección, del centro, pueden realizar esa formación, siendo especialmente interesante la formación que el Departamento de Psicología y Terapia Ocupacional pudiera brindar.

El Doctor Burgueño (Informe Diagnóstico y de recomendaciones del Programa Desatar, 2015) invitó a que el Departamento de Psicología se encargara de la formación del personal de atención directa en el manejo y prevención de los problemas de conducta en las personas con déficit cognitivo-demencia (behaviour management), con casos prácticos, ya que es a éste al que le compete.

El Departamento de Psicología ha abordado con el equipo de atención directa los casos reales acontecidos en el Centro y se han facilitado pautas de cómo manejar las situaciones, siempre teniendo muy presente la opinión de éste colectivo ya que es de éste mismo de donde muchas veces salen las soluciones.

#### De los titulados universitarios

Respecto a este colectivo se sugirió que estos profesionales busquen formación a la medida de las necesidades (Informe Diagnóstico y de recomendaciones del Programa Desatar, 2015).

Se cree necesario que tuvieran conocimiento específico de las problemáticas que pudieran surgir en el Centro en relación con la retirada de sujeciones, como:

- Caídas. Prevención de Caídas
- Demencias y SPCD
- Ética Asistencial y Jurídica aplicable

Se creía necesaria mayor auto-formación en demencias, diagnóstico, valoración funcional, manejo de SPCD, y su relación con procedimientos relacionados con las actividades de la vida diaria (higiene, alimentación, disfagia, etc.), así como su manejo farmacológico y no farmacológico. Ello permitiría que el personal de atención directa pudiera prever y manejar mejor las alteraciones conductuales asociadas a demencias. Respecto a la formación, desde la empresa se ha ofertado formación en el Programa de Atención Individualizada y en terapias no farmacológicas no alternativas.

El Doctor Burgueño (Informe Diagnóstico y de recomendaciones del Programa Desatar, 2015) propuso que los profesionales del equipo técnico realizaran sesiones bibliográficas sobre los problemas antes referidos, y compartieran los conocimientos adquiridos. Este ejercicio propuesto por el Doctor es muy enriquecedor y desde el Centro se ha realizado de forma informal en las reuniones de equipo o de sujeciones.

### ✓ Sistema de Información Asistencial / Medición de Resultados

Desde CEOMA se sugirió la posibilidad de que el sistema informático SAP diera la posibilidad de extraer datos e indicadores que permitan tanto al equipo como a la dirección ser conscientes de en qué punto del proceso se encuentran y si sus cuidados son de calidad.

Así también invitó a hacer un seguimiento de (Informe Diagnóstico y de recomendaciones del Programa Desatar, 2015):

- Prevalencia de Uso de Sujeciones
- Incidencia de Caídas y lesiones serias por caídas
- Uso de barandillas
- Uso de Sillas de Rueda (dato que puede ofrecer el Departamento de Fisioterapia)
- Uso de fármacos psicotrópicos
- Polimedicación (dato del que puede dar cuenta el Departamento de Medicina y Enfermería)
- Tasa de residentes dependientes para las AVD de pérdida tardía (dato que se desprende del Departamento de Terapia Ocupacional)
- Prevalencia de problemas de conducta a través del NPI (escala que rellena el Departamento de Psicología)
- FAST (escala cumplimentada por el Departamento de Psicología)

Aconsejando la recogida de datos del “CENSO DE RESIDENTES” con una periodicidad trimestral.

### ✓ Terapias no farmacológicas

Teniendo cuenta los aspectos que han favorecido el desarrollo del Programa no podemos olvidar nuestra mejor herramienta: las terapias no farmacológicas. Por ello acompañando a este proceso y como facilitador del mismo, ya se venían aplicando en el Centro desde hace años desde muchos de los Departamentos, dado que las pueden llevar a cabo personal no médico. Hasta ahora en el Centro Gerontológico se habían dirigido especialmente a los residentes, aunque actualmente desde el Departamento de Trabajo Social se van a comenzar a realizar también de forma estructurada con familiares cuidadores de los residentes del centro.

El primer estudio publicado aparece bajo el título de “Tratamiento experimental de la confusión senil persistente”. Estas terapias comenzaron aplicarse de forma sistemática por una serie de profesionales con el fin de encontrar formas de paliar los efectos de las demencias, ya que no existían tratamientos curativos.

Inicialmente éstas TNF se centraron en la persona con demencia pero a partir de los años 80 ya el constructo “carga del cuidador” comenzó a tener peso e incluso se realizaron las primeras intervenciones de apoyo con cuidadores de familia, con el fin de paliar y prevenir el “burnout.”

Entre los años 2004 y 2006 un grupo internacional de expertos (International Non-Pharmacological Therapies Project) propuso una definición y unos criterios de clasificación para las terapias no farmacológicas (TNF). De esta forma una TNF quedó definida como una intervención no química, teóricamente sustentada, focalizada y replicable, realizada sobre la persona enferma o la persona cuidadora y potencialmente capaz de obtener un beneficio relevante.

Ya en nuestro tiempo, el aumento de la expectativa de vida ha provocado una explosión en la prevalencia de las demencias y un creciente interés, por parte de toda clase de profesionales, para ayudar a paliar sus efectos devastadores (Wimo et al., 2007).

El campo potencial de las TNF es muy amplio, abarca muchas patologías y técnicas de índole física, físico-química, psicosocial, motora y ambiental (Mapa de Terapias No Farmacológicas para Demencias Tipo Alzheimer: Guía de iniciación técnica para profesionales, pág.2). Muchas de ellas vienen realizándose desde los inicios de la Medicina.

Existen diferentes clasificaciones de las mismas, algunas en función de a quién van dirigidas, otras en función de qué actúan (aunque esto es algo ambiguo porque las TNF actúan sobre más de un aspecto), otras en función de que ámbito provienen, etc.

Según el Dr. Javier Olazarán y Ruben Muñiz (2007) entre las TNF orientadas al enfermo podemos encontrar las siguientes:

- **Estimulación cognitiva.** Facilitación general y temática de operaciones cognitivas basada en evocación, relación y procesamiento. Se persigue la orientación, dentro de las posibilidades de cada paciente, y la mejoría afectiva.
- **Entrenamiento cognitivo.** Aprendizaje o refuerzo de operaciones cognitivas específicas; p.e., asociación de nombres y caras a través de la elaboración de relaciones semánticas por parte del propio paciente.
- **Rehabilitación cognitiva.** Aprendizaje o refuerzo de operaciones cognitivas altamente individualizado, dirigido a mantener o a recuperar capacidades funcionales o sociales relevantes para el enfermo.
- **Ayudas externas.** Utilización de material o dispositivos que sustituyen alguna de las capacidades cognitivas perdidas, con el fin de recuperar o mantener alguna actividad funcional o social relevante para el enfermo. P.e., uso de agendas para recordar las citas, o uso de avisadores para tomar la medicación.
- **Entrenamiento AVD.** Práctica guiada mediante la mínima ayuda necesaria, ofrecida de forma gradual (estímulo verbal, visual o físico) de alguna AVD, con el fin de mantener la mayor autonomía posible en dicha actividad.
- **Reminiscencia.** Elaboración cognitiva y afectiva a partir de acontecimientos o experiencias del pasado remoto (acontecimientos vividos, hechos del pasado, canciones antiguas, etc.). Técnica específica: elaboración del libro de la vida.
- **Validación.** Combinación de distintas técnicas (reminiscencia, orientación, tacto, etc.) con el fin de empatizar de forma afectiva con el paciente.
- **Musicoterapia.** Utilización de la música de forma activa o pasiva, dirigida a estimular capacidades cognitivas, a provocar un refuerzo afectivo y a mejorar el estado físico
- **Apoyo y psicoterapia.** Aprendizaje de estrategias cognitivo-conductuales para soportar el estrés derivado de la pérdida de capacidades cognitivas.
- **Intervenciones conductuales.** Actuaciones basadas en el análisis de los antecedentes y consecuencias de la conducta, con vistas a reforzar las conductas adaptadas o que generan placer, y a modificar las conductas que desadaptadas o que generan sufrimiento. La modificación de los antecedentes de la conducta es preferible a la de las consecuencias.

- **Intervenciones sensoriales.** Utilización de estímulos dirigidos a alguno de los sentidos, con el fin de favorecer las operaciones cognitivas o de mejorar la afectividad o la conducta. Subtipos: utilización de masaje y tacto, uso de la luz, olores, sonidos, estimulación multi-sensorial (*snoezelen*).
- **Ejercicio físico.** Ejecución guiada (mediante indicación verbal o por imitación) de ejercicio aerobio dirigido a mejorar la resistencia, la flexibilidad el equilibrio y la coordinación.
- **Estimulación eléctrica transcutánea.** Utilización de corriente eléctrica para facilitar funciones cognitivas, mejorar el sueño o mejorar la conducta. Subtipos: estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS), estimulación eléctrica craneal.
- **Terapia de luz.** Utilización de luz en distintas frecuencias e intensidades para conseguir una mejor sincronización del ritmo circadiano natural de sueño y vigilia.
- **Relajación.** Intervención de corte físico y cognitivo dirigida a liberar al paciente de la tensión muscular y de la ansiedad.
- **Masaje y tacto.** Grupo de intervenciones que, a través del contacto físico, buscar la mejoría afectiva y conductual. Subtipos: masaje en las manos, tacto terapéutico.
- **Acupuntura.** Perforación cutánea mediante agujas gruesas en los puntos marcados por la tradición china, acompañada del uso de ungüentos tradicionales (moxibustión). Se persigue la mejoría cognitiva y afectiva.
- **Terapia con animales.** Utilización de animales de compañía (perros, gatos, etc.) para motivar al paciente y provocar una mejoría global (cognitiva, afectiva y social).
- **Arteterapia.** Elaboración guiada de obras con valor artístico (pintura, teatro, etc.) adaptada a las posibilidades del paciente, dando prioridad al refuerzo afectivo.
- **Terapia recreativa.** Propuesta y ejecución de actividades lúdicas guiadas o supervisadas, ya sea de forma individual o en grupo, con el fin de provocar una mejoría global (cognitiva, conductual, afectiva y social).
- **Intervenciones multi-componente para el paciente.** Combinación de alguna de las anteriores, ya sea de forma "rígida" (p.e., música y ejercicio físico) o diseñada según las características y necesidad del paciente.

Casi todas las anteriores se desarrollan ya en nuestro Centro desde hace años<sup>1213</sup>. A destacar que la terapia de estimulación sensorial ya se venía desarrollando en el Centro desde hace años, pero actualmente se está adecuando una sala sensorial acondicionado para desarrollar la terapia en la misma.

---

12 Consultar anexo 12 para ver TNF que se llevan a cabo en el Centro Gerontológico desde el Departamento de de Terapia Ocupacional

13 Consultar anexo 13 para ver TNF que se llevan a cabo en el Centro Gerontológico desde el Departamento de de Psicología

Dichas terapias deben tener en cuenta las características de las personas a las que va dirigidas y ser lo más personalizadas posible, además de estar fundamentadas correctamente y deben ofrecer intervenciones con resultados positivos predecibles.

Los dominios acordados como relevantes para la medición del efecto de una TNF fueron la calidad de vida, la cognición, las actividades de la vida diaria (AVD), la conducta, la afectividad, el dominio físico-motor, el bienestar y calidad de vida del cuidador, la institucionalización y los costes.

Desde el Centro se proponen unos objetivos anualmente con el fin de corroborar si se han cumplido los objetivos propuestos con las terapias no farmacológicas correspondientes, además de ir registrando la evolución de los residentes en las terapias, lo cual es una información cualitativa muy relevante.

Según los resultados de la revisión realizada por Olazarán et al. (Eficacia de las terapias no farmacológicas en la enfermedad de Alzheimer: una revisión sistemática, 2010) las TNFs pueden contribuir de forma realista y asequible a la mejora y administración de cuidados en la EATR (tanto de los enfermos como de los cuidadores).

Existen muchos estudios que confirman sus beneficios tales como el de Carballo-García (2010) o el trabajo de Bendicho quien afirma que “en fases iniciales pueden mejorar la cognición y la capacidad funcional; tienen efectos sobre el estado de ánimo; reducen la aparición de la depresión; evitan problemas de conducta, lo que incide en una menor sobrecarga de los cuidadores; generan bienestar en el enfermo; favorecen su autoestima y sus relaciones sociales; suelen ser muy bien acogidos por la mayoría; evitan o posponen el ingreso en residencias; son fácilmente aplicables en residencias y en el entorno del enfermo; reducen el coste económico de los cuidados...”.

De estos estudios se desprende la importancia de las mismas y por ello la utilización de éstas en los Centros Residenciales con el fin de mejorar diversa sintomatología, entre ella la alteración conductual, las relaciones interpersonales o al menos ralentizar el deterioro cognitivo. Estas terapias trabajan en la misma dirección que la programación centrada en la persona y la retirada de sujeciones, siempre buscando el bienestar y dignidad de la persona.

Todo esto analizado ha colaborado en la retirada de sujeciones y la disminución de caídas, uno de los factores claves por el cual se mantenían muchas de ellas. Analicemos con detenimiento el ámbito de las caídas:

## ✓ Caídas y manejo

Como punto de partida es importante partir de la definición que desde CEOMA se da para las caídas, entendiéndose como tales “cualquier episodio en el que una persona acabe de forma imprevista, o intencionada, en un nivel más bajo, o en el suelo, cuando estaba de pie, o desde una silla, el inodoro o la cama”. Además de éstas, también define, diferenciándolas de las anteriores, las casi-caídas como caídas que no llegan a consumarse por la razón que sea, pero que podría haberlo sido en otras circunstancias o lugar.

Según el Informe Diagnóstico y de recomendaciones del Programa Desatar (2015), se han marcado un mínimo de seguridad exigible para los centros que eliminan sujeciones. Esa seguridad mínima obligada es que:

- ✓ En el centro no se rebasa la incidencia de 2 fracturas de cadera de cada 100 caídas.
- ✓ En el centro no se rebasa la incidencia de 0,3 traumatismos craneoencefálicos severos (que obligan a trasladar a la persona al hospital) de cada 100 caídas

Como bien hemos comentado previamente, las caídas son uno de los temores que más verbaliza el personal y Directivos de los Centros y por ello muy indeseadas. Además como se ha podido comprobar éste es el principal argumento para el uso de sujeciones, por lo que, según el Doctor Burgueño (2015), realizar una buena gestión de las caídas es fundamental para erradicar el uso de sujeciones con garantías.

Burgueño (2015) afirma que las caídas se deben evitar en la medida de lo posible, pero teniendo en cuenta que no se van a usar sujeciones para ello, ni ningún medio restrictivo que vulnere los derechos de las personas mayores, aunque sí que se usarán otras medidas que las puedan paliar, pero teniendo en cuenta que pueden suceder ya que la seguridad plena no existe, ni en un Centro ni en casa. Y en este caso el fin no justifica los medios.

No debemos entender por ello, que las caídas sean algo esperable y normal sobre lo que no vamos a actuar, pero sí que dentro de parámetros razonables, se pueden dar. Según el equipo del Programa Desatar (2015) solo un 2 - 6% de las caídas en personas mayores deberían tener como resultado cualquier tipo de fractura. Una tasa mayor obliga a los



responsables de los centros y a sus equipos multidisciplinares a investigar su posible relación con el uso inadecuado de las sujeciones, físicas y químicas, y con otras razones potenciales. Se plantea desde CEOMA (2015) que se desarrolle un protocolo de seguimiento que sirva bien para obtener patrones ambientales como de relación con la organización del trabajo y tareas.

Como bien hemos dicho la solución no pasa por prohibir la movilidad a la persona porque eso tiene muchas consecuencias, como anteriormente hemos visto. En cambio, el Doctor Burgueño (2015) refiere que las estadísticas muestran que del 94% de las caídas que ocurren en residencias son sin consecuencia, o con consecuencias leves.

La prevención no viene solo dada por la constante vigilancia, sino que pasa por analizar las causas de esas caídas, a lo cual nos ayudará el registro ABC.

### Prevención de Caídas

La prevención de una caída pasa por analizar el registro obligado de caídas. Y dentro de ese registro lo primero que se debe valorar es si la caída ha sido fortuita, y en caso negativo analizar por qué se ha considerado previsible, es decir, que factores han inducido a esa caída (Burgueño, 2015).

Burgueño (2015) invita al equipo interdisciplinario a tener identificados a los residentes con especial riesgo de caídas, y así se ha realizado en el Centro y éstos llevaban consigo una tarjeta roja<sup>14</sup> que alertaba de ello, para lo cual se ha establecido un sistema de detección de alertas de riesgo, enumeradas en el siguiente cuadro.

#### Alertas de riesgo de una nueva caída:

- Caída reciente (no fortuita)
- Consumo de algunos fármacos psicotrópicos
- Consumo de 9 o más medicamentos diferentes al día
- Uso de Sujeciones físicas
- Comportamiento errante

---

<sup>14</sup> Para ver instrucciones de tarjeta roja acudir al anexo 14

- Mareo

Programa Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer. CEOMA

Además, para cada residente se ha de realizar una valoración de su riesgo intrínseco de caídas, considerando al menos lo indicado en el siguiente cuadro.

### **VALORACIÓN DEL RIESGO INDIVIDUAL DE CAÍDAS**

#### **Factores de riesgo propios del residente. Factores de riesgo intrínsecos**

- Cardiovasculares: Arritmias cardíacas
- Neuromusculares/ funcionales: pérdida de la movilidad de un brazo o pierna; deterioro del nivel funcional; incontinencia; hipotensión; ACV; hemiplejia/ hemiparesia; enfermedad de Parkinson; trastorno convulsivo; síncope; inestabilidad por trastorno crónico/agudo; marcha inestable
- Osteoarticulares: Artralgia; artritis; fractura de cadera; pérdida de una extremidad (p. ej. amputación); osteoporosis
- De percepción: Hipoacusia; disminución de la agudeza visual; mareo/vértigo;
- Psiquiátricos o cognitivos: Delirium; deterioro de la capacidad cognitiva/ Demencia; trastorno maniaco-depresivo

#### **Factores extrínsecos**

- Medicamentos: Fármacos psicotrópicos; fármacos cardiovasculares; diuréticos
- Dispositivos: marcapasos; bastón/muleta/andador; dispositivos de limitación física
- Riesgos ambientales/ de situación (circunstancias que han rodeado a las caídas recientes)

Programa Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer. CEOMA

### **Manejo de las caídas**

A continuación, el equipo de Desatar propone los pasos a seguir para manejar de forma adecuada las caídas (Burgueño, 2015):

### **GESTIÓN DE UNA CAÍDA Y VALORACIÓN DEL RIESGO DE NUEVA CAÍDA**

**PASO 1:** El paciente/ residente se ha caído. Si es así, vaya al paso 2. Si no se ha caído, vaya al paso 4 y valore el riesgo.

**PASO 2:** Evalúe las lesiones físicas y/ o los problemas médicos agudos. Tratamiento según esté indicado.

**PASO 3:** Consiga el historial de caídas, circunstancias del suceso.

**PASO 4:** Valore los factores de riesgo de caídas.

**PASO 5:** Obtenga la valoración de la movilidad basada en la actuación del residente.

**PASO 6:** Realice el examen físico y obtenga los estudios diagnósticos según están indicados.

**PASO 7:** Enumere los diagnósticos diferenciales de caída(s) y/o los factores de riesgo identificados.

**PASO 8:** Proyecte y lleve a la práctica las estrategias de intervención para reducir el riesgo de caídas.

**PASO 9:** Monitorice y haga el seguimiento para determinar si las intervenciones han tenido éxito.

**PASO 10:** Repita la evaluación (Paso 1) si el paciente/ residente continúa cayéndose. Repita la valoración del riesgo de caídas regularmente.

Programa Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer. CEOMA

### **Sistema de información de caídas y análisis de los datos del centro**

Como recomendación del equipo Desatar (2015), y así se hizo, se extrajeron los datos de las caídas del último año, que se venían registrando y el equipo de expertos realizó un análisis inicial que posteriormente lo ha ido realizando el Champion de Sujeciones, junto con el equipo del Centro Gerontológico, apoyados en el comité de caídas. El hecho de registrar las caídas y analizarlas minuciosamente permite obtener patrones o tendencia de caídas, que ayudan a prevenirlas.

Según el equipo de expertos de Desatar (2015), es útil analizar las caídas de repetición, tras las cuales puede encontrarse mucha información, especialmente cuando son extrínsecas,

es cuando pueden ayudar a detectar carencias o deficiencias en el entorno. Y si hablamos de que suceden en el mismo lugar también pueden reflejar deficiencias organizativas. Aunque en estos casos deberíamos ir más allá en el análisis y observar la interacción de cada residente con el entorno (Burgueño, 2015).

Estas deficiencias en el entorno que producen caídas pueden venir dadas por cuestiones organizativas de los espacios o bien relacionadas con ciertas actividades. Aquí se hace referencia a todas esas caídas que suceden fuera del horario nocturno y sin que ningún trabajador esté presente.

Como podemos ver en este gráfico de las caídas acontecidas en 2014 el mayor número de caídas se dieron en la habitación, seguido del pasillo, la sala de estar, baño, comedor y un bajo porcentaje que queda sin indicar. Detrás de estos datos cuantitativos cabe realizar un análisis cualitativo, que es lo que se ha realizado con las caídas acontecidas en estos últimos años.

*Gráfico 2: Porcentaje de caídas desglosado según lugar del centro en el que se producen.*

Elaboración propia con datos extraídos del análisis del equipo de expertos de Desatar sobre los datos del Centro Gerontológico.

En el caso del Centro Gerontológico correspondiente, el análisis que se realizó vino a dar cuenta de que había que aumentar la vigilancia en ciertas estancias, por lo que se han realizado cambios en las hojas de tareas de las auxiliares con el fin de mejorar ciertos aspectos, por ejemplo, aumentar la vigilancia en las salas debiendo estar obligatoriamente siempre alguien, se ha pautado que no existan colas en los pasillos para llevar a los residentes al baño, se han modificado ciertos aspectos en las habitaciones (cambio de mobiliario, aumentar la iluminación, etc.), se ha intentado aumentar la supervisión en las habitaciones, etc. Y se han analizado todas y cada una de ellas una por una, caso a caso.

Por otro lado, también se estima necesario y así se ha hecho durante el proceso del programa, analizar las franjas horarias en las que más caídas se producen. La tendencia del 2013 no ha sido muy diferente del 2014, donde la franja horaria de las 20:00 a 21:30h era la que mayor número de caídas tenía (ver gráfico 3). En este horario al igual que en el de las 13:15h a 16:30h, como se analizó son las horas de las cenas y comidas, respectivamente. Esta franja horaria es complicada en cuanto a manejo ya que, por un lado, las auxiliares deben atender a los residentes en el comedor, pero los ritmos de comida son diferentes para cada residente, por lo que algunos al acabar tienden a querer irse a la sala o al dormitorio o al baño inmediatamente. Para paliar esta dificultad, se han reorganizado las tareas de las auxiliares y se ha intentado dar respuesta a esas necesidades de ciertos residentes, acompañando alguna de las profesionales de atención directa primeramente a esos que tiene riesgo de caídas.

Además en horario de tarde, la alteración conductual aumenta y ciertos residentes se muestran más agitados, lo cual aumenta el riesgo de caídas (debido a inquietud, nerviosismo, agitación, etc.)

Por otro lado, en el cambio de turno que coincide con una de las franjas horarias es significativo analizar, ya que es la hora en la que ambos turnos se transmiten la información y se reúnan para ello, lo que en ocasiones podía bajar el nivel de vigilancia. Actualmente se ha hecho especial hincapié en la importancia de vigilar activamente, estando al menos una de las auxiliares en sala constantemente.

En cuanto a las caídas nocturnas, se ha revisado medicación ya que en ocasiones ésta podía estar influyendo en que se levantaran más adormilados y esa medicación que se suponía para conciliar el sueño, en ocasiones, puede generar peores consecuencias si el residente no duerme y se levanta.

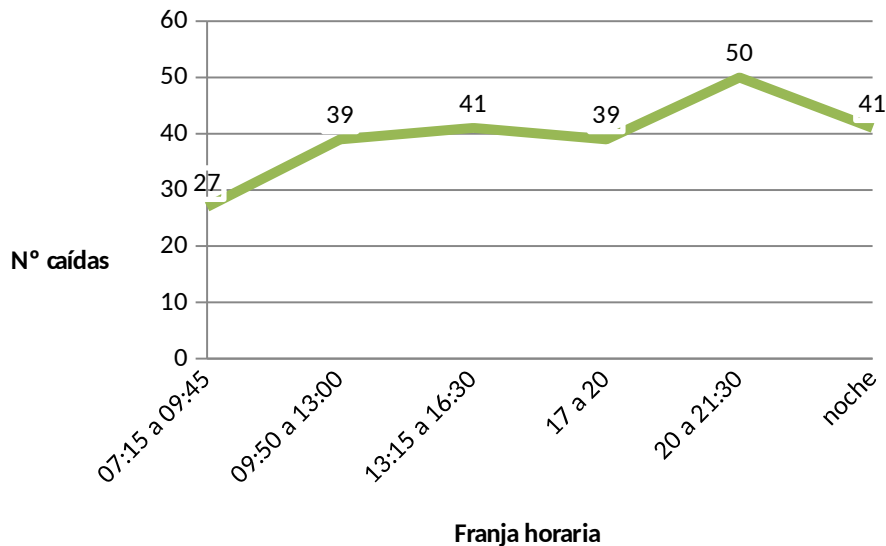


Gráfico 3: Caídas por franjas horarias durante el 2014 en el Centro Gerontológico de Navarra. Elaboración propia de la gráfica con datos extraídos del análisis del equipo de expertos de Desatar sobre los datos del Centro Gerontológico.

Respecto a la franja horaria en la que sucedían más caídas, desde el equipo de sujeciones se analizó más allá, estudiando donde acontecían esa caídas (ver gráfico 4), en qué lugar y así poder tener más capacidad de prevenirlas.

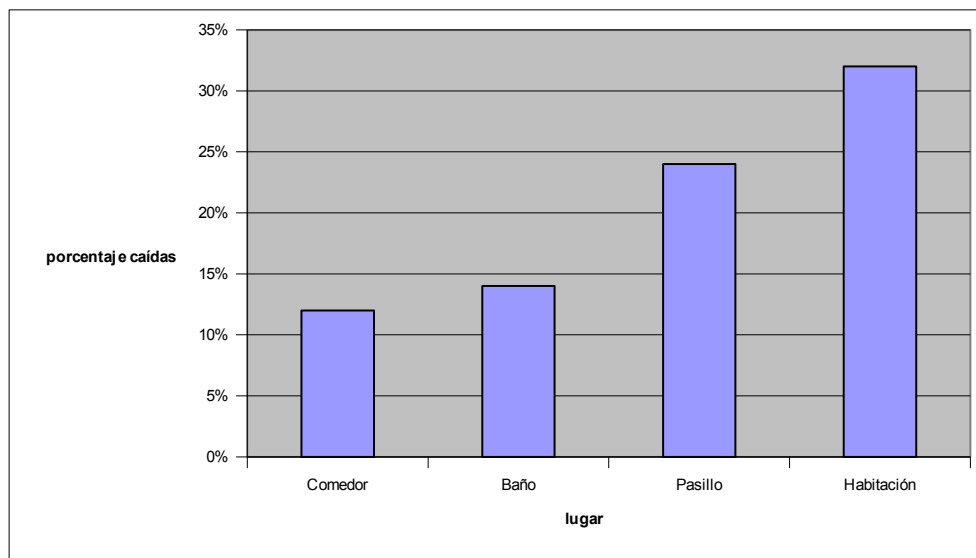


Gráfico 4: Análisis de caídas según lugar del centro en el que se producen en la franja horaria de 20:05h a 21:30h (año 2014). Elaboración propia.

Como podemos ver, donde más caídas existen en ese horario es en la habitación, por lo que ahí es donde se ha puesto más énfasis, aumentando la supervisión de aquellos que tienen

más riesgo de caídas, acostándolos los primeros, aumentando la supervisión a través de reorganización del trabajo del equipo de atención directa, etc.

Otro aspecto recomendado a analizar por parte del equipo de expertos fue los días de la semana en los que suceden las caídas. El hecho de que se observen más caídas unas épocas que otras o unos días que otros reporta mucha información, especialmente de cuestiones organizativas. El fin de semana era uno de esas franjas de días donde aumentaban las caídas; una de las causas pudiera ser que muchas de las trabajadoras del equipo de atención directa solo trabajan los fines de semana, por lo que conocen menos a los residentes, así como pasa en épocas de vacaciones.

En otras ocasiones, es interesante analizar las personas que se encuentran alrededor las cuales pueden ser las que ocasionan las caídas a otros. Por ejemplo, al realizar el proceso hemos sido conscientes de que ciertos residentes tienden a estar con otros a los que suelen acompañar (bien porque son marido y mujer, hermanos/as, amigas/os, etc.), y con los que suelen deambular y en ocasiones por inestabilidad de uno cae el otro. Estas situaciones han sido detectadas y se ha intervenido pautando una mayor vigilancia en estas ocasiones o intentando mantener a los residentes ocupados, o manteniéndolos alejados, etc.

También se aconseja por parte del Programa Desatar las denominadas (2015) “casi caídas” ya que éstas aportan también mucha información de cuestiones que a las que sería conveniente atender y así poder prevenir, previo análisis de las mismas. Esto mismo se ha hecho durante el proceso con todas las que se ha tenido constancia, ya que el hándicap de éstas es que, muchas veces, al no acabar siendo caídas, pueden haber sucedido pero en ocasiones es difícil tener pruebas del suceso de las mismas.

Desde el equipo de expertos también se aconsejó analizar las circunstancias en las que se producen las caídas, algo que se ha estado recogiendo, junto con los anteriormente citados, en el registro de caídas del centro en el cual constaban los siguientes apartados:

En el registro de caídas, que tenemos a continuación, se detallan las características de lo ocurrido y de aquí podemos extraer información tan importante como con qué ayuda técnica, mueble, objeto, etc. estaba interactuando el residente, cuestión a tener en cuenta para prevenir futuras caídas.

Para recoger toda la información propuesta por el equipo de expertos se han recabado los datos en un registro de caídas con elementos mínimos propuestos por éstos mismos:

Tania Camino Sánchez

Máster en Intervención Social en las Sociedades del Conocimiento

Página 87

### Ejemplo de un registro de caídas con elementos mínimos a considerar

- **Hora:** ej. 16:00h
- **Lugar:** x. ej.habitación
- **Quienes presenciaron la caída: Nadie/detallar:** x. ej.nadie
- **Consecuencias inmediatas observadas:** x. ej. moratón
- **Tiempo transcurrido desde la última comida:** x. ej. 2h
- **Tiempo transcurrido desde la última medicación:** x. ej. 2h
- **Estaba realizando una actividad habitual:** Si/No/NS
  - **Detállela:** se ha subido a la silla de su habitación para coger ropa
- **Estaba de pie:** Si/No/NS
- **Estaba caminando:** Si/No/NS
- **Intentaba alcanzar algo por encima o por debajo de su cabeza:** Si/No/NS
  - **Detállelo:** intentaba coger ropa de la parte superior del armario
- **Detalle el calzado durante caída:** zapatos planos
- **Se hallaba rodeado de un grupo de personas:** Si/No/NS
- **Respondía a algún síntoma de urgencia vesical/intestinal:** Si/No/NS
  - **Detállelo:**
- **Presencia de personal:** Si/No/NS
- **Brillaba el suelo:** Si/No/NS
- **Estaba el suelo resbaladizo por presencia de líquido:** Si/No
- **Había algún objeto extraño en medio:** Si/No
  - **Detállelo:**
- **Se había cambiado algún mueble o algo en el entorno:** Si/No
  - **Detállelo:** había movido la silla para subirse encima

***Objetivo: facilitar el Análisis necesario para tomar las medidas necesarias inmediatas, y de prevención de futuras caídas.***

Programa Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer. Informe diagnóstico y recomendaciones CEOMA, 2015

Otros muchos ejemplos acontecidos en el centro pueden ser: se ha orinado y se ha resbalado con su propia orina en el baño, iba agarrada de otra residente y al desestabilizarse la otra persona se ha caído, problemas en la transferencia (casi-caída), se



ha agarrado a la silla de ruedas que tenía delante en la fila para bajar a las terapias (casi-caída), desvanecimiento, etc.

Tal y como se propuso desde el equipo de expertos, se han realizado a lo largo del proceso cruce de todos estos datos para así obtener un análisis más exhaustivo.

Toda esta información se ha recogido en el Centro y tal y como aconsejan desde CEOMA (2015) se ha de procesar durante un año, con el fin de obtener los siguientes datos:

- ✓ Incidencia de caídas
  - del centro
  - de cada residente
- ✓ Patrón de caídas individual, en caídas repetidas
- ✓ Incidencia de fracturas de cadera
- ✓ Incidencia de TCE severo (traumatismo craneal que obliga a trasladar al residente al hospital)
- ✓ Patrón ambiental de las caídas
- ✓ Patrón organizativo de las caídas

Con estos datos sobre la mesa, según CEOMA (2015) se podrá comprobar si el centro está dentro de una normalidad estadística de caídas y sus consecuencias más severas, y verificar si se está prescindiendo de las sujeciones de forma segura en relación al residente.

CEOMA (2015) afirma que además los registros de caídas servirán para nutrir una base de datos relacionadas con las caídas que nos pueden posibilitar evidenciarlos patrones ambientales, organizativos e individuales de caídas, así como las garantías, de forma continua. Desde CEOMA se recomienda que la información procesada se analice periódicamente (cada mes), lo que permitirá tomar decisiones de forma oportuna. Y así se ha hecho, ya que las reuniones de sujeciones se realizaban semanalmente y ahí se revisaban.

Desde CEOMA se aconseja evitar que los residentes pasen gran parte del día en silla de ruedas, en la medida de lo posible se recomienda que hagan los traslados que puedan y usar las sillas exclusivamente para aquellos que se vean impedidos en la marcha. En este aspecto desde el Centro se ha trabajado arduamente, especialmente haciendo mucho hincapié en ello y concienciando de ello a las auxiliares, así como trabajando desde el Departamento de Fisioterapia la marcha y el equilibrio en sus distintos programas.

Además, como se sugiere desde CEOMA, se han limitado mucho los tiempos para estar en las sillas de ruedas, y se han creado listados de residentes que deben pasar a las butacas nuevas que han ido llegando a lo largo de este año y el final del 2015. En principio todos los residentes que están en silla de rueda deben hacer la transferencia a las butacas. Estas butacas se adecuan a las necesidades de los residentes, les permiten descansar, estar más cómodos, evitan poner sujeciones ya que son reclinables con reposapiés elevables y todo ello como hemos comprobado redundando en una disminución de la alteración conductual.

Para un buen desarrollo del Programa Desatar CEOMA (2015) deja claro que el personal de atención directa no debe sentirse responsable de las caídas, salvo casos excepcionales que incurran en negligencia o abandono del cuidado, ya que ellos estarán realizando lo que desde el equipo técnico y el equipo directivo hayan pautado. En este sentido, el equipo del Centro ha estado muy concienciado de que todo el personal debía estar implicado en el proceso de Desatar y que las directrices del equipo técnico eran claves para su buen desarrollo, por lo que en caso de caída la responsabilidad debía recaer más allá del personal de atención directa. Hacer una lectura más profunda que el simple hecho de responsabilizar al personal de atención directa es el estudio que hay que realizar.

Las recomendaciones en este sentido de CEOMA (2015) son las siguientes:

1. Que existan pautas de cuidados y vigilancia escritas, para cada residente con riesgo de caídas. Y así se ha realizado en el Centro donde en la hoja de cada residente quedan reflejadas todas las pautas, además las profesionales que han tomado parte en el equipo de sujeciones han transmitido esa información al personal de atención directa. Sumado a todo esto el equipo de atención directa está presente en las reuniones de PAI que se realizan los Jueves por lo que en éstas también se habla de las pautas de cada residente a valorar esa semana como de cualquier otro residente (en temas varios).

También se recomienda que la vigilancia sea un componente de la prevención de las caídas, pero no el principal, y asimismo la pauta debe ser acorde a las posibilidades reales de los trabajadores. Para que esto sea así, como hemos comentado anteriormente, desde el Centro se han reorganizado las hojas de tareas del equipo de atención directa, con el fin de poder cumplir a las pautas establecidas.

2. Que el equipo interdisciplinario elimine eficaz y oportunamente los factores intrínsecos de riesgo de caídas, en la medida de lo posible, revisando los

tratamientos, enfermedades y problemas funcionales de los residentes. En este sentido, cada Departamento ha trabajado revisando los tratamientos, diagnósticos y valoraciones de todos los residentes, comenzando por los que tiene sujeciones y mayor riesgo de caídas.

En el caso del Departamento de Psicología, al cual correspondo, se han revisado todas escalas de deterioro global (GDS-FAST<sup>15</sup>) con el fin de que los residentes estuvieran debidamente clasificados en la fase y subfase correspondiente, algo que nos ha reportado mucha información.

3. Que la Dirección ponga, sobre la base de la valoración hecha por técnicos del equipo interdisciplinario, los medios necesarios para que en el entorno no haya factores de riesgo de caídas. Respecto a esta recomendación, cabe decir que la Dirección del Centro ha estado presente en todas las reuniones del equipo de sujeciones y ha propiciado que el entorno se adecue a las necesidades de los residentes, disminuyendo riesgos que pudieran existir, por ejemplo, se han realizado obras durante el mes de Diciembre de 2015 con el fin de cambiar el mobiliario por otro más adecuado, menos hospitalario, con butacas más cómodas y adecuadas, mayor iluminación, retirada de objetos que pudieran ser obstáculos en el Centro, etc.
4. Que el equipo interdisciplinario y la Dirección pongan los medios necesarios para prevenir problemas de conducta relacionados con mayor riesgo de caídas o accidentes. En este aspecto se ha trabajado principalmente sobre la observación de esas conductas y su registro en el ABC, previa información y formación al equipo de atención directa en la forma de registrarlo y la importancia y beneficios de su registro. Además, desde el Departamento de Psicología se han revisado y actualizado las escalas que tienen relación con alteraciones de conducta, como el NPI. Y posteriormente, y tras su análisis se han ido modificando elementos, estímulos y circunstancias que podían ser la causa de esas alteraciones (dentro de éstas hay una gran variedad como pueden ser necesidades básicas no cubiertas en ese momento (hambre, sed, necesidad de ir al baño, etc.), necesidad afectiva (contacto, caricias, atención, etc.), actividades que no le gustan, personas que le alteran, etc.)
5. Debe quedar claro que el hecho de investigar las caídas no es con intención de culpabilizar a nadie sino de mejorar la praxis y directrices y así poder prevenir las.

---

<sup>15</sup> Para ver escala completa ver anexo..

Analizados todos estos aspectos y un proceso de 10 meses trabajando para ser un Centro Libre de Sujeciones veamos los resultados obtenidos en este Centro Gerontológico a día 2 de Febrero de 2016 en cuestión de sujeciones:

### ✓ Evolución número total de sujeciones

Como podemos ver en el siguiente gráfico el descenso de las sujeciones en el Centro Gerontológico desde el inicio del Programa Desatar es muy significativo. Pasando de 64 sujeciones iniciales más 3 sujeciones que se colocaban acorde a la pauta “si precisa”, el 8 de Abril de 2015, a 5 sujeciones a 2 Febrero de 2016. Atendiendo a estos datos, podemos observar que el centro está muy cerca de conseguir la acreditación de Centro Libre de sujeciones. Todo ello gracias a la implicación y trabajo del equipo, así como a la ayuda y apoyo del equipo de expertos del Programa Desatar (CEOMA), y entre ellos destacar al Doctor Burgueño que ha sido el que ha liderado el programa en nuestro Centro.

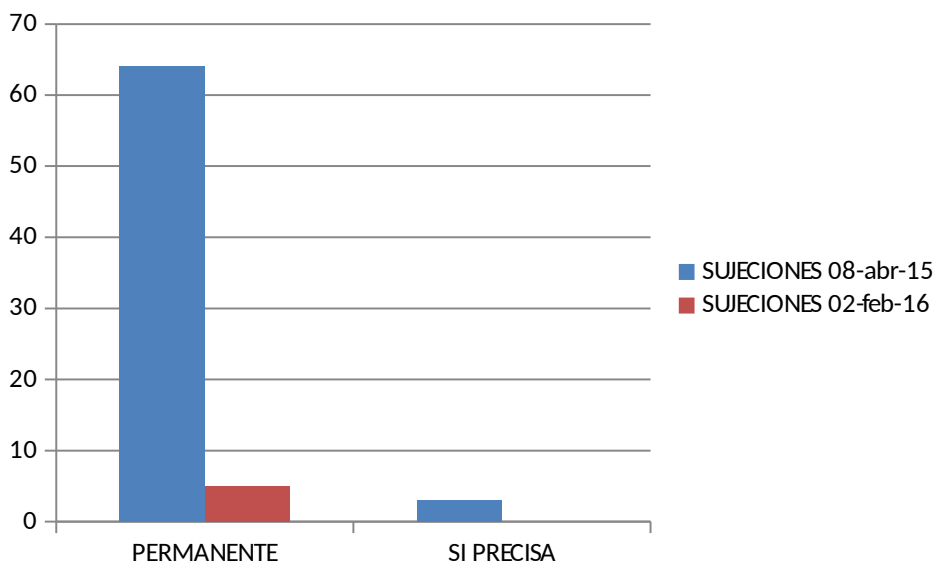


Gráfico 5: Comparación del número de sujeciones entre el 8 de Abril del 2015 y el 2 de Febrero de 2016. Elaboración propia con datos del propio Centro.

En el gráfico 6 queda reflejado la disminución de las sujeciones por lugar en el que se aplican. Como podemos observar el régimen nocturno era el más restrictivo siendo a 2 de Febrero de 2016 donde no existen sujeciones. A fecha de 2 de Febrero de 2016 queda 1 sujeción en cama, 2 en silla de sala y 2 en silla de ruedas, las cuales son a consideración del equipo muy difíciles de retirar ya que hablamos de residentes con alteración conductual y alto riesgo de caída, pero el equipo sigue trabajando para retirarlas.

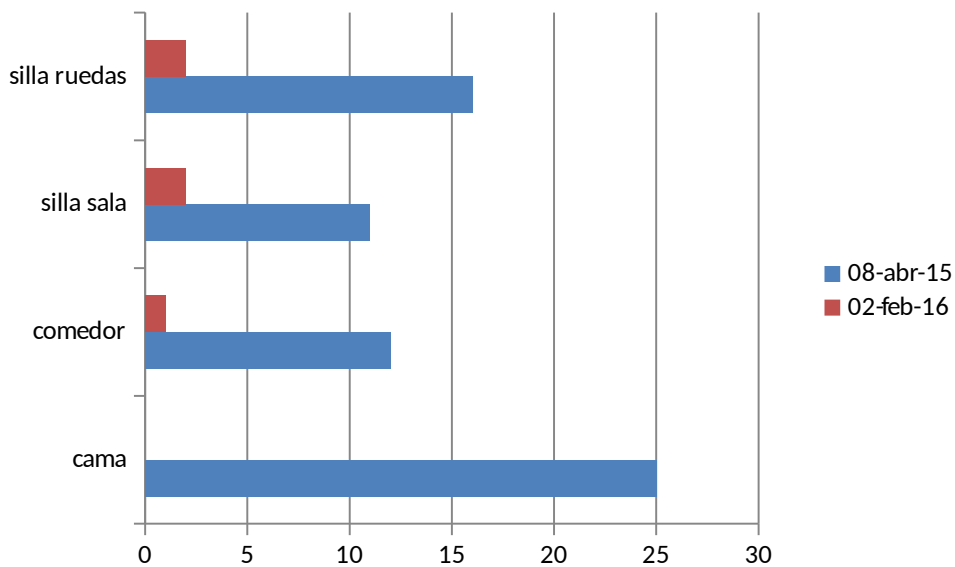


Gráfico 6: Comparación del número de sujeciones existentes, en función del lugar en el que se aplican, entre el 8 de Abril del 2015 y 2 de Febrero de 2016.

Atendiendo a los residentes a los que se aplicaban esas sujeciones, de los 26 a los que se les aplicaban 17 pertenecen a la planta en la que se encuentran aquellos con diagnóstico de demencia en fases avanzadas, entre la 5ª y la 7ª fase de la escala global de deterioro según GDS-FAST y alteración conductual, con lo cual hablamos de aquellos más vulnerables. El resto de residentes a los que se les aplicaban no se encontraban en esa planta porque desde el equipo no se consideraba por diversas cuestiones, pero muchos de ellos si tenían un deterioro cognitivo importante y alteraciones conductuales. Actualmente los 4 residentes que siguen llevando esas 5 sujeciones son residentes de esa planta con deterioro cognitivo avanzado y alteración conductual y se encuentran entre el final de la 6ª fase y la 7ª fase de la escala global de deterioro con un deterioro cognitivo grave-muy grave y alteración conductual.

## 6. CONCLUSIONES

Los nuevos modelos familiares surgidos debido a los cambios sociales acaecidos han propiciado modelos familiares diferentes a la familia extensa de hace unos años, definida por Jiménez (1998) como la formada por los padres y sus hijos. Estos nuevos modelos familiares, sumados al aumento de esperanza de vida, el envejecimiento de la población (originado en gran medida por el descenso de la fecundidad y descenso de mortalidad) y la incorporación de la mujer al mundo laboral dificultan el cuidado de las personas mayores en

los hogares; pese a que La Ley 39/2006<sup>16</sup> (de 14 de diciembre, de *Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia de España*. BOE 299, de 15 de diciembre de 2006), creará el actual [Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia](#) con el fin de promover unos servicios y cuidados que mantuvieran a la persona el mayor tiempo posible en su entorno, cuestión a debate ya que la crisis económica ha obstaculizado muchos de estos objetivos.

Dada esta situación, la necesidad de respuesta es obvia, de ahí que muchas tendencias políticas hayan ido dirigidas a prestar una atención residencial. Es aquí donde se centra este trabajo, concretamente en un centro gerontológico en el cual se quiere dar respuesta a estas demandas, a través de un cuidado digno y por ello apuesta por un ser un centro libre de sujeciones.

Cada vez el concepto de dignidad va cobrando más importancia en nuestra sociedad, y por ende en los centros sociosanitarios, tanto desde entidades públicas como privadas queda constancia de su repercusión, así diversas entidades y Proyectos se han sumado a en favor de este derecho, como por ejemplo, Libera-Ger, Fundación de Cuidados Dignos, CEOMA, Fundación Matia, Fundación María Wolff, etc.

En el presente trabajo se ha presentado la intervención de retirada de sujeciones realizada en un centro Gerontológico de Navarra con el fin de conocer todo el proceso y de dar cuenta de los beneficios del Programa Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer (CEOMA).

Los objetivos planteados en este trabajo se orientan en esta dirección, siendo casi todos de corte cualitativo, con el fin de estudiar, analizar y conocer el proceso de retirada de sujeciones en un centro residencial y uno de ellos cuantitativo, siendo el objetivo poder de dar cuenta de datos objetivos y cuantificables.

En el primer objetivo general “conocer las bases sobre la que se asienta el Programa Desatar” tiene como objeto conocer los cimientos del programa Desatar. A través de su análisis hemos conocido la importancia del modelo MAICP, del cual se desprenden cuidados integrales y centrados en la persona, así como de conceptos como dignidad y calidad de vida. Además de éstos hemos corroborado, el alcance que los principios de la ética asistencial tienen en buena praxis profesional, así como las aportaciones de la psicología

---

<sup>16</sup> Para consultar la Ley al completo ver anexo..

humanista, que ya en 1942 Carl Rogers fundó las bases de la Terapia centrada en el cliente, “psicoterapia de persona a persona”, piedra angular de dicho movimiento.

El segundo objetivo ha servido de guía a todo el trabajo, en torno a éste se han forjado el resto de objetivos. A través del mismo se ha realizado una comparación con otros países muy avanzados en este tema a fin de conocer cuáles pueden ser las claves para una mejoría en el ámbito de las restricciones, así como un acercamiento al mundo de las sujeciones a través de la definición de conceptos y clasificación de las mismas. También se han analizado y han quedado patentes los efectos tan dañinos, tanto físicos como emocionales y sociales, que pueden tener en las personas mayores, concretamente en aquellas más indefensas debido a su estado cognitivo y físico. Asimismo, por ende, desde CEOMA se ratifican los beneficios que se desprenden de la retirada de sujeciones, en tanto en cuanto, no son sólo físicos, sociales y emocionales sino que también garantizan los derechos humanos y por tanto, no solo se consideran un buen trato, sino un trato de calidad, digno y muy humano.

El tercer objetivo es la esencia en sí del y trabajo, se trata del conocimiento del Programa Desatar y de su aplicación al centro gerontológico en cuestión. Es la intervención como tal, previo conocimiento del Programa. Posteriormente se explica el desarrollo del programa en el centro, con el fin de conocer todo el entramado del mismo y con el objeto de dejar reflejado la capacidad de cualquier centro, bien estructurado y sensibilizado, para lograr reducir las sujeciones, tal y como ha quedado demostrado en este Centro, el cual ha disminuido a día 2 de Febrero las sujeciones a 5 de las 67 que inicialmente había.

Todo este trabajo debe llevarnos a una clara reflexión acerca de los cuidados que queremos para nuestros mayores, atendiendo a un modelo integral y centrado en la persona que garantice valores como la dignidad, la autonomía y la autodeterminación, que huya de un modelo meramente asistencial y paternalista, en el que el profesional es quien dirige el proyecto de vida de la persona mayor.

El análisis de este trabajo nos debe llevar a ser conscientes del alto número de sujeciones que hasta ahora se han usado, como medio para evitar caídas en personas mayores, pero ciertamente, como hemos podido comprobar, son más los problemas que conllevan que los beneficios. Según la Fundación Cuidados Dignos no existe ninguna prueba documentada de que las sujeciones restrictivas sean efectivas para conseguir los objetivos que se persiguen

con su uso. Incluso ha quedado reflejado en el trabajo que en ocasiones han sido utilizados debido a carencias organizativas o falta de personal.

Según el “Manual para la aplicación y buen uso de medidas de restricción física en residencias de Personas Mayores” el no uso de sujeciones implica un menor riesgo de caídas y que éstas, en caso de producirse tengan lesiones de menor gravedad (Joanne Rader, Nursing Home Quality Initiative, Antonio Burgueño y elaboración de Norma Libera- Ger).

La retirada de sujeciones o la correcta utilización de las mismas ya queda determinada según la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG) ya que “afectan a algunos derechos fundamentales de la persona, como la libertad, y a algunos de los principios y valores básicos como la dignidad, la autonomía, la autoestima y el bienestar personal”

Queda claro que países que consideramos muy desarrollados nos llevan muchos años de ventaja; ha quedado plasmada la disminución de sujeciones que han experimentado y así también lo está haciendo España, aunque desafortunadamente aún sigue siendo más tolerante con las sujeciones que otros países.

Pero para que esta batalla sea una conquista debemos recordar que en la misma, como se indica en el documento “Tolerancia 0 a las sujeciones en ancianos” (publicado en el 2º trimestre de 2013 de la revista “Informaciones psiquiátricas”) todos ganamos, tanto los Centros en imagen social y calidad, como los mayores en dignidad y mejoría funcional, como los familiares en satisfacción y confianza y los trabajadores en disfrute de su trabajo y sensación de eficacia.

## **6.1. APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS**

Los resultados obtenidos en este Centro gerontológico así como los reflejados en este trabajo de otros países y otros Centros deben servir para reproducir los mismos, tanto en Centros Residenciales como Centros de Día, hogares y hospitales. Su generalización a otros contextos es primordial, siempre teniendo en cuenta las características propias de cada centro.



Y no solo en cuanto a espacios físicos se refiere sino también a otros colectivos. En concreto, el “Programa Desatar está referido al anciano y al enfermo de Alzheimer”, pero su aplicabilidad podría expandirse a otros colectivos desfavorecidos, como discapacidad, enfermedad mental, etc. Hay muchos colectivos desfavorecidos que debemos empoderar y garantizar su autodeterminación.

Cabe mencionar, que muchas filosofías aplicadas a menores se orientan en esta dirección, así podríamos hablar del método Montessori, pedagogía Wardolff, etc. las cuales respetan el desarrollo del niño y educación integral y centrada en el menor.

Para finalizar, creo que la dignidad es un derecho que debiera regir todos los ámbitos de nuestro día a día, debiera de ser garantizado en todos los momentos y ser inherente a todo. Todos los derechos y valores de los que hemos hablado (autodeterminación, dignidad, autonomía, respeto, etc.) deben ser integrados en nuestras vidas de forma transversal.

Al hilo de esto, asumir el trabajo en equipo y la interdisciplinariedad como piedra angular a toda intervención, cualquiera que sea el ámbito. La persona es un todo y debe ser concebida de forma integral y entendida desde un modelo biopsicosocial.

## **6.2. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN**

Creo que futuras líneas de investigación debieran dirigirse a la cuantificación de los beneficios de la retirada de las sujeciones, tanto en la persona mayor como en los cuidadores formales o informales. Para ello creo que se debería trabajar en la creación de escalas que pudieran medir todas estas cuestiones, de ser así sería más factible demostrar sus beneficios, especialmente en el plano psicológico, emocional y social.

No cabe duda que en España se requiera mayor formación e investigación en el ámbito de sujeciones, así como una base de datos que nos pueda dar información fidedigna de lo que está sucediendo, pero a esto habrá que esperar ya que la trayectoria de España en cuestión de sujeciones no es muy larga (pese a que desde CEOMA se esté trabajando en ello).

Según el Dr. Javier Olazarán y Rubén Muñiz (2009) las TNF son un camino terapéutico robusto y prometedor. Según éstos si desde las entidades se comprendiera la repercusión

de las mismas seguramente hubiera más financiación para comprobar sus resultados y beneficios y así algunas de las que menos reconocimiento tienen serían mejor consideradas, incluso podrían generarse nuevas terapias que a medio-largo plazo pudieran tener respaldo científico. Queda mucho por investigar en cuanto a TNF, es difícil cuantificar resultados, a la vez que controlar otras variables que pudieran estar influyendo en los resultados.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

Aranda, A. y Bonilla, H. (2015). *Observatorio social de las personas mayores para un envejecimiento activo*. Madrid: Federación de Pensionistas de y Jubilados de CCOO.

Avila, C. y Velarde, E. (2002). *Evaluación de la calidad de vida*. Recuperado el 7 de Febrero de 2016 de: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v44n4/14023.pdf>

Burgueño, A. (2013). *Tolerancia cero a las sujeciones en ancianos. Difícil pero no imposible 10 argumentos a favor de la tolerancia cero al uso de sujeciones en personas mayores. Lo aprendido por el programa «Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer» de España*. Página web de Revistas Hospitalarias. Recuperado el 5 de Enero de 2016 de: [http://www.revistahospitalarias.org/info\\_2013\\_pdf/212\\_inf%20psiq.pdf](http://www.revistahospitalarias.org/info_2013_pdf/212_inf%20psiq.pdf)

Burgueño, A. (2015). *Prevención cuaternaria en demencias: Excesos asistenciales en personas con demencia*. Recuperado el 27 de Diciembre de 2015 de: <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/1sujburgueno.pdf>

Burgueño, A. (2015). 4ª Jornadas de Uso de sujeciones en personas mayores. Recuperado el 10 de Enero de: <https://www.youtube.com/watch?v=qXsB8CQghpl>

CEAFA (2014). *Cuidados de demencias sin sujeciones*. Recuperado el 10 de Febrero de 2016 de: [http://www.mariawolff.org/\\_pdf/Folleto%20Acreditaci%C3%B3n%20Cuidados%20Demencia%20Sin%20Sujeciones.pdf](http://www.mariawolff.org/_pdf/Folleto%20Acreditaci%C3%B3n%20Cuidados%20Demencia%20Sin%20Sujeciones.pdf)

CEOMA:

- *Folleto informativo para familiares*. Recuperado el 13 de Febrero de 2016 de: [http://ceoma.org/wp-content/uploads/2014/06/21\\_2012.pdf](http://ceoma.org/wp-content/uploads/2014/06/21_2012.pdf)
- *Guía para Persona Mayores y Familiares*. Recuperado el 13 Febrero de 2016 de: [http://ceoma.org/wpontent/uploads/2014/06/04\\_guia\\_para\\_personas\\_mayores.pdf](http://ceoma.org/wpontent/uploads/2014/06/04_guia_para_personas_mayores.pdf)

- *Intervenciones integrales en centros*. Recuperado el 11 de Marzo de 2016: [http://ceoma.org/wp-content/uploads/2014/06/08-PDF4-INTERVENCIONES\\_INTEGRALES.pdf](http://ceoma.org/wp-content/uploads/2014/06/08-PDF4-INTERVENCIONES_INTEGRALES.pdf)
- *Protocolo de uso de sujeciones*. Recuperado el 18 de Noviembre de 2015 de: [http://ceoma.org/wp-content/uploads/2014/07/recomendaciones\\_generales.pdf](http://ceoma.org/wp-content/uploads/2014/07/recomendaciones_generales.pdf)
- *Registro de caídas*. Recuperado el 16 de Septiembre de 2015 de: [http://ceoma.org/wp-content/uploads/2014/07/registro\\_caidas.pdf](http://ceoma.org/wp-content/uploads/2014/07/registro_caidas.pdf)
- *Respuestas a cambios significativos*. Recuperado el 12 de Marzo de 2016 de: [http://ceoma.org/wp-content/uploads/2014/06/11-PDF12-actuacion\\_frente\\_a\\_cambio\\_significativos-evita.pdf](http://ceoma.org/wp-content/uploads/2014/06/11-PDF12-actuacion_frente_a_cambio_significativos-evita.pdf)
- *Resumen ejecutivo 2013*. Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer. Recuperado el 7 Febrero de 2016 de: [http://ceoma.org/wp-content/uploads/2014/06/06-PDF1-resumen\\_del\\_programa\\_desatar.pdf](http://ceoma.org/wp-content/uploads/2014/06/06-PDF1-resumen_del_programa_desatar.pdf)
- *Sujeciones. Estándares de uso racional*. Recuperado el 8 de Febrero de 2016 de <http://ceoma.org/wp-content/uploads/2014/07/Estandares.pdf>

Fundación cuidados dignos (s.f.). *Guía para la eliminación de sujeciones físicas y químicas en centros de atención sociosanitarios y domicilios*. Recuperado el 11 de Enero de 2016 de <http://www.serenocare.com/wp-content/uploads/2014/10/Como-se-eliminan-las-sujeciones-cuidadosdignos.pdf>

Fundación Pilares (s.f.). *Buenas prácticas, modelo y ambiente*. Recuperado el 7 de febrero de 2016 de: <http://www.fundacionpilares.org/modeloyambiente/docs/bbpb/BP1LibresdeSujecionesCEOMA.pdf>

Olazarán, J. et al. (2010). Comité Interdisciplinar de sujeciones. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. *Documento de Consenso de Sujeciones Mecánicas y farmacológicas (2014)*. Recuperado el 3 de Marzo de 2015 de: [https://www.segg.es/download.asp?.../Documento\\_de\\_Consenso\\_sobre\\_S...](https://www.segg.es/download.asp?.../Documento_de_Consenso_sobre_S...)

María Wolff (2010). *Eficacia de las terapias no farmacológicas en la enfermedad de Alzheimer: una revisión sistemática*. Recuperado el 20 de Diciembre de 2015 de: [http://www.mariawolff.org/\\_pdf/fmw-publicaciones-terapias-no-farmacologicas-en-la-ea.pdf](http://www.mariawolff.org/_pdf/fmw-publicaciones-terapias-no-farmacologicas-en-la-ea.pdf)

Martínez, T (2011). *La atención gerontológica centrada en la persona. Guía para la intervención profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia*. Vitoria: Gobierno Vasco.

Verdugo, M. et al. (2009). *Manual de aplicación de la escala Gencat de Calidad de Vida*.

Recuperado el 8 de Febrero de 2016

<http://inico.usal.es/documentos/EscalaGencatManualCAST.pdf> Barcelona: Generalitat de Catalunya

## 8. ANEXOS

### ANEXO 1: CENTROS ACREDITADOS COMO 'CENTRO LIBRE DE SUJECCIONES'

Centros Libres con Acreditación Definitiva

CENTRO	GRUPO / EMPRESA	ACREDITACIÓN
Residencia Les Corts	Sanitas Residencial	28/12/2015
Residencia Tarragona	Sanitas Residencial	13/06/2015
Residencia Sagrada Familia	Sanitas Residencial	12/06/2015
Residencia Marqueses de Linares	Sanitas Residencia	15/03/2015
Residencia Provenza	Sanitas Residencial	01/03/2015
Residencia Santa Cruz	Hermanas Hospitalarias	19/11/2014
Residencia Getafe	Sanitas Residencial	18/10/2014
Centro de Día AFAC I	AFA Cantabria	12/10/2014
Centro de Día AFAC II	AFA Cantabria	12/10/2014
Residencia Consell de Cent	Sanitas Residencial	12/10/2014
Residencia La Florida	Sanitas Residencial	11/10/2014
Oasis CAMD de Cáritas Diocesana de Granada	Oasis Camd de Cáritas Diocesana de Granada	12/09/2014

<b>Residència Diocesana d'Ancians Sant Miquel Arcangel</b>	Obispado de Tortosa	21/06/2014
<b>Residencia Mirasierra</b>	Sanitas Residencial	20/06/2014
<b>Residència D' Ancians d'es Mercadal</b>	INTRESS	05/05/2014
<b>Residencia Ferraz</b>	Sanitas Residencial	09/06/2014
<b>Residència I Centre de Dia de Campos</b>	INTRESS	05/05/2014
<b>Residencia Ntra. Sra. del Carmen</b>	Hermanas Hospitalarias	14/04/2014
<b>Residencia El Viso</b>	Sanitas Residencial	24/03/2014
<b>Residencia Luz de Estella</b>	Sanitas Residencial	20/03/2014
<b>Residencia Gerunda</b>	Sanitas Residencial	17/03/2014
<b>Residencia Illerda</b>	Sanitas Residencial	14/03/2014
<b>Residencia Las Rozas</b>	Sanitas Residencial	07/11/2013
<b>Residencia Puerta de Hierro</b>	Sanitas Residencial	06/11/2013
<b>Residencia El Mirador</b>	Sanitas Residencial	06/11/2013
<b>Residencia Vigo</b>	Sanitas Residencial	04/11/2013
<b>Residencia Iradier</b>	Sanitas Residencial	02/11/20103
<b>Residencia Bonaire</b>	Sanitas Residencial	02/10/2013
<b>Residencia Santander</b>	Sanitas Residencial	15/10/2013

Centros Libres que han conseguido la 1ª Acreditación

<b>CENTRO</b>	<b>GRUPO / EMPRESA</b>	<b>ACREDITACIÓN</b>
<b>Residencia de Mayores AMMA Valdebernardo</b>	Grupo AMMA	28/01/2016
<b>Residencia de Mayores AMMA Valdebernardo</b>	Grupo AMMA	26/01/2016
<b>Residencia de Mayores AMMA Pozuelo</b>	Grupo AMMA	26/01/2016
<b>Residencia de Mayores AMMA Pozuelo</b>	Grupo AMMA	02/01/2016
<b>Residencia de Mayores AMMA Tejina</b>	Grupo AMMA	23/11/2015
<b>Residencia Los Filabres</b>	CLECE	10/11/2015

<b>Centros de Día Parayas y Dávila</b>	CLECE	22/10/2015
<b>Residencia Guadarrama</b>	Sanitas Residencial	07/10/2015
<b>Residencia de Mayores AMMA Villanueva</b>	Grupo AMMA	15/06/2015
<b>Residencia de Mayores AMMA Colmenar</b>	Grupo AMMA	29/05/2015
<b>Residencia de Mayores AMMA Alcorcón</b>	Grupo AMMA	23/05/2015
<b>Residencia de Mayores AMMA Betelu</b>	Grupo AMMA	19/05/2015
<b>Residencia Mas Camarena</b>	Sanitas Residencial	23/04/2015
<b>Residencia y Centro de Día Les Garrigues</b>	Sanitas Residencial	23/10/2014
<b>Residència Geriàtrica i Centre de Dia de Ferreries</b>	INTRESS	02/09/2014
<b>Centro de Día Arniches</b>	Grupo La Saleta	17/01/2013
<b>Residencia Betera</b>	Grupo La Saleta	15/01/2013
<b>Centro de día Geriser Centelles</b>	Grupo La Saleta	18/06/2012
<b>Residencia El Puig</b>	Grupo La Saleta	18/06/2012
<b>Residencia Virgen de Gracia de Vila-Real</b>	Grupo La Saleta	05/10/2010
<b>Residencia Ontinyent</b>	Grupo La Saleta	05/10/2010

Centros que están en proceso de 'Desatar'

<b>CENTRO</b>	<b>GRUPO / EMPRESA</b>	<b>FECHA DE INFORME</b>
<b>Centro Asistido de personas Mayores San Luis</b>	Hermanas Hospitalarias	27/01/2016
<b>Residencia El Buen Samaritano</b>	Cáritas	12/11/2015
<b>Residencia Juan Pablo II</b>	Cáritas	26/10/2015
<b>Residencia Santa Teresa</b>	Cáritas	23/10/2015
<b>Residencia L'Alzina Cunit</b>		10/06/2015
<b>Residencia de Mayores AMMA Teina</b>	Grupo AMMA	18/06/2015
<b>Residencia de Mayores AMMA Argaray</b>	Grupo AMMA	02/06/2015

<b>Residencia de Mayores AMMA Horta</b>	Grupo AMMA	20/05/2015
<b>Residencia de Mayores AMMA Mutilva</b>	Grupo AMMA	07/05/2015
<b>Residencia de Mayores AMMA Vallecas</b>	Grupo AMMA	24/03/2015
<b>Residencia de Mayores AMMA Vilanova</b>	Grupo AMMA	27/03/2015
<b>Residencia de Mayores AMMA Oblatas</b>	Grupo AMMA	25/02/2015
<b>Residencia de Mayores AMMA Sant Cugat</b>	Grupo AMMA	13/02/2015
<b>Residencia Ntra. Sra. de la Soledad y del Carmen</b>	Fundación Basílica Colmena	12/12/2014
<b>CAD Láredo</b>	Gobierno de Cantabria	05/12/2014
<b>CAD Santander</b>	Gobierno de Cantabria	27/11/2014
<b>Residencia de Mayores AMMA Arganzuela</b>	Grupo AMMA	15/05/2014
<b>Residencia de Mayores AMMA Usera</b>	Grupo AMMA	11/06/2014
<b>Residencia de Mayores AMMA Coslada</b>	Grupo AMMA	16/06/2014

**ANEXO:2 DECRETO FORAL 221/2011, DE 28 DE SEPTIEMBRE, POR EL QUE SE REGULA EL USO DE SUJECCIONES FÍSICAS Y FARMACOLÓGICAS EN EL ÁMBITO DE LOS SERVICIOS SOCIALES RESIDENCIALES DE LA COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA**

(Texto publicado en BON N.º 204 de 14 de octubre de 2011)

**Preámbulo**

La Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales, contempla en su Título I el catálogo de derechos y deberes de los destinatarios de los servicios sociales, regulando los derechos y deberes específicos de los usuarios de servicios sociales de carácter residencial.

En su artículo 8 establece como uno de los derechos de las personas usuarias de servicios residenciales el de no ser sometidas a ningún tipo de inmovilización o de restricción física o tratamiento farmacológico sin prescripción facultativa y supervisión, salvo que exista peligro inminente para la seguridad física del usuario o de terceros, debiéndose justificar documentalmente en el expediente del usuario las actuaciones efectuadas, en la forma que se establezca reglamentariamente, y asimismo comunicarse al Ministerio Fiscal.

Las sujeciones o restricciones físicas y/o farmacológicas son métodos que, según las evidencias científicas del momento, pueden suponer graves riesgos o inconvenientes sobre la salud de las personas que son objeto de las mismas. Un uso excesivo de estas medidas, además de consecuencias especialmente negativas para la salud y la integridad física y mental de la persona, pueden suponer una vulneración de derechos fundamentales y principios constitucionales, tales como el derecho a la libertad física (artículo 17 CE), a la integridad física y moral y a no sufrir tratos inhumanos o degradantes (artículo 15 CE), a la libertad (artículo 1.1 CE), y los principios de dignidad humana y libre desarrollo de la personalidad (artículo 10 CE).

En consecuencia, se hace preciso acometer un desarrollo reglamentario que regule las garantías necesarias para la aplicación de sujeciones en el procedimiento de urgencia sin prescripción médica. Asimismo, y para una completa garantía del derecho regulado en el artículo 8 citado, y debido a los graves riesgos que para la persona puede suponer un mal uso de las mismas, también se hace preciso establecer unas garantías de procedimiento en el uso de aquellas que son prescritas conforme a los requisitos de dicho precepto, esto es, mediante prescripción médica.

Resulta necesario también definir de forma clara y precisa el concepto de sujeción así como sus variantes, a efectos de evitar confusiones conceptuales que pudieran afectar a intervenciones posteriores.

Por otro lado, el potencial uso con fines restrictivos, y especialmente su clara relación con el uso de sujeciones físicas y farmacológicas, así como los accidentes posibles relacionados directamente con ellas, y el ejemplo de otros países, han hecho que se considere conveniente establecer en esta regulación unas garantías para la aplicación y uso de



barandillas o barras laterales en las camas de los centros pertenecientes a éste ámbito de servicios, ya que son consideradas igualmente como una forma de restricción física.

También se considera oportuno regular los derechos de las personas usuarias en esta materia que tan directamente incide en su calidad de vida, así como la exigencia del consentimiento informado para su aplicación.

Este Decreto Foral consta de cinco Capítulos. El primero de ellos regula el objeto, ámbito de aplicación, definiciones y los principios y derechos de las personas usuarias que han de ser tenidos en cuenta en la aplicación de las sujeciones.

El Capítulo II regula el procedimiento ordinario para el uso de medidas de sujeción con prescripción facultativa.

El Capítulo III regula el procedimiento de urgencia para el supuesto excepcional de aplicación sujeciones físicas sin prescripción médica con el fin de evitar riesgos graves e inminentes a la persona o a terceros.

El Capítulo IV regula las garantías en el cuidado de la persona y en el uso de las distintas sujeciones y barandillas.

Finalmente, el Capítulo V está dedicado al control por parte de la Inspección de Servicios Sociales del cumplimiento de las disposiciones contenidas en este Decreto Foral.

En su virtud, a propuesta de la Consejera de Política social, Igualdad, Deporte y Juventud, de acuerdo con el Consejo de Navarra, y de conformidad con la decisión adoptada por el Gobierno de Navarra en sesión celebrar el día veintiocho de septiembre de 2011.

## **CAPÍTULO I. Disposiciones generales**

### **Artículo 1. Objeto.**

Este Decreto Foral tiene por objeto regular el uso de sujeciones físicas o tratamientos farmacológicos y otras medidas relacionadas con ellas, dentro del respeto a los derechos de las personas usuarias de los servicios sociales residenciales de la Comunidad Foral de Navarra.

### **Artículo 2. Ámbito de aplicación.**

Las disposiciones de este Decreto Foral serán de aplicación a los servicios sociales residenciales de las áreas de Personas Mayores y Discapacidad regulados en la Cartera de Servicios Sociales aprobada por Decreto Foral 69/2008, de 17 de junio.

**Artículo 3. Definiciones.**

A los efectos de este Decreto Foral, se entiende por:

a) Servicios sociales residenciales:

Servicios prestados tanto en Centros Residenciales como en Centros de Día.

b) Sujeciones físicas:

Intencionada limitación de la espontánea expresión o comportamiento de una persona, o de la libertad de sus movimientos, o su actividad física, o el normal acceso a cualquier parte de su cuerpo, con cualquier método físico aplicado sobre ella, o adyacente a su cuerpo, del que no puede liberarse con facilidad.

c) Sujeciones farmacológicas:

Intencionada limitación de la espontánea expresión o comportamiento de una persona, o de la libertad de sus movimientos, o su actividad física, mediante cualquier fármaco.

**Artículo 4. Principios básicos.**

Son principios básicos sobre los que se han de sustentar y orientar el uso de sujeciones y barandillas, los siguientes:

a) La dignidad de la persona, el respeto a su libertad, y a la promoción de su autonomía.

b) La promoción en los servicios sociales de Navarra de un mayor grado de autonomía física, mental y psicosocial, en un contexto de bienestar y respeto hacia la persona usuaria.

c) La garantía de una información adecuada sobre los tratamientos o medidas necesarias.

d) El rechazo de cualquier daño, sufrimiento o deterioro innecesario en la aplicación de estas medidas.

**Artículo 5. Derechos de las personas usuarias de servicios sociales residenciales en la aplicación de sujeciones y barandillas.**

Las personas usuarias de los servicios sociales residenciales tienen los siguientes derechos, con respecto a la aplicación de sujeciones:

- a) A un trato digno que garantice su libertad y autonomía.
- b) A una valoración individualizada de sus necesidades y problemas, de acuerdo a sus características y riesgos potenciales.
- c) A recibir información previa, de forma clara y sencilla, sobre las ventajas e inconvenientes de la aplicación de sujeciones, así como del uso de barandillas, a fin de que puedan dar su consentimiento específico y libre, en el marco y con los límites establecidos en la Ley Foral 17/2010, de 8 de noviembre, de derechos y deberes de las personas en materia de salud de la Comunidad Foral de Navarra .
- d) A rechazar la aplicación de sujeciones, tratamientos farmacológicos psicotrópicos y de barandillas, sin temor al abandono del cuidado debido, en el marco y con los límites establecidos en la Ley Foral 17/2010, de 8 de noviembre, de derechos y deberes de las personas en materia de salud de la Comunidad Foral de Navarra .
- e) A vivir libres de sujeciones impuestas por disciplina o por conveniencia.

## **CAPÍTULO II. Procedimiento para el uso de medidas de sujeción con prescripción facultativa**

### **Artículo 6. Prescripción facultativa.**

1. Es competencia exclusiva del facultativo prescribir sujeciones, tanto físicas como farmacológicas, así como fármacos psicotrópicos en general.
2. No obstante, el equipo asistencial del centro deberá valorar el problema que presenta la persona de forma interdisciplinaria debiendo quedar siempre en el contexto de una estrategia de cuidado o plan de atención individualizada interdisciplinaria, garantizando que, con carácter previo, se estudian y llevan a cabo otras alternativas posibles distintas de la sujeción.

### **Artículo 7. Consentimiento informado.**

1. En todo caso, con las excepciones que se establecen en la normativa vigente de aplicación, para la aplicación de una sujeción será imprescindible la firma del interesado o su representante legal de documento escrito de consentimiento informado.

2. Cada tipo de sujeción y pauta de aplicación, será objeto de un consentimiento informado por separado, no siendo válido un único consentimiento para que se considere que se han aceptado y consentido distintos tipos o pautas.

3. Las personas usuarias o sus tutores legales podrán rechazar las medidas de sujeción prescritas. En este caso, deberá constar por escrito la negativa a la aplicación de sujeción y será firmada por el interesado o, en su defecto, por su representante legal.

**Artículo 8. Constancia en el Plan de Atención Individualizado.**

1. En el Plan de Atención Individualizado se deberá especificar la pauta de control de la persona y de la sujeción, las características de la persona, el objetivo perseguido y el plazo estimado para lograrlo, así como los efectos negativos previsibles y evitables.

2. El equipo asistencial del centro garantizará que se realiza el control de la sujeción de forma adecuada.

3. El contenido mínimo de dicho Plan será el siguiente:

a) Hoja-Ficha de prescripción individual y de seguimiento, en la que conste:

- Sujeción o fármaco psicotrópico prescrito (tipo y dosis respectivamente).
- Motivación/ Indicación y objetivos.
- Grado de sujeción necesario.
- Duración.
- Frecuencia.
- Pauta de control.
- Medidas que se deban adoptar durante la aplicación para prevenir sufrimiento, complicaciones, o deterioro funcional.

b) Documento sumarial de las medidas alternativas ensayadas y los efectos evidenciados.

c) Consentimiento escrito, en su caso.

**Artículo 9. Comunicación al Ministerio Fiscal.**

Salvo que determine lo contrario la legislación aplicable, no será necesaria la comunicación al Ministerio Fiscal de aquellas sujeciones que se hayan prescrito por facultativo y exista consentimiento informado.

### **CAPÍTULO III. Procedimiento de urgencia para la aplicación de sujeciones físicas sin prescripción facultativa**

#### **Artículo 10. Excepcionalidad.**

De forma excepcional, se podrán utilizar medidas de sujeción física sin prescripción facultativa para evitar daños graves, de forma inminente, a la propia persona o a terceros, en circunstancias de extraordinaria necesidad o urgencia que impidan que se aplique el procedimiento establecido en el capítulo anterior.

#### **Artículo 11. Aplicación.**

Este procedimiento será únicamente de aplicación para las sujeciones físicas.

#### **Artículo 12. Constancia documental en el Plan de Atención Individualizado.**

El profesional que aplica la sujeción debe realizar un registro que constará en el Plan de Atención Individual, en el que se incluya como mínimo:

- a) Tipo de sujeción aplicada.
- b) Hora, día y lugar.
- c) Motivación/ Objetivos.
- d) Pauta de control o vigilancia.
- e) Medidas a adoptar durante la aplicación para prevenir complicaciones.
- f) Comunicación posterior a las personas vinculadas al residente por razones familiares o de hecho o al tutor legal, en su caso.
- g) Fecha y hora de comunicación al facultativo.

#### **Artículo 13. Supervisión facultativa.**

El facultativo deberá ser avisado, en la medida de lo posible, de forma inmediata.

#### **Artículo 14. Control y Continuidad.**

1. Se revisará la situación de la persona objeto de la sujeción, su estado general, físico y mental y las circunstancias de la aplicación. Dicha supervisión se realizará también con el fin de decidir la continuidad o no de la sujeción.

2. De continuar la sujeción, será de aplicación lo dispuesto en el Capítulo II para el procedimiento de uso de medidas de sujeción con prescripción facultativa.

**Artículo 15.** *Comunicación al Ministerio Fiscal.*

Serán objeto de comunicación inmediata al Ministerio Fiscal todas las sujeciones que se apliquen bajo los supuestos establecidos en este Capítulo.

**CAPÍTULO IV. Garantías en el uso de sujeciones**

**Artículo 16.** *Garantías en el cuidado de la persona.*

1. Se garantizará que la persona objeto de aplicación de sujeciones tenga todas las necesidades básicas cubiertas y que reciba cuidados que prevengan o minimicen sus efectos negativos.

2. Se garantizará que la persona no es aislada o marginada, como consecuencia de la aplicación de estas medidas.

3. Se garantizará la eliminación de la sujeción en el plazo de tiempo más corto posible.

4. Se garantizará que en la aplicación de estas medidas se han ensayado previamente otras alternativas válidas.

5. En el caso de que se apliquen sujeciones, o barandillas, se utilizarán las menos restrictivas.

6. En el caso de que la aplicación de las medidas referidas en este Decreto Foral genere conflicto ético podrá acudir, a elección, al Comité de Ética del centro o al Comité de Ética de Navarra.

**Artículo 17.** *Sujeciones físicas.*

1. Sólo se utilizarán dispositivos de sujeción homologados para el fin perseguido, debiéndose aplicar según las instrucciones dadas por el fabricante o la entidad homologadora.

2. Los dispositivos utilizados deberán estar en perfectas condiciones de uso y mantenimiento.

3. Se vigilarán frecuentemente las zonas de contacto del dispositivo de sujeción con el cuerpo de la persona restringida, así como las zonas periféricas a las mismas, a fin de evitar lesiones o comprobar que produce dolor o molestias. En cualquier caso se garantizará que la persona cambia las zonas de apoyo de su cuerpo al menos cada 2 horas.

4. Si la persona restringida lucha por zafarse de la sujeción será obligada la intervención de un profesional cualificado para que valore el riesgo de complicaciones graves y la necesidad de tomar medidas al respecto.

5. En todo caso, se dispondrá de un protocolo de actuación, validado por el Departamento competente en materia de servicios sociales, que garantice:

- La correcta aplicación de sujeciones.
- Que se tienen en cuenta las alternativas existentes.
- Que se hace un uso selectivo y seguro.

6. Ese protocolo se revisará y actualizará periódicamente, a fin de garantizar que se le incorporan oportunamente los últimos conocimientos y técnicas existentes al respecto;

7. Se garantizará que se cumplimenta y se mantiene al día, un registro de uso de sujeciones y un registro de uso barandillas que será supervisado periódicamente, al menos cada mes, por parte del equipo asistencial, en el que se detallen los requisitos establecidos en el artículo 12 de este Decreto Foral.

#### **Artículo 18. *Fármacos psicotrópicos.***

En el caso de que se prevea un uso de fármacos psicotrópicos prolongado, por más de 7 días, el equipo asistencial del centro incorporará en el Plan de Atención individualizado del usuario la motivación y objetivos del tratamiento, realizando un seguimiento documentado de conducta, estado de ánimo y función cognitiva de la persona objeto del tratamiento.

#### **Artículo 19. *Barandillas en camas.***

1. Sólo se utilizarán dispositivos homologados para el fin perseguido, cuya aplicación se efectuará siguiendo las instrucciones del fabricante o la entidad homologadora.

2. En cualquier caso, el diseño elegido debe cumplir que las barras que componen las barandillas están dotadas de suficientes garantías como para impedir que la cabeza de la persona pueda quedar atrapada entre ellas.

3. Los dispositivos utilizados deberán estar en perfectas condiciones de uso y mantenimiento.

4. El personal asistencial comprobará en cada caso:

a) Que no queda espacio suficiente entre el colchón y la barandilla como para que la persona pueda caer en él, y que el colchón o la barandilla no ceden a la presión equivalente al peso de la persona generándose ese espacio. Con ese mismo fin, se asegurará que el colchón es del tamaño adecuado al marco de la cama o somier.

b) Que no queda espacio entre la barandilla, una vez colocada para su fin, y el cabecero de la cama en el que pueda quedar atrapada la cabeza de la persona. En cualquier caso, se realizará una evaluación individualizada encaminada a tomar medidas para evitar atrapamiento grave de la cabeza o de otras partes del cuerpo.

c) Que sacudir la cama o la barandilla, o apoyarse en ella, no desbloquea la barandilla permitiendo que caiga libremente o se desplace a la posición abatida o escamoteada.

5. Se dispondrá en el centro de un protocolo de seguridad en la cama que garantice:

a) Que se hace un uso selectivo y seguro de las barandillas.

b) Que se tienen en cuenta las alternativas a ellas existentes.

Ese protocolo de seguridad en la cama se revisará y actualizará periódicamente, a fin de garantizar que se le incorporan oportunamente los últimos conocimientos existentes al respecto.

6. Los centros contarán con modelos de barandillas segmentadas, con segmentos independientes, con el fin de poder utilizar solo alguno de sus segmentos selectivamente, o con modelos completos que ocupan solo una parte del lado de la cama. En cualquier caso, se establecerán las mismas garantías de prevención de atrapamientos descritas en el apartado 2 de este artículo.

## **CAPÍTULO V. Control de la administración en el uso de sujeciones y barandillas**

### **Artículo 20. Inspección.**



1. El Departamento competente en materia de asuntos sociales velará por el cumplimiento de las disposiciones establecidas en este Decreto Foral. A estos efectos, los Planes de Inspección especificarán las inspecciones anuales que se vayan a llevar a cabo en materia de sujeciones y barandillas.

2. Asimismo, dicho Departamento elaborará un protocolo de inspección con el fin de asesorar y apoyar a los centros en materia de sujeciones.

3. A los efectos de prevenir accidentes y de mejorar la seguridad en el uso de sujeciones, se comunicarán al Servicio de Inspección del Departamento competente en materia de asuntos sociales los accidentes relacionados con la aplicación de sujeciones físicas y de las barandillas de cama.

**Disposición Transitoria Primera.** *Plazo de adecuación.*

El plazo para la adecuación de los servicios sociales residenciales a la normativa será de un año a contar desde la entrada en vigor de esta norma.

**Disposición Transitoria Segunda.** *Modelos de barandillas.*

1. Las barandillas que se adquieran con posterioridad a la entrada en vigor de este Decreto Foral deberán cumplir las características establecidas en este Decreto Foral.

2. Las barandillas existentes podrán ser utilizadas, si bien los centros deberán ir incluyendo progresivamente su renovación en sus planes de inversión.

**Disposición Final Primera.** *Desarrollo normativo.*

Se faculta a la Consejera de Política Social, Igualdad, Deporte y Juventud, para dictar cuantas disposiciones sean precisas para el desarrollo de este Decreto Foral.

**Disposición Final Segunda.** *Entrada en vigor el día siguiente al de su publicación en el BON*

## ANEXO 3: FOLLETO INFORMATIVO CEOMA: PROYECTO DECENTRO LIBRE DE SUJECIONES

### ¿En qué consiste el programa?

Un “centro libre de sujeciones” es un centro donde como regla no se utilizan sujeciones físicas de ningún tipo y en ningún momento. Es una realidad que se encuadra en el Programa “Desatar al Anciano y al enfermo de Alzheimer” que exige que la institución asuma el reto de cuidar sin sujeciones y con suficientes garantías. Este programa se promueve desde la Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA).

### ¿Qué se una sujeción física?

La limitación de la libertad de movimientos de una persona, su actividad física, o el 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.

### Evidencias sobre las sujeciones

- ✓ Las sujeciones pueden ser un problema y provocar serias complicaciones, que son inevitables cuando se usan de forma rutinaria, diaria y por mucho tiempo.
- ✓ No existen evidencias de que su uso aporte beneficio.
- ✓ Una de las razones de usar sujeciones físicas es el temor a las consecuencias legales de las caídas para los profesionales.
- ✓ Mentalidad y actitud son claves para que dejen de usarse.

### Mitos y realidades sobre las sujeciones físicas

Mito: previenen las lesiones por caídas

Realidad: las sujeciones no disminuyen el riesgo de caídas y, sin embargo, aumentan el riesgo de lesiones graves tras una caída.

Mito: las familias exigen una seguridad absoluta en la residencia y que se recurra a las sujeciones si son necesarias.

Realidad: el centro puede ofrecer una seguridad razonable sin usar sujeciones, lo que hace más probable lograr un mayor grado de bienestar y una mayor autonomía física, mental y psicosocial para las personas que en él viven. Los familiares informados suelen elegir que se trabaje por la calidad de vida.

Con la sujeción se crea la falsa idea de una mayor seguridad, una supuesta seguridad por la que se paga un precio muy alto. Cabe preguntarse pues, ¿cuánta seguridad es segura?

### ¿Qué objetivo y qué obligaciones adquiere el centro?

La eliminación del uso de sujeciones, mejorando la calidad de vida, mediante el compromiso de toda la organización con un uso solo excepcional y la búsqueda constante de alternativas.

### ¿Cómo pueden colaborar los usuarios y sus familiares?

Todos (organización y usuarios) han de aceptar el reto de que se cuide sin utilizar sujeciones.

#### **Sobre Caídas en Residencias**

La seguridad tiene un precio y es importante evitar un excesivo paternalismo-proteccionismo que induzca a inmovilizar a la persona.

Más que trabajar para evitar a toda costa caídas, se debe trabajar para reducir la probabilidad de consecuencias graves. Existe un número de caídas en personas mayores que se puede considerar “normal”. Las personas mayores se caen más que las jóvenes por razones fisiológicas, generalmente asociadas al envejecimiento.

Es necesario ser permisivos con la movilidad e, incluso, estimularla. “La función hace al órgano”, ese es un paradigma de la medicina, que nos lleva a considerar que la movilidad de una persona es la clave de que conserve sus funciones, sobre la base de tener sus músculos y sus huesos en óptimas condiciones. Una persona mayor que tiene pocas oportunidades de apoyar su peso sobre sus miembros inferiores acabará con sus músculos atrofiados y con sus huesos desmineralizados, lo que aumenta el riesgo de fracturas.

Aceptar cierto grado de riesgo...

... es parte esencial de un buen cuidado

## ANEXO 4: NPI INVENTARIO NEUROPSIQUIÁTRICO DE CUMMINGS

Trastorno	No Valorable (Marcar)	Frecuencia	Gravedad	Total (Frecuencia x Gravedad)
Puntuación total				
Delirios		0 1 2 3 4	1 2 3	
Alucinaciones		0 1 2 3 4	1 2 3	
Agitación		0 1 2 3 4	1 2 3	
Depresión/disforia		0 1 2 3 4	1 2 3	
Ansiedad		0 1 2 3 4	1 2 3	
Euforia/júbilo		0 1 2 3 4	1 2 3	
Apatía/indiferencia		0 1 2 3 4	1 2 3	
Desinhibición		0 1 2 3 4	1 2 3	
Irritabilidad/labilidad		0 1 2 3 4	1 2 3	
Conducta motora sin finalidad		0 1 2 3 4	1 2 3	

### Significado de los valores

#### Frecuencia:

0 =Ausente

1 =Ocasionalmente (menos de una vez por semana)

2 =A menudo (alrededor de una vez por semana)

3 =Frecuentemente (varias veces por semana, pero no a diario)

4 =Muy frecuentemente (a diario o continuamente)

#### Gravedad:

1 =Leve(provoca poca molestia al paciente)

2 =Moderada(más molesto para el paciente, pero puede ser redirigido por el cuidador)

3 =Grave(muy molesto para el paciente, y difícil de redirigir)

## ANEXO 5: ESCALA GLOBAL DETERIORATION SCALE (GDS) Y FUNCTIONAL ASSESSMENT STAGING (FAST), CORRESPONDENCIA EN EA

Estadio GDS	Estadio FAST y diagnóstico clínico	Características	Comentarios
GDS 1.	1. Adulto	Ausencia de dificultades	No hay deterioro cognitivo

Ausencia de déficit cognitivo	normal Normal MEC: 30-35	objetivas o subjetivas	subjetivo ni objetivo
GDS 2. Defecto cognitivo muy leve	2. Adulto normal de edad Normal para su edad. Olvido MEC: 25-30	Déficit funcional subjetivo	Quejas de pérdida de memoria en ubicación de objetos, nombres de personas, citas, etc. No se objetiva déficit en el examen clínico ni en su medio laboral o situaciones sociales. Hay pleno conocimiento y valoración de la sintomatología.
GDS 3. Defecto cognitivo leve	Deterioro límite MEC: 20-27	Déficit en tareas ocupacionales y sociales complejas y que generalmente lo observan familiares y amigos	Primeros defectos claros. Manifestación en una o más de estas áreas: <ul style="list-style-type: none"> <li>⌘ Haberse perdido en un lugar no familiar</li> <li>⌘ Evidencia de rendimiento laboral pobre</li> <li>⌘ Dificultad para recordar palabras y nombres</li> <li>⌘ tras la lectura retiene escaso material</li> <li>⌘ olvida la ubicación, pierde o coloca erróneamente objetos de valor</li> <li>⌘ escasa capacidad para recordar a personas nuevas que ha conocido</li> </ul> El déficit de concentración es evidente para el clínico en una entrevista exhaustiva. La negación como mecanismo de defensa, o el desconocimiento de los defectos, empieza a manifestarse. Los síntomas se acompañan de ansiedad leve moderada
GDS 4. Déficit cognitivo moderado	Enfermedad de Alzheimer leve MEC: 16-23	Déficits observables en tareas complejas como el control de los aspectos económicos personales o planificación de comidas cuando hay invitados	Defectos manifiestos en: <ul style="list-style-type: none"> <li>⌘ olvido de hechos cotidianos o recientes</li> <li>⌘ déficit en el recuerdo de su historia personal</li> <li>⌘ dificultad de concentración evidente en operaciones de resta de 7 en 7.</li> <li>⌘ incapacidad para planificar viajes, finanzas o actividades complejas</li> </ul> Frecuentemente no hay defectos en: <ul style="list-style-type: none"> <li>⌘ orientación en tiempo y persona</li> <li>⌘ reconocimiento de caras y personas familiares</li> <li>⌘ capacidad de viajar a</li> </ul>

			lugares conocidos Labilidad afectiva Mecanismo de negación domina el cuadro
GDS 5. Déficit cognitivo moderadamente grave	Enfermedad de Alzheimer moderada MEC: 10-19	Decremento de la habilidad en escoger la ropa adecuada en cada estación del año o según las ocasiones	Necesita asistencia en determinadas tareas, no en el aseo ni en la comida, pero sí para elegir su ropa Es incapaz de recordar aspectos importantes de su vida cotidiana (dirección, teléfono, nombres de familiares) Es frecuente cierta desorientación en tiempo o en lugar Dificultad para contar en orden inverso desde 40 de 4 en 4, o desde 20 de 2 en 2 Sabe su nombre y generalmente el de su esposa e hijos
GDS 6. Déficit cognitivo grave	Enfermedad de Alzheimer moderadamente grave MEC: 0-12	Decremento en la habilidad para vestirse, bañarse y lavarse; específicamente, pueden identificarse 5 subestadios siguientes: <b>a)</b> disminución de la habilidad de vestirse solo <b>b)</b> disminución de la habilidad para bañarse solo <b>c)</b> disminución de la habilidad para lavarse y arreglarse solo <b>d)</b> disminución de la continencia urinaria <b>e)</b> disminución de la continencia fecal	Olvida a veces el nombre de su esposa de quien depende para vivir Retiene algunos datos del pasado Desorientación temporo-espacial Dificultad para contar de 10 en 10 en orden inverso o directo Puede necesitar asistencia para actividades de la vida diaria Puede presentar incontinencia Recuerda su nombre y diferencia los familiares de los desconocidos Ritmo diurno frecuentemente alterado Presenta cambios de la personalidad y la afectividad (delirio, síntomas obsesivos, ansiedad, agitación o agresividad y abulia cognoscitiva)
GDS 7. Déficit cognitivo muy grave	Enfermedad de Alzheimer grave MEC: 0	Pérdida del habla y la capacidad motora Se especifican 6 subestadios <b>a)</b> capacidad de habla limitada aproximadamente a 6 palabras <b>b)</b> capacidad de habla limitada a una única palabra <b>c)</b> pérdida de la capacidad para caminar solo sin ayuda <b>d)</b> pérdida de la capacidad para sentarse y levantarse sin ayuda	Pérdida progresiva de todas las capacidades verbales Incontinencia urinaria Necesidad de asistencia a la higiene personal y alimentación Pérdida de funciones psicomotoras como la deambulación Con frecuencia se observan signos neurológico

		e) pérdida de la capacidad para sonreír f) pérdida de la capacidad para mantener la cabeza erguida	
--	--	---	--

Adaptación de la traducción al castellano del grupo de estudio de neurología de la conducta y demencias (guía SEN, 2002)

## ANEXO 6: ESCALA NORTON DE RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

ESTADO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	CONTINENCIA
4. Bueno	4. Alerta	4. Caminando	4. Total	4. Ninguna
3. Débil	3. Apático	3. Con ayuda	3. Disminuida	3. Ocasional
2. Malo	2. Confuso	2. Sentado	2. Muy limitada	2. Urinaria
1. Muy malo	1. Estuporoso	1. En cama	1. Inmóvil	1. Doble incontinencia

## ANEXO 7: TINETTI:

### Escala de Tinetti para la valoración de la marcha

#### Caídas Accidentales

#### 1. MARCHA

Instrucciones: El paciente permanece de pie con el examinador, camina por el pasillo o por la habitación (unos 8 metros) a «paso normal», luego regresa a «paso rápido pero seguro».

- **Iniciación de la marcha (inmediatamente después de decir que ande)**
  - Algunas vacilaciones o múltiples intentos para empezar .....=0
  - No vacila ..... =1
  
- **Longitud y altura de paso**
  - a) Movimiento del pie dcho.:
    - No sobrepasa al pie izdo. con el paso ..... =0
    - Sobrepasa al pie izdo. .... =1
  
  - b) Movimiento del pie izdo.
    - No sobrepasa al pie dcho., con el paso ..... =0
    - Sobrepasa al pie dcho. .... = 1
    - El pie izdo., no se separa completamente del suelo con el peso ..... = 1
  
    - El pie izdo., se separa completamente del suelo ..... = 1

- **Simetría del paso**
  - La longitud de los pasos con los pies izdo. y dcho., no es igual ..... = 0
  - La longitud parece igual ..... = 1
  
- **Fluidez del paso**
  - Paradas entre los pasos ..... =0
  - Los pasos parecen continuos ..... =1
  
- **Trayectoria (observar el trazado que realiza uno de los pies durante unos 3 metros)**
  - Desviación grave de la trayectoria ..... =0
  - Leve/moderada desviación o usa ayudas para mantener la trayectoria .....=1
  - Sin desviación o ayudas ..... =2
  
- **Tronco**
  - Balanceo marcado o usa ayudas ..... =0
  - No balancea pero flexiona las rodillas o la espalda o separa los brazos al caminar .....=1
  - No se balancea, no reflexiona, ni otras ayudas ..... =2
  
- **Postura al caminar**
  - Talones separados ..... =0
  - Talones casi juntos al caminar .....=1
  
- - PUNTUACIÓN MARCHA: 12
  - PUNTUACIÓN TOTAL: 28

## EQUILIBRIO

Instrucciones: El paciente está sentado en una silla dura sin apoyabrazos. Se realizan las siguientes maniobras:

- **Equilibrio sentado**
  - Se inclina o se desliza en la silla..... =0
  - Se mantiene seguro..... =1
  
- **Levantarse**
  - Imposible sin ayuda..... =0
  - Capaz, pero usa los brazos para ayudarse..... =1
  - Capaz sin usar los brazos..... =2
  
- **Intentos para levantarse**
  - Incapaz sin ayuda..... =0
  - Capaz, pero necesita más de un intento..... =1
  - Capaz de levantarse con sólo un intento..... =2
  
- **Equilibrio en bipedestación inmediata (los primeros 5 segundos)**
  - Inestable (se tambalea, mueve los pies), marcado balanceo del tronco..... =0



- Estable pero usa el andador, bastón o se agarra a otro objeto para mantenerse.....=1
- Estable sin andador, bastón u otros soportes..... =2
- **Equilibrio en bipedestación**
  - Inestable.....=0
  - Estable, pero con apoyo amplio (talones separados más de 10 cm) ..... =1
  - o un bastón u otro soporte ..... =2
- **Empujar** (el paciente en bipedestación con el tronco erecto y los pies tan juntos como sea posible). El examinador empuja suavemente en el esternón del paciente con la palma de la mano, tres veces.
  - Empieza a caerse..... =0
  - Se tambalea, se agarra, pero se mantiene..... =1
  - Estable..... =2
- **Ojos cerrados (en la posición de 6)**
  - Inestable.....=0
  - Estable..... =1
- **Vuelta de 360 grados**
  - Pasos discontinuos..... =0
  - Continuos..... =1
  - Inestable (se tambalea, se agarra)..... =0
  - Estable.....=1
- **Sentarse**
  - Inseguro, calcula mal la distancia, cae en la silla..... =0
  - Usa los brazos o el movimiento es brusco..... =1
  - Seguro, movimiento suave..... =2
- **PUNTUACIÓN EQUILIBRIO: 16**

## ANEXO 8: ESCALA BARTHEL

Índice Barthel		
Actividad	Descripción	Puntaje
Comer		0
	1. Incapaz	5
	2. Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar	10

	condimentos, etc.	
	3. Independiente (la comida está al alcance de la mano)	
<b>Trasladarse entre la silla y la cama</b>	1. Incapaz, no se mantiene sentado	
	2. Necesita ayuda importante (1 persona entrenada o 2 personas), puede estar sentado	0 5
	3. Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)	10 15
	4. Independiente	
<b>Aseo personal</b>	1. Necesita ayuda con el aseo personal	0
	2. Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse	5
<b>Uso del retrete</b>	1. Dependiente	0
	2. Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo	5
	3. Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	10
<b>Bañarse o Ducharse</b>	1. Dependiente	0
	2. Independiente para bañarse o ducharse	5
<b>Desplazarse</b>	1. Inmóvil	0 5
	2. Independiente en silla de ruedas en 50 m	10 15
	3. Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)	
	4. Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta,	

excepto andador

<b>Subir y bajar escaleras</b>	1. Incapaz	0
	2. Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta	5
	3. Independiente para subir y bajar	10
<b>Vestirse y desvestirse</b>	1. Dependiente	0
	2. Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda	5
	3. Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.	10
<b>Control de heces</b>	1. Incontinente (o necesita que le suministren enema)	0
	2. Accidente excepcional (uno/semana)	5
	3. Continente	10
<b>Control de orina</b>	1. Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa	0
	2. Accidente excepcional (máximo uno/24 horas)	5
	3. Continente, durante al menos 7 días	10

### Interpretación

En función de la puntuación obtenida la persona requerirá más o menos ayuda para realizar las actividades diarias de autocuidado. Cuanto más cercana a 100 esté la puntuación más independiente será, pero en cambio cuanto más cerca a 0 mayor será la dependencia.

De acuerdo al puntaje se hace la siguiente clasificación:

<b>Puntaje</b>	<b>Clasificación</b>
----------------	----------------------

- 0 – 20 Dependencia total
- 21 – 60 Dependencia severa
- 61 – 90 Dependencia moderada
- 91 – 99 Dependencia leve
- 100 Independencia

### ANEXO 9: MODELO ABC PARA ANÁLISIS DE ALTERACIÓN CONDUCTUAL

ANTECEDENTES	CONDUCTA	CONSECUENCIAS
¿Qué pasó antes? ¿con quién estaba? ¿qué había en el entorno?	¿qué conducta tuvo lugar?; duración; intensidad	¿Qué pasó después?

Elaboración propia a partir del modelo expedido por CEOMA

### ANEXO 10: HISTORIA PERSONAL DPTO. PSICOLOGÍA (recogida de datos durante la entrevista preingreso)

HISTORIA SOCIAL:

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO:

LUGARES EN LOS QUE HA VIVIDO:

ESTADO CIVIL:

NÚMERO DE HIJOS:

RELACIONES FAMILIARES:

PERSONALIDAD PREMÓRBIDA:

AFICIONES Y HÁBITOS:

ESTUDIOS:

TRABAJO:

HISTORIA CLÍNICA

DIAGNÓSTICOS PSICOPATOLÓGICOS: diagnósticos de enfermedad mental/demencia, deterioro cognitivo o síntomas cognitivos alterados/depresión/ansiedad

ENFERMEDADES:

INTERVENCIONES Y TRATAMIENTO:

ALTERACIONES CONDUCTUALES: tipo/frecuencia/intensidad/manejo

ANTECEDENTES FAMILIARES:

SENTIDOS:

OLFATIVO:

VISUAL:

TACTIL:

AUDITIVO:

GUSTATIVO:

Elaboración propia.

**ANEXO 11: CARTA INFORMATIVA A FAMILIARES**

Muy Sr. mío:

Nos alegra informarle de que el CENTRO GERONTOLOGICO ..... es uno de los centros elegidos para participar en un programa que se realizará de reducción de sujeciones físicas. El proyecto comienza oficialmente en este centro el 8 de abril de 2015, y se basa en la aplicación del PROGRAMA DESATAR AL ANCIANO Y AL ENFERMO DE ALZHEIMER de la Confederación Española de Organizaciones de Mayores - CEOMA, y los preparativos ya han comenzado.

Para su desarrollo es necesario trabajar estrechamente con los profesionales del centro. Esperamos que le sea de utilidad la información siguiente sobre sujeciones físicas.

Le pondremos al día periódicamente sobre la marcha del proyecto. Mientras tanto, póngase en contacto con nosotros si tiene alguna sugerencia, pregunta o duda sobre el proyecto. El Programa Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer también estará encantado de darle cualquier otra información que usted precise, comenzando por una charla informativa que se realizará en el Centro el día... a las... h., a la que usted está invitado. Si usted no pudiera acudir, algunos miembros del Equipo Asistencial del centro se reunirán con usted para darle más detalles del proceso.

Atentamente,

Dirección centro Gerontológico

<b>ANEXO 12: CRONOGRAMA DE TNF DEL DPTO DE TERAPIA OCUP</b>				
<b>HORARIO</b>	<b>LUNES</b>	<b>MARTES</b>	<b>MIERCOLES</b>	<b>JUE</b>
10:30/11:00	TERAPIA DE BUENOS DIAS 3ª planta	TERAPIA DE BUENOS DIAS 2ª planta	TERAPIA DE BUENOS DIAS 3ª planta	TERAPIA DE BUENOS DIAS 1ª planta
11:00/12:00	TALLER DE ESTIMULACIÓN MODERADA-GRAVE 3ª PLANTA	TALLER DE ESTIMULACIÓN LEVE-MODERADA 1ª 2ª P	TALLER DE ESTIMULACIÓN MODERADA-GRAVE 3ª PLANTA	PSICOMOTRICIDAD 1ª Y 2ª P
12:00/13:00	TALLER DE ESTIMULACIÓN LEVE-MODERADA 1ª 2ª P	TALLER DE ESTIMULACIÓN MODERADA-GRAVE 1ª 2ª P	TALLER DE ESTIMULACIÓN LEVE-MODERADA 1ª 2ª P	

15:45/16:30	ESTIMULACIÓN SENSORIAL GRUPO 1	ESTIMULACIÓN SENSORIAL GRUPO 3		
16:50/17:20			MONTESSORI 3ª PLANTA	
17:20/18:20	PSICOESTIMULACIÓN 3ª PLANTA	TALLER DE PUNTO	GERONTOGIMN. 1ª PLANTA (17:20/17:55) GERONTOGIMN. 2ª PLANTA (18:00/18:40)	PSICOMOCIÓN

**ANEXO 13: CRONOGRAMA DE TNF DEL DPTO DE PSICOLOGÍA**

HORARIO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES
10:30/11:00	TERAPIA DE BUENOS DIAS 1ª planta	TERAPIA DE BUENOS DIAS 2ª planta	TERAPIA DE BUENOS DIAS 1ª planta	TERAPIA DE BUENOS DIAS 2ª planta
11:00/11:30	PROGRAMA MONTESSORI APLICADO a AVD 3ª PL.	PROGRAMA MONTESSORI APLICADO a AVD 3ª PL.	PROGRAMA MONTESSORI APLICADO a AVD 3ª PL.	PROGRAMA MONTESSORI APLICADO a AVD 3ª PL.
11:40/12:45	TALLER DE PSICOESTIMULACIÓN MODERADA 1ª Y 2ª PL.	TERAPIA DE MEJORA EMOCIONAL 1ª PL.	TALLER DE ESTIMULACIÓN LEVE 1ª 2ª P	
15:45/16:30				
16:50/17:20			PROGRAMA MONTESSORI 3ª PL.	
17:20/18:20	TALLER DE MEMORIA	PROGRAMA MONTESSORI 3ª PL.	ESTIMULACIÓN SENSORIAL	

## ANEXO 14 : INSTRUCCIONES TARJETA ROJA

### MEDIDAS PARA RESIDENTES CON ALTO RIESGO DE CAÍDAS

Son personas que están en proceso de desatar, o personas a las que ya se les ha quitado la sujeción pero siguen teniendo alto riesgo de caídas, por lo que se les identificará con una tarjeta roja que se colgará en su silla de ruedas y se actuará de la siguiente manera:

- ✓ En sala ubicaremos al residente siempre en la mesa, tanto si va en silla de ruedas como en silla normal, exceptuando los ratos que esté en sillón.
- ✓ Siempre estarán bajo la supervisión del personal.
- ✓ No se les dejará nunca en el pasillo cerca de las barandillas o detrás de otra silla de ruedas.

Se les acostará los primeros