



# Trabajo Fin de Grado en Trabajo Social

Buscando el cambio en el uso de sujeciones en los centros  
residenciales españoles de atención a personas mayores.

Realizado por: Almudena Gutiérrez Serna.

Dirigido por: Daniel Gil Martorell.

Doble Grado en Trabajo Social y Criminología.

Curso académico: 2019/20.

Convocatoria: Tercera.

## Índice.

|                                                           |       |
|-----------------------------------------------------------|-------|
| Resumen.....                                              | p.3.  |
| Palabras clave.....                                       | p.3.  |
| Abstract.....                                             | p.3.  |
| Key Words.....                                            | p.4.  |
| 1. Introducción.....                                      | p.4.  |
| 2. Abreviaturas.....                                      | p.5.  |
| 3. Objetivos.....                                         | p.6.  |
| 4. Preguntas de investigación.....                        | p.7.  |
| 5. Metodología.....                                       | p.7.  |
| 6. Gerontología y Geriatria.....                          | p.8.  |
| 6.1. La fragilidad del anciano.....                       | p.12. |
| 7. El envejecimiento.....                                 | p.14. |
| 7.1. Características de las personas mayores.....         | p.17. |
| 7.2. Estereotipos hacia las personas mayores.....         | p.19. |
| 7.3. Las personas mayores en cifras.....                  | p.21. |
| 8. Los mayores y el sistema de público de protección..... | p.23. |

|                                                                              |       |
|------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 8.1. Centros residenciales como alternativa al hogar.....                    | p.27. |
| 8.1.1. El impacto de la institucionalización en las personas mayores.....    | p.30. |
| 8.2. El papel del trabajador social dentro de los centros residenciales..... | p.32. |
| 8.3. El modelo de Atención Centrado en la Persona.....                       | p.35. |
| 8.4. Las Sujeciones.....                                                     | p.38. |
| 9. Experiencias libres de sujeciones .....                                   | p.40. |
| 10. Conclusiones.....                                                        | p.45. |
| 11. Propuesta de mejora.....                                                 | p.50. |
| 12. Bibliografía.....                                                        | p.52. |
| 13. Anexo.....                                                               | p.60. |

## Resumen

El envejecimiento es parte del ciclo vital de todo ser humano. Gracias a la aparición de disciplinas científicas como la geriatría y la gerontología que comenzaron su estudio en el siglo XX, se empezó a otorgar reconocimiento a esta fase de la vida. La vejez sería la última etapa vital y no se debe ver desde la enfermedad y el déficit, sino que, como expone la OMS (2015), hay que dar un paso al frente, abandonar los estereotipos y no olvidar que las personas mayores continúan contribuyendo valiosamente a la sociedad.

Por ello se pretende conocer en el desarrollo de este trabajo qué es la tercera edad, a qué colectivo representa, las características físicas y psicológicas que les define, así como ahondar en la protección pública que por derecho tienen reconocida.

Del mismo modo, saber cuáles son los modelos y técnicas en los que se basan las diversas actuaciones comprendidas en el ámbito de la atención residencial cuando una persona por diversas situaciones tiene que abandonar su hogar. Especialmente en aquellos casos donde impera una filosofía libre de sujeciones, así como los cambios realizados hasta el momento en lo profesional, lo familiar y en la logística para poder conseguir este objetivo.

**Palabras clave.** Tercera Edad    Atención Residencial    Modelo de Atención Centrada en la Persona    Sujeción

## Abstract

Aging is part of the life cycle of every human being. Thanks to the emergence of scientific disciplines such as geriatrics and gerontology that had its study in the twentieth century, it began to give recognition to this phase of life. Old age would be the last vital stage and should not be seen from the disease and deficit, but, as stated by the WHO (2015), we must take a step forward, lose negative stereotypes and not forget that older people are still making a valuable contribution to society.



For this reason, the aim of this work is to know what elderly is, to what group of society they stand for, the physical and psychological characteristics that define them, as well as, to go deeper into the public protection that by law they have recognized.

In the same way, this work pretends to know what the models and techniques on which various actions are included in the field of residential care are based, especially when people due to different situations has to leave their home. Mainly in those cases where a philosophy free of restraints prevails, just as changes made in the professional, family and logistics until today in order to achieve this goal.

**Key Words.** Old Age   Nursing Home   Person-Centered Care   Restraint

## **1. Introducción.**

El envejecimiento de la población como consecuencia del aumento de la esperanza de vida ha supuesto desde hace ya varias décadas un reto social, desde los poderes públicos internacionales, europeos y nacionales se muestra una preocupación por lograr un envejecimiento activo y saludable, donde se mantengan los derechos fundamentales y las libertades que todas las personas tienen reconocidos y que antiguamente quedaban relegados a un segundo plano para las personas mayores.

Esta etapa del ciclo vital consta de una serie de características físicas y psicológicas, como una disminución de la capacidad de adaptación, el aislamiento o el aumento de la mortalidad, además de la fragilidad que sufren las personas mayores, lo que supone que, en el caso español, de las personas dependientes, su gran mayoría sean personas mayores.

El nivel de cuidado que necesita una persona mayor es muy alto y más si es una persona dependiente, lo que supone que no puede realizar por si misma las actividades básicas de la vida diaria, y pese a que sigue siendo la familia, la principal aportadora de esta atención a sus mayores, los centros residenciales se abren paso como alternativa al hogar.

Dado que la estancia en un centro residencial, una vez se produce el ingreso en la mayoría de las ocasiones será hasta el fallecimiento de la persona, se requiere que la atención y el cuidado se ofrezca desde el respeto absoluto a la dignidad, la libertad y la igualdad de la persona, el/la trabajador/a social, desde lo que determina el Código Deontológico de su profesión debe hacer que se respeten los derechos fundamentales, así como los principios establecidos por las Naciones Unidas.

El modelo de Atención Centrado en la Persona basa sus intervenciones, para el caso que nos ocupa en la persona mayor, siendo esta un agente activo superando así la situación de mera receptora como sucedía con el modelo tradicional o biomédico, además del decálogo que orienta las intervenciones, este modelo pretende reducir o eliminar las sujeciones que actúan como elemento anulador de la libertad personal, la voluntad y la dignidad.

Las sujeciones pueden ser de diversas tipologías y son utilizadas por los profesionales en los centros residenciales como un elemento protector ante la prevalencia de las caídas, no obstante, queda demostrado que su uso no limita ni reduce las caídas y genera unos efectos secundarios que pueden dañar aún más la vida de la persona mayor.

Por ello, se pretende mostrar con este trabajo cómo desde diversas instituciones públicas y privadas se ha evolucionado en la concepción y se ha implantado a priori un modelo alternativo al tradicional donde se tiene como objetivo centrar a la persona en la intervención y no mermar sus derechos mediante el no uso de sujeciones.

## **2. Abreviaturas.**

-ABVD: Actividades Básicas de la Vida Diaria.

-CE: Constitución Española.

-IAG: Sociedad Internacional de Gerontología.

-INE: Instituto Nacional de Estadística.

-OMS: Organización Mundial de la Salud.

-RAE: Real Academia Española.

-SAAD: Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

-SEGG: Sociedad Española de Geriátría y Gerontología.

-SS.SS.: Servicios Sociales.

-WHO: World Health Organization.

### **3. Objetivos de investigación.**

Objetivo General: Estudiar el modelo de atención residencial que permite desarrollar una vida libre de sujeciones en la tercera edad.

Objetivo Específico.1.: Contextualizar a nuestros mayores, saber quiénes son y sus características.

Objetivo Específico. 2.: Conocer las causas del ingreso al centro de atención residencial y el impacto para los agentes participantes.

Objetivo Específico.3.: Describir el modelo de atención residencial y las implicaciones profesionales que conlleva desde el Trabajo Social.

Objetivo Específico.4.: Investigar la tendencia de actuación que los centros residenciales españoles emplean en lo relativo a la sujeción.

Objetivo Específico.5.: Conocer los beneficios u inconvenientes que supone un modelo de atención libre de sujeciones en la tercera edad.

#### **4. Preguntas de Investigación.**

Preguntas de Investigación Objetivo General: ¿Existe un modelo del que se desprende la necesidad de actuar desde la no sujeción?, ¿se puede desarrollar dicha actuación de forma aislada?

Preguntas de Investigación Objetivo Específico.1.: ¿Qué es la ancianidad?, ¿cuáles son sus características?, ¿qué cambios demográficos se han producido?, ¿qué disciplina la estudia?

Preguntas de Investigación Objetivo Específico. 2.: ¿Cuál es la causa?, ¿quién lo decide?, ¿qué impacto tiene para los mayores, sus familiares, los organismos públicos y la sociedad en general?

Preguntas de Investigación Objetivo Específico.3.: ¿Cuál es el fundamento de la existencia de centros residenciales?, ¿cómo se desarrolla la práctica residencial?, ¿qué papel tiene adquirido el/la trabajador/a social en esta institución?

Preguntas de Investigación Objetivo Específico.4.: ¿Qué modelo sustenta la no sujeción?, ¿se apuesta por una intervención social sin sujeciones?, ¿cuál es la política de intervención imperante en la actualidad?, ¿siempre ha sido así?

Preguntas de Investigación Objetivo Específico.5.: ¿La persona mayor sentirá una mejora en la calidad de vida?, ¿o, por el contrario, se entiende que las sujeciones son la mejor herramienta para evitar un mal mayor?

#### **5. Metodología de investigación.**

El presente trabajo pretende realizar una revisión bibliográfica para dar respuestas a los objetivos y las preguntas de investigación contempladas anteriormente.

Para ello se tomarán las referencias bibliográficas necesarias y accesibles en bases de datos como Dialnet, EBSCO, Schielo y Elsevier, principalmente. También se ha

accedido a los archivos de organismos públicos como la Organización Mundial de la Salud, las Naciones Unidas, la Eurostat, el Instituto Nacional de Estadística, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y el Imsero.

También se ha podido acceder a los documentos facilitados por la Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA), la Fundación María Wolff (Alzheimer y TNF's), 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 (publicado en el Boletín Oficial de Navarra de 14 de octubre de 2011), así como Los Llanos vital (Red de Soporte Asistencial).

## **6. Gerontología y geriatría.**

Es necesario comenzar determinando a qué se hace referencia cuando se habla de la gerontología y la geriatría. A este respecto, y en relación, al primer término, la RAE, determina la gerontología como: la “ciencia que trata de la vejez y de los fenómenos que la caracterizan”. Millán (2006) determina que los fenómenos son de tipología biológica y social, y añade la importancia de considerar su desarrollo histórico y todos aquellos aspectos referidos a la salud de la persona de la tercera edad.

Por otro lado, y en relación, al segundo término mencionado, la RAE determina que es la “rama de la medicina que se ocupa de las enfermedades de la vejez y de su tratamiento”.

Tanto la gerontología como la geriatría tuvieron lugar gracias al ruso Metchnikov en el primer caso, que describió el proceso del envejecimiento como “la consecuencia de la intoxicación crónica del organismo por microbios que producen putrefacción crónica y progresiva en el intestino” (Quintanilla y Llimargas, 2007, p.26) y al americano Nascher en el segundo caso, dado que fue el primero en utilizar el término refiriéndose a la vejez y sus enfermedades (Quintanilla y Llimargas, 2007).

Sus inicios como disciplina científica datan del siglo XX, donde comenzaron a destacar en países de Europa como Gran Bretaña con una fuerte influencia de médicos españoles tales como el profesor Piédrola (Millán, 2006).

Su desarrollo tuvo lugar en este siglo debido al envejecimiento de la población, es decir, comenzó a producirse un incremento de personas mayores gracias al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la natalidad (Quintanilla y Llimargas, 2007).

En España, se creó la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología un 17 de mayo de 1948, donde eran admitidos únicamente como socios, aquellos profesionales de la medicina, años después se permitió el acceso a profesionales especialistas de todos los campos gerontológicos, tomando un cariz multidisciplinar. Fue en 1950 cuando se celebra el Primer Congreso Internacional de Gerontología en Bélgica, donde se constituye la IAG y en donde participa España (Millán, 2006).

Según Millán (2006) la gerontología estaría conformada por tres campos principales, estos serían: el experimental, el clínico y el social (Millán, 2006).

Respecto al campo experimental, se hace necesario saber que “estudia el proceso del envejecimiento desde el punto de vista de la investigación en laboratorio, tratando de objetivar los factores causantes del mismo, así como las posibles actuaciones favorecedoras de un buen envejecer” (Millán, 2006, p.3).

Respecto al campo clínico, se hace necesario saber que “estudia las alteraciones de la salud en relación con el envejecimiento (...) es la parte de la gerontología realizada a la cabecera del enfermo, por lo que englobaría la especialidad médica de geriatría” (Millán, 2006, p.3).

Respecto al campo social, se hace necesario saber que “estudia la influencia de los factores sociales en el envejecimiento de la población, considerando sus repercusiones en el entorno del anciano” (Millán, 2006, p.3).

Otra opción sería la elaborada por Quintanilla y Llimargas (2007), donde determinan, desde su enfoque, que la gerontología estaría dividida en cuatro campos los cuales serían: el biológico, el psicológico, el social y el clínico.

Es necesario saber desde esta segunda perspectiva que el campo biológico correspondería al campo experimental explicado por Millán; el campo social y el clínico tendrían la misma misión y añaden el campo psicológico, referido a los cambios que se producen en las funciones psicológicas de la persona mayor, como la atención, el aprendizaje, la memoria o la personalidad (Quintanilla y Llimargas, 2007). También se presta gran atención desde este campo a la demencia y a la depresión que pueden estar presentes en este momento del ciclo vital del anciano y que pueden marcar su muerte (Quintanilla y Llimargas, 2007).

Cabe destacar cuál es el objetivo principal de esta disciplina, a este respecto sería “conocer el proceso de envejecimiento y los factores que influyen en él y mejorar la calidad de vida de las personas mayores” (Millán, 2006, p.4).

La geriatría se ocupa de las enfermedades de las personas de la tercera edad y por ello hay que decir que forma parte de la medicina (Millán, 2006). La Sociedad Británica de Geriatría define esta disciplina como aquella la rama de la medicina que se ocupa de “la prevención y asistencia de las enfermedades que se presentan en las personas mayores, su recuperación funcional y su reinserción en la comunidad” (Vilches-Moraga y Arroyo, 2006, p.64).

Estas definiciones favorecen el “matiz práctico que se dirige a la atención integral de los ancianos y en especial del paciente geriátrico” (Millán, 2006, p.4). Por lo tanto, se hace necesario saber quién es el paciente geriátrico, a este respecto, en el mundo occidental existen dos inclinaciones:

La primera sería “a partir de una alta edad, aproximadamente los 80 años, cuando la fragilidad de la persona es lo habitual, y donde las actuaciones preventivas y asistenciales a la dependencia son más eficaces” (SEGG, 2005, p.19).

Por el otro lado, y en relación con la segunda tendencia sería “cuando cualquier persona mayor de 65 años padece algún síndrome geriátrico como son: deterioro cognitivo, limitación de la movilidad, caídas, desnutrición, alteraciones de los sentidos, depresión, incontinencia, etc.” (SEGG, 2005, p.19).

En nuestro país, el encargado de definir qué es un paciente geriátrico fue el INSALUD en 1995, teniéndose que cumplir tres o más de los siguientes criterios: que la persona sea mayor de 75 años, que sufra de una patología crónica con tendencia incapacitante, que padezca una pluripatología, que sufra a su vez bien de forma conjunta o de forma predominante un problema psíquico y por último que su estado de salud se relacione con una problemática familiar o social (SEGG, 2005).

Otra forma de definir al paciente geriátrico sería la que Robles, Miralles, Llorach y Cervera (2006) determinan como:

Aquel paciente de edad avanzada con una o varias enfermedades de base crónicas y evolucionadas, en el que ya existe discapacidad de forma evidente. Estos pacientes son dependientes para las ABVD (autocuidado), precisan ayuda de otros y con frecuencia suelen presentar alteración mental y problemática social (...) es el anciano en quien el equilibrio entre sus necesidades y la capacidad del entorno de cubrirlas se ha roto y el paciente se ha vuelto dependiente y con discapacidad. (p.29)

Cabe mencionar que estos autores afirman que la geriatría se extiende a toda la población anciana, pero sería el paciente geriátrico y los ancianos frágiles, los grupos de atención más beneficiados de la asistencia geriátrica. (Robles et al., 2006)

Por ello, se hace necesario definir qué entienden los mismos como anciano frágil, en este sentido determinar lo siguiente:

Aquel anciano que conserva su independencia de manera precaria y que se encuentra en situación de alto riesgo de volverse dependiente. Se trata de una persona con una o varias enfermedades de base (...). En estos ancianos frágiles la capacidad funcional está aparentemente bien conservada para las ABVD (autocuidado), aunque (...), pueden presentar dificultades en tareas instrumentales más complejas. (Robles et al., 2006, p. 28)



Todo lo aportado anteriormente hace pertinente afirmar como, así lo hace Millán (2006), que la geriatría “no se limita a realizar un diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de la persona mayor, sino que incide en alcanzar un mayor grado de bienestar y así mejorar en lo posible su calidad de vida” (p.4).

Por último, se hace necesario exponer que la geriatría, complementa su objetivo principal, explicado anteriormente con otras acciones tales como el manejo de los síndromes geriátricos, la gestión de la enfermedad crónica, la verificación de la diversidad y la complejidad del proceso de envejecimiento, el conocimiento del correcto uso de medicamentos, la evaluación y la organización de los SS.SS. y de salud, la asistencia para familiares y los cuidadores entre otras (Ávila, 2010).

### **6.1. La fragilidad del anciano.**

Como se ha mencionado con anterioridad, la fragilidad en el anciano forma parte del perfil donde la geriatría desarrolla su función, por ello se hace primordial explicar en qué consiste la misma, sus características y cómo afecta esto a la persona mayor.

La SEGG (2014a) define la fragilidad como:

Un síndrome que se caracteriza por una disminución de la fuerza y de la resistencia, con un incremento de la vulnerabilidad frente a agentes estresores de baja intensidad, producido por una alteración en múltiples sistemas interrelacionados, que disminuye (...) la capacidad de adaptación del organismo, predisponiéndole a eventos adversos de salud, mayores probabilidades de dependencia e incluso muerte. (p.12)

El Instituto Internacional de Estudios sobre la Familia (2017) añade que “no corresponde a una enfermedad concreta, es un estado o condición, muy prevalente, implica a varios órganos y sistemas corporales, es multidimensional y (...) se considera (...) como la situación previa a la dependencia o discapacidad” (p.2).

Castell et al. (2010) determinan en su estudio, que un 10,3% de las personas mayores de 65 años sufre fragilidad, de este porcentaje, serían las mujeres las que más padecen esta situación. A partir de los 75 años, se produce un aumento en la población que padece fragilidad independientemente del sexo.

La fragilidad, por lo tanto, supone un reto para la geriatría, hoy en día se conoce sus causas en factores genéticos, nutricionales, estrés, hormonales o neuromusculares, asimismo se puede prevenir o reducir con actividad física adecuada y con una alimentación saludable (SGEE, 2014a).

Abizanda et al (2011) determinan en su estudio que aquellas personas con mayor riesgo de sufrir fragilidad corresponderían a las siguientes características: bajo nivel educacional, el género femenino, la necesidad de ayuda social y estar institucionalizado o presentar riesgo a serlo.

Uno de los marcos teóricos de mayor relevancia a la hora de construir el fenotipo de fragilidad como riesgo a desarrollar una discapacidad, es de Linda Fried en 2001, para esta autora, los constructos a la fragilidad serían la pérdida de peso, la baja energía y la resistencia, el bajo nivel de actividad física, la velocidad de la marcha y la fuerza prensora (SEGG, 2014a).

Que se presenten tres o más criterios, significaría que la persona es frágil, que se presente uno o dos criterios, significaría que la persona es pre-frágil y que no se presente ningún criterio, significaría que la persona es robusta (SEGG, 2014a). El estudio realizado por Abizanda et al (2011), muestra que el 16,9 % de las personas estudiadas presentaban fragilidad, el 48,5% de las personas estudiadas presentaba pre-fragilidad y el 21, 8% de las personas estudiadas eran robustas.

Como se ha mencionado con anterioridad, la realización de actividad física podría prevenir o reducir la fragilidad. Las personas mayores que han realizado a lo largo de su vida actividad física tienen un 80% menos de probabilidad de sufrir fragilidad en comparación con sujetos que han sido sedentarios. Asimismo, sujetos mayores que la realizan son menos propensos a desarrollarla (Dulac y Aubertin-Leheudre, 2016).

En definitiva, practicar deporte es positivo para evitar caídas, realizar las ABVD y para la mejora en la calidad de vida de la persona mayor, pero se debe saber, que el ejercicio, no es solo positivo a nivel físico, también lo es a nivel cognitivo, es decir, realizarlo mejora la plasticidad funcional del cerebro, la función ejecutiva, la respuesta inhibitoria, la mejora de la memoria y la velocidad de procesamiento (Dulac y Aubertin-Leheudre, 2016).

Dulac y Aubertin-Leheudre (2016) recomiendan que la persona mayor realice durante al menos dos veces a la semana en sesiones de 30-45 min, actividad física multimodal, es decir, donde se combine: resistencia/potencia, aeróbicos y mente-cuerpo, con una intensidad moderada/alta.

En segundo lugar, una alimentación saludable, también podría prevenir y reducir la fragilidad. Es decir, la malnutrición, el riesgo de malnutrición, la pérdida de peso y/o el bajo peso corporal, la obesidad, la excesiva grasa e incluso un aparente peso normal puede desarrollar fragilidad en el anciano por una inadecuada ingesta nutricional, haciéndole proliferar un deterioro funcional y sarcopenia (Goisser, Guyonnet y Volkert, 2016).

Es necesario, por lo tanto, tener una dieta rica en cantidad y calidad, dado que estamos ante un riesgo modificable, por ejemplo, a través de la suplementación con proteínas, aminoácidos específicos, Vitamina D y E, antioxidantes y Omega 3 (Goisser, et al, 2016).

Además de la actividad física y la nutrición, en el tratamiento de la fragilidad se hace fundamental la detección precoz desde la práctica clínica, debiendo actuar adecuadamente para la mejora de la calidad de vida de la persona mayor y a su vez poder prevenir la discapacidad (Instituto Internacional de Estudios sobre la Familia 2017).

El Instituto Internacional de Estudios sobre la Familia (2017), determina que el tratamiento de la fragilidad debe constar necesariamente de cinco premisas, las cuales serían: la individualización, la intervención a largo plazo, la multidimensionalidad, la proporción apoyo a la persona mayor para su implicación en el plan de intervención y el apoyo de la familia y los cuidadores a lo largo de todo el proceso.

## **7. El envejecimiento.**

La vejez puede dividirse en diversas etapas si se tiene en consideración diferentes aspectos psicológicos, sociales y biológicos. La tercera edad se daría a partir de los 65 años, edad de la jubilación; la ancianidad comprendería los 70-75 años donde la persona tendría una serie de déficits físicos y cambios en sus relaciones sociales; la última senectud, se da a partir de los 80 años, donde las limitaciones ya son de diversas tipologías

no solo físicas, y por último, la cuarta edad, que se da a partir de los 90 años, cuya principal característica es la proximidad de la muerte (Rodríguez, 1989).

Se debe considerar al envejecimiento, como un largo proceso que ocurre desde el nacimiento hasta la muerte, por ello la vejez no se debe pensar desde el punto de vista del déficit y la dolencia sino como la última etapa de la vida (Quintanilla y Llimargas, 2007).

La Organización Mundial de la Salud (2015) parte de la hipótesis “de que el envejecimiento es un proceso valioso, aunque frecuentemente complejo, y que las personas mayores hacen muchas contribuciones fundamentales a la sociedad (...), es bueno envejecer y las sociedades están mejor por tener a las personas mayores” (p.30).

Otras definiciones, han optado por considerar el envejecimiento desde la óptica negativa del mismo, quizás influido por los estereotipos y los mitos que, como se explicará adelante, han acompañado a lo largo de los años a las personas mayores.

En este sentido, el envejecimiento según Alvarado y Salazar (2014) podría definirse como “la suma de todos los cambios que se producen en el ser humano con el paso del tiempo y que conducen a un deterioro funcional y a la muerte” (p.58-59).

Para aunar ambas perspectivas, lo correcto sería definir la vejez como lo hacen Quintanilla y Llimargas (2007):

La vejez como etapa del ciclo vital, se describe a través de todos los cambios a los que la persona anciana se ha visto sometida a lo largo de todo el ciclo vivido y que han estado influidos por múltiples aspectos (...), que afectarán a su desarrollo, tanto en sentido positivo como negativo, en referencia al crecimiento y al deterioro. (p. 36)

Otorgando la importancia necesaria al envejecimiento, considerando que es un proceso que acompaña a las personas durante todo el ciclo vital y que puede derivar a que las personas de la tercera edad desarrollen fragilidad, se hace necesario hablar de un nuevo concepto: el envejecimiento activo.

El término envejecimiento activo fue adoptado por la OMS en el año 1990 siendo este más inclusivo que el término envejecimiento saludable (WHO, 2002). En este sentido, el envejecimiento saludable fue definido como “como el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez” (OMS, 2015, p. 30).

El envejecimiento activo por su parte se ha definido como “the process of optimizing opportunities for health, participation and security in order to enhance quality of life as people age” (WHO, 2002, p.12).

Otros organismos internacionales como la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico o la Comisión de la Comunidad Europea, utilizan este término desde el punto de vista del desempeño laboral gratificante y desde la implicación productiva de las personas mayores en la sociedad (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Observatorio de personas mayores y OMS, 2001).

Desde el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales et al (2001) se parte de la idea de que las personas mayores tengan una:

Implicación continua en cuestiones sociales, económicas, espirituales, culturales y cívicas, no sólo a la capacidad para estar físicamente activo. Las personas mayores que estén enfermas o tengan limitaciones físicas como consecuencia de discapacidades pueden seguir colaborando activamente con sus familias, sus semejantes, en el ámbito comunitario y nacional. (p.15)

En otras palabras, y tal como lo define la WHO (2002) el objetivo primordial sería “maintaining autonomy and independence as one grows older is a key goal for both individuals and policy makers” (p. 12).

Cuando se desarrollen políticas y programas destinados a aquella parte de la población envejecida que les permita ser lo más autónomos posible, tener buena salud y ser productivos en la sociedad, se podrá lograr que disminuya el número de muertes prematuras, que se padezca en menor medida discapacidades o dependencia y por ende que se consiga una mayor calidad de vida, así como una contribución productiva en lo social y lo económico (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales et al, 2001).

Por lo tanto, se hace acertado decir que el envejecimiento activo, tal y como se relata desde el Ministerio de Sanidad, SS.SS. e Igualdad y el Consejo Estatal de las Personas Mayores (2017) “comporta una implicación personal, a la que se unen una gran diversidad de elementos, que vienen determinados por factores demográficos, sanitarios, sociales, culturales, políticos y económicos (p.7).

Desde el Ministerio de Sanidad, SS.SS. e Igualdad y el Consejo Estatal de las Personas Mayores (2017) se ha elaborado la Estrategia Nacional de Envejecimiento para garantizar la igualdad de oportunidades y una vida digna a las personas mayores, la participación en la vida pública, impulsar una atención integral e interinstitucional desde entidades públicas y privadas, evitar la discriminación por motivos de edad y promover la permanencia en su entorno familiar, entre otras medidas.

### **7.1. Características de las personas mayores.**

Cuando se llega a la vejez, las personas experimentan una serie de transformaciones psíquicas y físicas, que les hacen tener unas particularidades que les diferencian del resto de personas en otra etapa del ciclo vital.

Según Berthaux y Aquino (1981), las características psicológicas serían las siguientes:

-Disminución de la eficiencia intelectual. A partir de los 70 años el deterioro progresivo de las funciones intelectuales se acelera, dañándose fundamentalmente el aprendizaje, la imaginación, la intuición y la capacidad para resolver nuevas/os situaciones/problemas. La memoria también sufre este deterioro, y mientras que los recuerdos pasados se evocan con relativa facilidad, la memoria inmediata está dañada. También se acentúa la amnesia, generando una pérdida de localización en el tiempo.

-Disminución de la capacidad de adaptación. La persona mayor va a tener menor capacidad de aclimatarse a las nuevas situaciones que se le presenten, incluso cuando sean cambios en su beneficio, por el contrario, se preferirá mantener la actividad en el entorno conocido y realizando las rutinas diarias.

-Daños en las funciones sensoriales. Principalmente se sufre estos daños en la vista y el oído, cuando estas dos funciones sensoriales se encuentran dañadas, el aislamiento social se acrecienta.

-Aislamiento en el domicilio. Esta es una situación muy común en las personas mayores, la imposibilidad de tener contacto con el medio físico que les rodea, empeora el proceso fisiológico del envejecimiento.

-Jubilación como desvalorización de la persona. Cuando cesa la actividad laboral, medio de inserción social, se produce un desequilibrio psicológico provocado por las nuevas condiciones de vida que están marcadas por el diferente ritmo de vida, los cambios en las relaciones sociales y porque la vida activa hasta la fecha comienza a reducirse.

-Reducción de los recursos financieros. Cuando se finaliza la actividad laboral de la persona, los recursos económicos disminuyen y, por ende, se crea una inseguridad en el plan de vida de esta, pudiendo generar ansiedad y depresión.

Por el otro lado, según Berthaux y Aquino (1981), las características físicas serían principalmente las siguientes:

-Aumento de la mortalidad. El riesgo de fallecimiento, se incrementa el doble cada 8 años de vida a partir de los 30. Además, según avanza progresivamente la edad, avanza a su vez el riesgo de morir por cáncer, suicidio, accidentes o enfermedades cardiovasculares.

-Aumento de la morbilidad. Esto se debe al aumento de enfermedades en el individuo, entre ellas enfermedades crónicas.

-Disminución de la capacidad funcional. La capacidad funcional de las personas comienza a deteriorarse de manera progresiva cuando la fase de crecimiento finaliza, es decir a partir de los 30 años.

## **7.2. Estereotipos hacia las personas mayores.**

Los estereotipos son “falsas concepciones (o creencias) que actúan a modo de clichés en el acercamiento a un fenómeno, grupo social u objeto. (...) Son, por propia definición, inexactos y, generalmente despectivos” (Fernández-Ballesteros, 1991, p.20-21).

Pese a que el mito positivo por excelencia sea el considerar esta etapa del ciclo vital como la edad de oro, donde la persona goza de plena libertad, de experiencia acumulada y de sosiego en el ocio y paz, lo cierto es que los mitos negativos y los estereotipos predominan en esta edad, en este sentido considerar a la persona mayor como incapaz, enferma, lenta, depresiva o dogmática puede provocar el aislamiento social de este grupo de edad respecto al resto de la sociedad (Carbajo, 2009).

Una situación que deriva a esta concepción peyorativa viene determinada por el papel social de la persona mayor, en este sentido Hernández (2003) considera que la imagen social a cualquier edad vendrá determinada por el estatus social, y este a su vez, vendrá dado por el rol o papel social, es decir, dependerá de la función, en este caso de la función que la ancianidad tiene en relación con la sociedad a la que pertenece. En este sentido, una persona mayor es considerada como improductiva debido a que no tiene asociada ninguna función específica.

Los estereotipos hacia las personas mayores “inciden sobre las variables de la involución y el deterioro del anciano en diversas perspectivas, como la cronológica, la biológica o de salud, la psicológica o personal y la sociológica o comunitaria” (Rodríguez, 1989, p.30).

La perspectiva cronológica hace referencia al número de años vividos, donde a más años vividos se tendría un mayor deterioro, no obstante, hay un gran número de personas mayores con una buena salud física y psíquica y personas de menor edad con una mala condición de salud (Rodríguez, 1989).

La perspectiva biológica hace referencia a la concepción de senilidad del anciano, es decir, una persona que padecería problemas físicos, enfermedades y trastornos psicofisiológicos desde la perspectiva de la cercanía a la muerte y por tanto en continuo contacto con entidades sanitarias (Rodríguez, 1989).



La perspectiva psicológica hace referencia a la pérdida de recursos o habilidades “potenciando el mito (...) de escasa o nula creatividad, de aislamiento intimista, de ansiedad y depresiones, de comportamientos rígidos e inflexibles, de cambios de humor injustificados y generalmente marcados por las vivencias penosas” (Rodríguez, 1989, p.31).

Por último, la perspectiva sociológica hace referencia a “connotaciones de inutilidad, aislamiento, improductividad y desvinculación del anciano respecto a los intereses sociales y relaciones comunitarios” (Rodríguez, 1989, p.31).

Una vez se ha conocido cuáles son los estereotipos más perjudiciales para las personas mayores, se debe conocer que, pese a que existe una visión peyorativa hacia los mayores por el resto de población, también existe una consideración negativa respecto a ellos mismos (Molina, 2000). De esta forma, “una imagen negativa de la vejez, como la que existe en la actualidad, provoca rechazo, pero no sólo de la persona mayor sino de la propia vejez lejana o cercana” (Carbajo, 2009, p.92), es decir el rechazo generalizado termina afectado al autoconcepto y la autoimagen (Carbajo, 2009).

Las personas mayores piensan que la sociedad en general los ve como personas enfermas, tristes, molestas e inactivas, y pese a que ellos se ven preferentemente divertidos, su autopercepción coincide con lo que creen que la sociedad piensa de ellos. Además, el 61% considera que no ocupa el puesto que se merecen en la sociedad y que los jóvenes son el grupo de edad más crítico con ellos (Hernández, 2003).

En definitiva y tal y como se ha mostrado existen hacia las personas mayores un conjunto de afirmaciones negativas que se extenderían al ámbito de “la salud, el funcionamiento intelectual y motivacional, la actividad general, el funcionamiento de la vida diaria, el trabajo, las relaciones sociales e incluso la personalidad y el carácter” (Fernández-Ballesteros, 1991, p.21).

Por todo lo anteriormente expuesto, se hace necesario mostrar cuál es la realidad de nuestros mayores en su vida cotidiana, para ello se seguirá lo desarrollado por Mota (2009): son un grupo muy diverso, los cuales realizan tareas de relevancia social pese a que no sean remuneradas, por ello mantienen vínculos sociales con su propio grupo de edad, relaciones intergeneracionales y con la familia; viven de forma independiente en su

mayoría debido a que su declive intelectual y físico no es severo; y su personalidad no presenta cambios considerables y en muchos casos, durante este ciclo vital se aprenden nuevas habilidades por ejemplo, el acceso a la tecnología.

### **7.3. Las personas mayores en cifras.**

La esperanza de vida se ha incrementado a nivel mundial, tal y como nos muestra las Naciones Unidas (2019) en su reciente informe, durante el pasado año, por primera vez la población de 65 años o más supero el número de niños menores de 5 años. En nuestros días a nivel europeo, 1 de cada 11 personas supera los 65 años, pero en 2050 se espera que esta edad sea superada por 1 de cada 6 personas.

En 1990 la esperanza de vida se situaba en los 64 años, en el 2019 se sitúa en los 73 años aproximadamente y se prevé que en el 2050 siga aumentando, llegando a los 77 años de vida. Con todo esto, hay que añadir que actualmente hay 143 millones de personas mayores de 80 años, y esta cifra será triplicada, es decir las personas mayores de 80 años llegarán a ser en el 2050, 426 millones (Naciones Unidas, 2019).

A nivel europeo, la Eurostat (2018) será la encargada de mostrarnos los datos sobre el envejecimiento, y es que nos encontramos con una población envejecida derivada de los cambios que se han producido a lo largo de los años por los ingresos, el gasto desde los organismos gubernamentales, las pensiones, la salud y el gasto en asistencia social. Todo esto generará que en los próximos años la población mayor de 65 años se duplique, un dato significativo es que, en 2017 por cada persona mayor había 2,3 personas en edad laboral, situación que sufrirá un importante cambio en 2080, donde por cada persona mayor habrá 0,9 personas en edad laboral.

Otro dato importante que se muestra es respecto a los nacimientos, y es que se necesitaría que las familias tuvieran 2,1 hijos para un adecuado reemplazo de la población, la media europea esta por debajo de esta cifra, por ejemplo, en España se sitúa en 1,34 hijos por familia (Eurostat, 2018).

Desde el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2017) se muestra que, en Europa durante el año 2010, la población mayor de 65 años ocupaba el 17,37% mientras que se espera que en año 2050 ocupe el 28,61%.

En España, tal y como relata Sancho (2002), al comienzo del siglo pasado, únicamente el 26% de la población llegaba a la tercera edad, en nuestro siglo, de cada 100 nacidos, 86 de ellos alcanzarán la vejez.

Nuestro país se encuentra en una situación donde la población mayor representa un grupo con gran peso demográfico, este incremento ha supuesto y supone un desafío en las estructuras demográficas debido a que nos encontramos ante una población sobre-envejecida (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017). Las mejoras en las condiciones de vida desde el siglo XX ha derivado a una situación en la que desde 1990 hasta 2015 la población mayor de 65 años se multiplicará por nueve (IMSERSO, 2017).

Se hace necesario decir, que la esperanza de vida presenta diferencias con relación al género, siendo mayor el número de mujeres que viven más respecto a los varones, es decir, una vez alcanzados los 65 años, no obstante, se está produciendo una estabilización respecto a esta tendencia y se prevé que en el futuro la diferencia disminuya (Sancho, 2002).

Para un mayor conocimiento hay que decir que las mujeres mayores de 65 años representan el 57,05% del total, las mayores de 80 años representan el 61,12% del total y las mujeres centenarias representan el 79,49% del total (Ministerio de Sanidad, SS.SS. e Igualdad y Consejo Estatal de las Personas Mayores, 2017).

En 2019 de los 47.007.367 habitantes (véase anexo 1), la población mayor de 65 años representa el 54,09% del total, es decir, las personas de 65 años representan el 19,4%; las personas de 70 años representan el 14,28%; las personas de 75 años representan el 9,61%; las personas de 80 años representan el 6,14%; las personas de 85 años representan el 3,24%; las personas de 90 años representan el 1,15%; las personas mayores de 95 años representan el 0,25%; y las personas de 100 años representan el 0,02% (véase anexo 2).

Por último, hay que decir que según datos del INE (2018), en 2016 se produjeron 410.611 fallecimientos un 2,3% menos respecto al año anterior, la tasa bruta de la mortalidad sigue descendiendo, produciéndose 8,79 muertes por cada 1000 habitantes.

La esperanza de vida en la actualidad se sitúa en los 83 años de media, diferenciándose por género, es decir, en los varones se encuentra en los 80,3 años y en las mujeres en los 85,8 años (INE, 2018).

## **8. Los mayores y el sistema de público de protección.**

Debido al envejecimiento de la población, las características físicas y psíquicas de las personas mayores, la presencia de la fragilidad y la importancia que se da actualmente a este fenómeno, los organismos públicos muestran la necesidad de proteger a este grupo de población que en muchas ocasiones se convierten en personas dependientes.

En los últimos años, se ha producido un incremento de las personas dependientes, tomando como referencia los últimos 40 años podemos ver este crecimiento, en 1989 el 20,34% de la población española era dependiente (véase anexo 3); en el año 1999 el 24,17% era dependiente (véase anexo 4); ya en el siglo XXI, concretamente en el año 2009, el 24,46% de la población lo era (véase anexo 5); y actualmente hay un 29,94% de población dependiente (véase anexo 6). Hay que conocer que, actualmente el 74% de las personas dependientes, son personas mayores (Martínez, 2009).

Esta situación hace pensar, tal y como lo reflejó el Defensor del Pueblo (2000) en cómo se logrará cubrir, desde las sociedades modernas aquellas necesidades en cuidados y atención que precisarán las personas dependientes, las cuales en su gran mayoría son personas de la tercera edad.

Por otro lado, se debe saber que las personas mayores tienen reconocidos una serie de principios aprobados por la Asamblea General de las Naciones Unidas en la Resolución 46/91 del 16 de diciembre de 1991 (véase anexo 7), y que, por lo tanto, alcanza tal magnitud que deben ser llevados a cabo a nivel mundial. Los principios son los siguientes:

-Independencia, es decir el acceso a bienes de primera necesidad; atención a su salud con el apoyo familiar y comunitario; desempeño de una actividad laboral y tener la determinación para el cese de esta; acceso a programas educativos y formativos; así como

a residir en su propio domicilio siempre que sea posible y que este, a su vez, sea un entorno seguro y adaptado a sus preferencias y capacidades.

-Participación, es decir mediante la integración en la sociedad y la participación activa en políticas que afectan a su propio bienestar; también deben poder prestar servicio a la comunidad, formar parte del movimiento asociativo y voluntariado; así como expresar sus conocimientos y habilidades de manera intergeneracional.

-Cuidados, a través del disfrute de la protección familiar y comunitaria; del acceso a los servicios sanitarios para el bienestar físico, mental y emocional; a los servicios sociales y jurídicos para su autonomía y protección; a la atención institucional para su rehabilitación y estímulo social y mental en un entorno seguro y humano; así como el disfrute de los derechos humanos y libertades fundamentales, independientemente de si se reside en el propio hogar o en una institución, a través de cuidados y tratamientos donde se respete la dignidad, creencias, necesidades, intimidad, decisiones y calidad de vida de la persona mayor.

-Autorrealización, mediante el aprovechamiento de las oportunidades para el desarrollo pleno de su potencial; así como el acceso a recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos presentes en la sociedad.

-Dignidad, es decir las personas mayores deben poder vivir dignamente independientemente de la edad, sexo, etnia, diversidad funcional, nivel económico o cualquier otra condición, así como a vivir con seguridad y libres de cualquier tipo de explotación o maltrato.

El envejecimiento de la población en general y la dependencia en muchos casos como consecuencia de este, así como el reconocimiento a nivel internacional de la dignidad de las personas mayores, llevando las mismas un desarrollo óptimo a nivel físico, mental y emocional en esta etapa de su ciclo vital, hace que en nuestro país se aprobara la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

Hay otro fundamento y quizás el más importante a la hora de impulsar esta Ley y es el mandato constitucional, en concreto lo descrito en el art. 9.2 de la CE que dice:

Corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integran sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos os ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social.

Todo lo anteriormente expuesto genera, tal y como lo defiende Martínez (2009) “una ley constitucional que establece un nuevo derecho a la protección de estas personas, y que tiene la naturaleza de derecho subjetivo de ciudadanía y por tanto exigible administrativa y judicialmente” (p.53).

Se hace necesario saber a qué nos estamos refiriendo cuando hablamos de dependencia y cuando hablamos de autonomía, conceptos básicos para entender la Ley. Respecto al primer término, fue el Consejo de Europa en 1998 el que determinó que “son personas dependientes quienes, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de una asistencia y/o ayuda importante para la realización de las actividades de la vida diaria” (Defensor del Pueblo, 2000, p.56).

En segundo lugar, para definir la autonomía, se recurrirá a lo aportado por la propia Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, a este respecto, se entiende la autonomía como “la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria” (p.8).

La Ley mencionada, tiene como objeto como así determina en su art.1., regular aquellas condiciones básicas para garantizar la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de toda la ciudadanía a través del SAAD, con la colaboración coordinada y cooperativa de la Administración General del Estado, las Comunidades Autónomas y las Entidades Locales.

Ante el SAAD, a datos del 31 de diciembre del 2018, se presentaron 1.767.186 solicitudes de las cuales el 64% de ellas provenían de población femenina y el 36% de varones (véase anexo 8).

Más de la mitad de las solicitudes las presentan personas mayores de 80 años, en concreto 955.116; en segundo lugar, provienen del tramo de edad comprendido de los 65-79 años, en concreto 368.410; y, en tercer lugar, provienen del tramo de edad comprendido de los 55-64 años, en concreto 121.200 (véase anexo 8).

De todas las resoluciones, el 79,60% son favorables, haciendo que existan 1.304.312 de personas beneficiarias (véase anexo 9); de estas personas, el mayor número de prestaciones irán destinadas al cuidado de familiares, ayuda a domicilio, teleasistencia y en cuarto lugar, y para el caso que nos ocupa a la atención residencial, en concreto, 166.579 personas se benefician económicamente para el pago de la atención residencial (véase anexo 10).

Los principios que se contemplan en el art.3., son principalmente: el carácter público, la universalidad, la atención integral e integrada, la equidad, la transversalidad, la personalización, la permanencia en el entorno, la calidad, la sostenibilidad, y la accesibilidad, la participación de las personas dependientes o la colaboración entre los servicios sociales y sanitarios.

También se cree importante mencionar los derechos y obligaciones de los titulares que se expondrán a continuación, determinados en el art. 4. Por un lado, alguno de los derechos son el ejercicio de los derechos humanos y libertades fundamentales, a recibir información completa y continuada, confidencialidad, participación en la formulación y aplicación de las políticas que les afecten, a decidir, igualdad de oportunidades, o a la no discriminación. Por el otro lado, como obligación se deberá aportar toda la información que requieran las Administraciones, a comunicar las ayudas personalizadas y a destinar las prestaciones económicas al fin para el que se concedieron.

En el art.5. se determina que los titulares de los derechos serán los españoles en situación de dependencia en alguno de sus grados establecidos y haber residido en territorio español al menos durante 5 años, 2 de ellos inmediatamente anteriores a la fecha

de solicitud. También se establecen particularidades para los menores de 3 y 5 años, los españoles que no residan en España y los que carezcan de nacionalidad.

### **8.1. Centros residenciales como alternativa al hogar.**

El apoyo informal, es aquella ayuda que recibe una persona derivada de sus redes sociales, no obstante, tener una red social amplia, como es la familia, no garantiza el apoyo ante la necesidad de ayuda con carácter prolongado o permanente (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004).

Por otro lado, el apoyo informal según el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2004) “consiste en el cuidado y atención que se dispensa de manera altruista a las personas que presentan algún grado de discapacidad o dependencia, fundamentalmente por sus familiares y allegados” (p. 200).

El escaso desarrollo que se ha producido en los SS.SS., hace que ante aquellas personas adultas que precisan de cuidados de larga duración, el cuidado y apoyo provenga mayoritariamente de la familia (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004).

En los últimos años, un gran número de familias se enfrenta al deterioro progresivo de las personas mayores que conforman su entorno, ante esta situación la familia continúa siendo la principal fuente de cuidados para ellos, alrededor del 80%, por lo que los SS.SS. continúa teniendo un papel secundario (Hernández, 2003).

Si se analiza el perfil del cuidador familiar sabiendo que es la familia la principal cuidadora de sus mayores, decir que serán las hijas en su mayoría las que aporten el cuidado seguidas de el/la cónyuge; las mujeres representan el 74,4% del total de cuidadores ya sean las hijas, las mujeres cónyuges o las empleadas del hogar; la media de edad se encuentra entre los 45-54 años y dedicarán en su mayoría 4 horas diarias de cuidados, donde serán las mujeres, otra vez, las que sobresalen como aportadoras de cuidados en esta franja horaria respecto a los hombres (Rodríguez, 1999).

No obstante, la estructura familiar actual presenta cambios, como la disminución de miembros que pueden atender a la persona mayor; la dispersión geográfica de los miembros de la familia; la limitación espacial en las viviendas; las responsabilidades y obligaciones profesionales; la satisfacción de las necesidades individuales como valor



social (Hernández, 2003).; la desaparición de la familia extensa, la pérdida de estabilidad de la institución familiar; el retraso en la edad de matrimonio y en la independencia de los hijos/as; el incremento de las familias monoparentales y de hogares unipersonales; las uniones de hecho; la incorporación de inmigrantes en las familias; y pese a que la mujer sea la principal cuidadora, la transformación de su rol social (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004).

Todos estos cambios, generan tanto a nivel social como a nivel profesional en ocasiones, el estereotipo sobre que la familia abandona al anciano (Hernández, 2003). Debido a que se considera aún en nuestro país “y con carácter absolutamente generalizado, la certidumbre de que cuidar de las personas mayores es una obligación moral” (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004, p.250). Sin embargo, se está cambiando esta concepción, así como la limitación de acceso a los recursos para aquellos que carecen de apoyo familiar (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004).

En otras palabras, el fenómeno del envejecimiento, el incremento de las personas dependientes y las crisis del apoyo informal ha generado que el sistema de protección social evolucione para poder ofrecer la cobertura suficiente en respuesta de esta necesidad social (Defensor del Pueblo, 2000).

Cuando las personas mayores necesitan cuidados de larga estancia de forma institucional, debido a que sus condiciones sociales, como la soledad extrema o el estado/equipamiento de su vivienda, y sanitarias, como el deterioro de la autonomía no les permiten mantenerse en su entorno, se realizan mayoritariamente desde residencias (Defensor del Pueblo, 2000; Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004).

Hay que saber que la prestación de este servicio no se hace exclusivamente de forma permanente, también pueden darse situaciones temporales, para aquellos casos en los que los cuidadores familiares, necesiten periodos de respiro o enfermedad (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004).

El perfil de la persona dependiente de más de 65 años es el de una mujer, viuda sin estudios, con hijos u otros familiares, en su mayoría tienen 2 descendientes y cuyo tamaño familiar está constituido por 3 personas o más (Morán, 1999).

Por otro lado, el perfil de el/la residente sería el de una persona de más de 80 años que padece diferentes enfermedades y precisa medicación de manera crónica, presentando dependencia para la mayoría de las ABVD. Su situación requiere por tanto una atención médica compleja ante los diversos síndromes geriátricos, como el deterioro cognitivo o funcional, las caídas, la inmovilidad, la incontinencia urinaria u otras enfermedades psiquiátricas (Defensor del Pueblo, 2000). Pero además de los/as destinatarios/as dependientes, también hay personas mayores en centros residenciales que tienen preservada su capacidad funcional (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004). Del total de los usuarios el 69% son mujeres (véase anexo 11).

Ante la complejidad de la atención, se suma el problema de la escasez de personal y la falta de recursos materiales para afrontar adecuadamente el cuidado de las personas mayores. Otro aspecto de mejora se torna en la individualización de los cuidados, es decir, centrando la atención en las necesidades de los pacientes, así como evitar una medicalización excesiva, todo esto se deberá controlar ante auditorías para garantizar calidad de los cuidados (Defensor del Pueblo, 2000).

En definitiva, según el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2004), los centros residenciales son aquellos:

En los que viven de forma definitiva o temporal personas con distinto nivel de dependencia y en los que se presta una atención integral con el objetivo de mantener o mejorar la autonomía personal, atender sus necesidades básicas de salud y facilitar su integración y participación social en el medio. (p.300).

Como objetivo general, saber que los centros residenciales en la atención a la persona mayor, deberá primar la potenciación de la autonomía personal, cuando el deterioro de las capacidades es muy grave, haciendo que la persona pierda su independencia y autonomía, de deberá velar por una atención de respeto y dignidad como los derechos así lo reconocen (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004).

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, establece en su art.15, el catálogo de servicios, el servicio de atención residencial dividido en dos tipologías: residencias

para personas mayores en situación de dependencia y centros de atención a personas, diferenciados según los diversos modos de discapacidad.

A continuación, se mostrarán los últimos datos relativos al año 2016 ofrecidos por el Imsero sobre los centros residenciales españoles. En primer lugar, decir que el 56% de las plazas eran de financiación pública por lo tanto el 44% restante eran plazas de financiación privada (véase anexo 12). De las 374.790 plazas, 211.603 eran plazas de financiación pública y 163.187 eran plazas de financiación privada (véase anexo 13).

Por otro lado, de los 5.423 centros, 1.352 eran centros de titularidad pública y 4.071 eran centros de titularidad privada (véase anexo 13). Por último, y en relación con el índice de cobertura, España se encuentra en el 4,28, de este dato la financiación pública cubre el 2,41 y el 1,86 restante lo cubre la financiación privada (véase anexo 13). El índice de cobertura que recomienda la OMS es de 5, por lo que se ve anteriormente nuestro país está por debajo de esa cifra, si observamos la cobertura madrileña con un 4,59, se puede ser que es mayor a la cifra nacional pero aún inferior a lo referido por la OMS (véase anexo 14).

#### **8.1.1. El impacto de la institucionalización en las personas mayores.**

El ingreso en un centro residencial suele ser vivido con dificultad, mucho tiene que ver con esto las percepciones que las personas mayores suelen tener construidas sobre los mismos y que son en su gran mayoría negativas, al verlo como un asilo o una situación de abandono. A esta situación preconcebida, se añade el aislamiento que sufre la persona respecto a su familia y a su vida diaria anterior, generando en la persona una situación de ruptura con las relaciones sociales exteriores (Guevara-Peña, 2016).

En un principio, los efectos que tiene sobre la persona la institucionalización son negativos, donde se produce un aumento de trastornos, entre ellos la depresión, un empeoramiento del propio deterioro, un decrecimiento de la autoestima, del contacto social, de la propia actividad, problemas de adaptación al nuevo entorno, así como una mayor probabilidad de fallecer o de tener problemas de salud. Incluso se habla de un síndrome particular derivado de la institucionalización, que se caracteriza por la apatía, la indiferencia, la sumisión, la no expresión de sentimientos, la disminución de la capacidad cognitiva y de la autonomía (Leturia, 1998).

También puede darse otras situaciones negativas como las que relata el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2006) de pérdida de contacto con la realidad, conciencia de enfermo, elevado egocentrismo, persona como objeto de pautas, realidad grupal y no individual, división en clases sociales según el nivel de autonomía o descargas de emociones sobre otros residentes o los profesionales.

No obstante, en ocasiones los efectos también pueden ser positivos, donde se produzca una mejora del estado de salud, se aumenten o recuperen las relaciones familiares o la persona sienta alivio por su nueva vida en la institución dado que esta en el exterior estuviera marcada por la pobreza, el aislamiento, un déficit en el autocuidado o en los casos de parejas mayores donde uno solía ser el cuidador del otro (Leturia, 1998).

También pueden darse otras situaciones positivas como las que relata el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2006) tales como eficacia en la respuesta ante las ABVD y ante las necesidades médicas y rehabilitadoras de forma individualizada, un entorno adaptado, tratamiento psicológico y estimulación cognitiva, sustitución familiar en los casos donde la familia no puede desarrollar de forma adecuada la atención a la persona mayor, así como el desarrollo de talleres ocupacionales que son un tratamiento rehabilitador donde la persona desarrolla la satisfacción y la creatividad al ser un entorno libre de protocolos donde esta es dueña de sus propias decisiones.

Por último, y como se ha enumerado anteriormente, las relaciones que se producen en la institución merecen un desarrollo mayor, debido a que la relación con el entorno, en este caso el centro residencial, puede influir de forma positiva o negativa sobre el bienestar de las personas (Bazo, 1991).

En relación con las relaciones entre residentes, la investigación de Bazo (1991) muestra que una tercera parte de los encuestados mantiene relaciones de confianza con alguien del centro para expresar sus vivencias, pero las dos terceras partes restantes, manifiestan una incomunicación, aislamiento, de empatía, mutuo desconocimiento y desinterés, así como falta de interlocutores adecuados.

Este rechazo con los demás, aún es mayor entre aquellas personas más sanas en comparación con aquellos que sufren un mayor deterioro, llegando incluso a no soportar convivir con ellas porque les deprime, esto se produce por el temor a verse como ellas,

situación que perturba su estabilidad emocional de una forma mayor incluso que imaginar su muerte. Desde la institución se fomenta la separación, al no realizar actividades de solidaridad o participación activa que podría llegar a ser para esas personas más sanas una satisfacción vital, por el contrario, desde los centros se les mantiene separados en plantas según sus características (Bazo, 1991).

Respecto a la relación entre residentes y personal, habiendo mejor o peor relación entre ellos/as, lo que se muestra es que hay mayor intercambio de impresiones y comunicación entre ambos que, entre los residentes, no obstante, y en relación con la dirección, muchos de los residentes dicen no conocer a la persona que ocupa el puesto o en otras que la ven en contadas ocasiones (Bazo, 1991).

En definitiva, la institucionalización de la persona mayor genera una disminución en el bienestar de la persona y en su calidad de vida, particularmente afecta al crecimiento personal, debido al escaso o nulo control sobre las situaciones que se dan en su vida, por tanto al compararse con personas mayores no institucionalizadas, las repercusiones de los centros residenciales son negativas, lo que hace surgir la necesidad de que se replantee cómo es la atención que se da en las mismas (Meléndez, Navarro-Pardo, Sales y Mayordomo, 2012).

## **8.2. El papel del trabajador social dentro de los centros residenciales.**

El/la trabajador/a social debe humanizar y personalizar su intervención en los centros residenciales y no realizar la misma únicamente atendiendo a la teoría y a la burocracia, esto es esencial debido al perfil de la persona con la que desempeña su labor, dado que esta presenta problemas psicofísicos, afectivos y de cercanía a la muerte (Marcos, 2011).

En muchas ocasiones se cae en el error de que la función de cuidar en los centros residenciales se refiere solamente a llevar a cabo las ABVD que la persona mayor ya no puede realizar por sí misma, pero como trabajadores sociales, se debe saber que cuidar desde esta profesión, es en realidad adquirir el compromiso de ejercer una actuación profesional en beneficio de el/la residente, esto podría llamarse también: cuidar emocionalmente (Marcos, 2011).

El trabajo social tiene este papel tan relevante, porque el profesional debería tener adquirida la capacidad de escucha, que en este ámbito es fundamental para generar

relaciones interpersonales con los/ las mayores y no caer así en el error de la mera cumplimentación, llevando a la máxima expresión a su vez la capacidad de empatía y de todas aquellas técnicas de comunicación aprendidas porque esta forma de atención es la que verdaderamente favorecerá a las personas mayores (Marcos, 2011).

Esta forma de intervención tiene su base en las necesidades que presentan los/las mayores y sus familiares y en la forma en la que las manifiestan, estas son según Porcel (2001):

- “Mayor expresión social y conocimiento de los derechos y de las necesidades de los mayores, tanto económicas como sociales, sanitarias y de relación” (p.281).

- “Necesidades de ayuda personal y para la relación con el entorno” (p.281).

- “Los mayores y sus familias viven y reivindican poder ser más autónomos, con más poder de decisión sobre su forma de vivir, sea cual sea su grado de dependencia” (p.281).

- “Las personas mayores quieren continuar relacionándose con el entorno y con otras personas, incluso de diferentes edades” (p.282).

- “En muchas ocasiones, la situación que se deriva de la edad da paso a nuevas formas de vida” (p.282).

El objetivo general de un trabajador social en un centro residencial será “promover la integración social y personal del residente en el entorno de convivencia de la residencia y conseguir el mantenimiento y reforzamiento de los lazos existentes con su familia y comunidad” (Martín, 2003, p.279).

Como objetivos específicos derivados del anterior se encuentran según Martín (2003) los siguientes:

- “Lograr la integración y normalización de los residentes en la vida y las actividades de la residencia, prestándoles todo el apoyo social que requieran” (p.279).

- “Conseguir una adaptación mutua óptima entre centro y usuario” (p.279).

-“Lograr que los residentes estén informados y orientados sobre sus derechos y los recursos sociales existentes, y promover el disfrute y utilización de los mismos”(p.280).

-“Lograr un sistema real de coordinación con el equipo, para tratar los problemas desde las distintas perspectivas profesionales, y conseguir una intervención global en la atención a las necesidades del residente”(p.280).

-“Mantener y promover la relación del residente con su entorno familiar, grupal y comunitario”(p.280).

-“Prevenir e intervenir en la aparición de conflictos convivenciales en la residencia”(p.280).

Beaver y Miller (1998) consideran a groso modo que las funciones y papeles que un/a trabajador/a social debe llevar a cabo son las siguientes:

Planificación y preparación previa al ingreso con el solicitante y su familia; procedimientos de ingreso; presentación del paciente; evaluación del paciente; desarrollo de un plan de tratamiento individualizado; asesoramiento individual; trabajo en grupo; intervención familiar y comunitaria; desarrollo del programa psicosocial; y enlace del paciente con recursos y SS.SS. concretos. (p.261)

Será fundamental que al ingreso el/la trabajador/a social realice una evaluación de las necesidades de la persona mayor atendiendo a su globalidad personal, tras la misma elaborará un plan de tratamiento psicosocial individualizado donde se plasmarán el conjunto de objetivos factibles que tienen que ver con los problemas físicos y de funcionamiento cognitivo, así como a las necesidades emocionales y sociales de el/la residente (Beaver y Miller, 1998).

La intervención de los/las trabajadores/as sociales con personas mayores en los centros residenciales, debe a su vez basarse en la reivindicación de la dignidad plena de la persona mayor y hacerlo con calidad y calidez (Marcos, 2011). Esto queda recogido a su vez en el Código Deontológico del Trabajo Social (2012), especialmente en sus artículos 8 y 9, donde el/la trabajador/a social deberá respetar y promover los principios recogidos en el mismo como son la dignidad, libertad e igualdad, así como respetar los derechos humanos fundamentales.

### **8.3. El modelo de Atención Centrada en la Persona.**

La Atención Centrada en la Persona (ACP) deriva de la traducción del término Person-Centered Care (PCC), este último surge hace décadas y ha sido utilizado en el campo sanitario, la discapacidad y las personas mayores. Es un enfoque considerado como elemento primordial para lograr una mejora en la calidad asistencial de las personas mayores, esto es respaldado por países como Canadá, Francia, Reino Unido, Australia o los Países Nórdicos, que son aquellos con políticas sociosanitarias avanzadas (Martínez, 2013a).

Su origen se encuentra en Carl Rogers y por tanto en la psicología humanista, en concreto: la terapia centrada en el cliente, esta parte de la hipótesis de que la persona tiene adquiridos los medios para la autocomprensión y el cambio. El terapeuta por su parte no debía ser directivo y además debía tener la cualidad de empatizar, de aceptar al otro y de la autenticidad (Martínez, 2013a). La psicología humanista adquiere por tanto gran importancia para este modelo porque es “fundamental a la hora de entender la ACP, ya que pretende alejarse de la idea de que el ser humano es la suma de sus partes para dar lugar a una definición de las personas como seres con experiencia, dignidad o interdependencia” (Yusta, 2018, p.47).

Para el grupo que nos ocupa, es decir, la tercera edad, la ACP se ve favorecida por la ética, el campo científico y las declaraciones internacionales por un envejecimiento positivo (Martínez, 2013a).

Antes de explicar concretamente qué es la ACP, es importante conocer cómo ha sido hasta el momento el modelo de atención residencial tradicional, este se ha centrado y centra, en algunos centros, en la enfermedad y el déficit de la persona, la atención se lleva a cabo a través de tareas protocolizadas donde el criterio clínico rige sobre los demás lo que limita y reduce la libertad de los/las usuarios/as (Díaz, et al., 2016).

En otras palabras, el modelo de atención tradicional es un modelo biomédico, donde la persona solo será un sujeto pasivo y por tanto receptor de atención, esto no lograba ni logra que la persona obtenga de la atención, bienestar ni satisfacción, porque es una atención que no ve a cada persona como única, no parte de la persona ni atiende sus necesidades (Vila-Miravent, Villar, Celdrán y Fernández, 2012).



Una vez expuesto esto, ya se puede entrar a desarrollar qué es la ACP, este modelo de atención “sitúa a la persona mayor como agente activo, ofreciendo unos cuidados que reconocen a cada persona, con independencia de su estado, como ser singular y con derecho a decidir sobre sus cuidados y vida cotidiana” (Díaz, et al., 2016, p.54).

Fue Tom Kitwood el pionero en desarrollar este tipo de atención en personas con demencias en centros residenciales, señalando que no solo habría que conocer el daño neurológico, la salud y el estado físico general de la persona para entender sus comportamientos, sino que sería necesario saber su historia de vida y biografía, el entorno donde vivía y los rasgos de su personalidad (Vila-Miravent, Villar, Celdrán y Fernández, 2012).

Kitwood señaló que las personas tenían una serie de necesidades que irían más allá de las necesidades neurobiológicas, él las denominó psicológicas y las entendía como básicas por lo que debían ser atendidas, pese a que él se movía en el entorno de la demencia, apuntó que estas necesidades estarían presentes en todo ser humano y serían las siguientes: necesidad de confort, de identidad, de apego, de ocupación y de inclusión (Vila-Miravent, Villar, Celdrán y Fernández, 2012).

La ACP en el entorno geriátrico-residencial pretende que la intervención sea abordada desde la autonomía personal, la dignidad en el trato y el respeto al usuario como persona, en otras palabras, hacer que el/la mayor sea el centro y entorno a la persona y sus características únicas y personales, y que se realice la intervención adaptando los servicios, los profesionales, las instalaciones y las técnicas terapéuticas (Yusta, 2017).

En otras palabras y según Yusta (2017) es aquella “estrategia social en la que el mayor es capaz de decidir por sí mismo y en el que son tenidos en cuenta aspectos tan importantes como sus preferencias personales, su historia de vida y su entorno familiar o social” (p.21).

A la hora de intervenir, será el/la residente el/la que junto con el equipo técnico y profesional de referencia realicen el plan de apoyos basados en dos objetivos que son, lograr la máxima independencia funcional para favorecer el desarrollo de las ABVD y empoderar y favorecer la autonomía moral para que la persona tome sus propias

decisiones y así se logre el mayor grado de bienestar y de calidad de vida (Rodríguez, 2014).

Una consecuencia inmediata de este modelo y de lo que se hablará específicamente a continuación es la retirada de las sujeciones y restricciones que limitan el movimiento o la voluntad de el/la mayor, lo que se pretende por tanto es reducir o eliminar la utilización de las sujeciones, pero este modelo no solo se centra en esto, también asume una serie de principios y consideraciones (Yusta, 2017).

Estos principios y consideraciones fueron elaborados por Martínez (2013b) a los que tituló: Decálogo de la Atención Centrada en la Persona y son los siguientes:

Todas las personas tienen dignidad; cada persona es única; la biografía es la razón esencial de la singularidad; las personas tienen derecho a controlar su propia vida; las personas con grave afectación cognitiva también tienen derecho a ejercer su autonomía; todas las personas tienen fortalezas y capacidades; el ambiente físico influye en el comportamiento y en el bienestar subjetivo de las personas; la actividad cotidiana tiene una gran importancia en el bienestar de las personas; las personas son interdependientes; y las personas son multidimensionales y están sujetas a cambios. (p.28)

Los trabajadores/as sociales deberán centrarse en este decálogo y llevar a cabo una serie de prácticas que no solo son necesarias, también son determinantes para la implantación del modelo: priorizar la dignidad de la persona siguiendo el art.5 del Código Deontológico de la profesión; otorgar importancia a la biografía de la persona mediante la elaboración de la Historia de Vida; analizar las fortalezas y capacidades, la individualización, la autonomía y el reconocimiento de la interdependencia con el entorno familiar y social (Yusta, 2017).

Por último, saber que la implantación y consolidación de prácticas profesionales siguiendo este modelo adquiere un interés cada vez mayor, aunque con diferentes niveles de intensidad y amplitud existen numerosas iniciativas donde se están modificando los espacios físicos y organizativos en los centros gerontológicos, así como las actuaciones profesionales (Díaz, et al., 2016).

#### **8.4. Las sujeciones.**

El uso de sujeciones supone en la actualidad uno de los temas de mayor controversia en el mundo de la geriatría por las repercusiones que conlleva, las cuales pueden ser morales, éticas, sociales y jurídicas (Ramos, López, Maíllo y Paz, 2015).

Para comenzar, se hace necesario exponer qué tipos de sujeciones existen en la actualidad, en este sentido la SEGG (2014b) determina que hay principalmente dos grupos: las sujeciones físicas o mecánicas y las químicas o farmacológicas.

Respecto al primer grupo, algunos ejemplos son las muñequeras, tobilleras, cinturón abdominal o pelviano, peto torácico, cinturón de cama, sábanas, así como las barandillas de cama y mobiliario adaptado como mesas, sillas o sillones geriátricos, estos dos últimos en ocasiones no se consideran sujeciones, pero hay que saber que si no son fácilmente manipulables para que la persona mayor pueda proceder a su retirada o salir, si son sujeciones.

En relación con el segundo grupo, algunos ejemplos son los benzodiazepinas, neurolépticos, hipnóticos/sedantes, antidepresivos y antiepilépticos con efectos sedantes, en definitiva, es aquel grupo farmacológico que afecta al sistema nervioso central.

Todas se consideran sujeciones porque limitan o restringen el movimiento, la actividad física y la posibilidad de realizar las ABVD; en los casos de las sujeciones químicas, se altera el funcionamiento mental de la persona además de que pese a poder llevar a cabo un tratamiento alternativo y no existir base médica o problema psiquiátrico de base, se utilizan con el fin anterior (SEGG, 2014b).

Samper, Allona, Cisneros, Navas y Marín (2016) (como se citó en OMS, 2012) definen las caídas como “una serie de acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga” (p.3).

Las caídas como factor de fragilidad de la persona mayor se consideran en la práctica profesional un reto, hasta la actualidad ha imperado y continúa imperando en la mayoría de las ocasiones el uso de sujeciones para evitarlas, debido a que las mismas suponen un síndrome geriátrico de gran relevancia debido a su alta frecuencia y a lo que puede

derivar, como la mortalidad, el deterioro funcional y la morbilidad (Samper, Allona, Cisneros, Navas y Marín, 2016).

Las caídas que suceden en centros residenciales son tres veces mayores si se compara con las caídas que tienen lugar en el entorno habitual de la persona de 65 años, la mitad de los/las mayores institucionalizados se caen a lo largo del año, y de este porcentaje también la mitad se caerá de forma repetida; en otras ocasiones el/la mayor no se acuerda o no se comunica por considerarse algo habitual en una persona mayor (Samper, Allona, Cisneros, Navas y Marín, 2016).

Pese a que con el uso de sujeciones se pretenda desde la práctica profesional evitar caídas, lesiones e incluso la integridad de la persona y del entorno para aquellos que sufren problemas conductuales, lo cierto es que el número de caídas, sus consecuencias y gravedad no disminuye, además de que pueden aumentarlas, y ocasionar en la persona lesiones, desgarros, infecciones, úlceras, erosiones, laceraciones e incluso la muerte mediante la asfixia o el estrangulamiento (Ramos, López, Maíllo y Paz, 2015).

Las sujeciones suponen un riesgo para el respeto al derecho constitucional de libertad, así como para los valores y principios de dignidad y de autoestima personal, aún con esto hay centros donde el 50% de sus residentes usan sujeciones, de los cuales en algunos casos no se cuenta con el consentimiento de los representantes por tratarse de personas sin capacidad decisoria ni de autogobierno (Ramos, López, Maíllo y Paz, 2015).

Nuestro país, ocupa el primer puesto en la prevalencia de uso de sujeciones, de entre todos los países que publican datos al respecto (Burgueño, 2013). A continuación, se mostrarán datos sobre su uso y qué tipo de sujeciones mecánicas son las más utilizadas, según Galán et al (2008), la barandilla es de las utilizada con un 63,4% de prevalencia, le sigue la restricción de tronco con un 17,7% de prevalencia, las sillas con sujeción representando el 15,9% y por último la sujeción de miembros con un 3%.

Hay un 71,4% de residentes que tienen sujeciones mecánicas de forma permanente lo que significa que no se hacen reevaluaciones periódicas, a su vez es importante saber que hay 3,9% de población residente que, pese a no sufrir deterioro cognitivo ni dependencia para la realización de las ABVD tienen sujeciones, dentro de este porcentaje hay un 22,4% a los que les ponen barandillas (Galán et al, 2008). Respecto a las sujeciones

farmacológicas según Ramos, López, Maíllo y Paz, (2015) el 60% de los residentes consumen psicofármacos.

## **9. Experiencias libres de sujeciones.**

A continuación, se desarrollará un conjunto de prácticas profesionales y experiencias libres de sujeciones desarrolladas en los últimos años en nuestro país.

Se comenzará desarrollando la experiencia pionera, patrocinada por la Confederación Española de Organizaciones de Mayores, en adelante CEOMA en el año 2003 cuyo nombre del programa es “Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer”, galardonado en 2010 con el Premio Internacional “Príncipe de Viana de Atención a la Dependencia”, se ha podido acceder al último resumen ejecutivo del programa elaborado en 2013 (véase anexo 15) donde se explica en qué consiste el programa, el cual surge como una iniciativa pionera en España por las implicaciones éticas, legales y de mejora de la calidad.

Tras explicar qué son las sujeciones, los efectos negativos de su uso y los antecedentes de la situación, donde España ocupaba el primer puesto en la prevalencia de uso de sujeciones en las personas mayores que requieren cuidados de larga duración y están institucionalizados, el programa surge como herramienta de cambio.

La clave del programa es la formación y el asesoramiento a los centros, para lograr una reducción de uso de sujeciones en la atención de las personas mayores, 10 años después de su creación exponen que se ha conseguido de forma significativa. El método es la intervención integral, donde el grupo de expertos definirán el problema y lo investigarán; formarán a los profesionales del centro; y darán soporte técnico y asesoramiento a las organizaciones.

Para estos pilares fundamentales se desarrollarán actividades en cada área, por ejemplo para la investigación científica se llevan a cabo análisis de la percepción social y profesional, de prevalencia de uso, de la opinión de los responsables de los centros, y del efecto de la intervención integral y del grupo de referencia institucional; para la formación se llevan a cabo cursos, seminarios y jornadas; la intervención integral como único método eficaz desde la intervención, formación, propuesta de alternativas y evaluación periódica; y la divulgación mediante guías como la elaborada para familiares denominada “Folleto informativo para familiares sobre sujeciones físicas” (véase anexo

16) donde se explican qué son las sujeciones, las evidencias sobre las mismas, los mitos y las realidades, los objetivos y las obligaciones de los centros que adquieren el compromiso libre de sujeciones, cómo pueden colaborar los/las residentes y los datos sobre las caídas. O la “Guía para personas mayores y familiares sobre el uso de sujeciones físicas y químicas con personas mayores y enfermos de Alzheimer” (véase anexo 17), donde se explica el programa de forma accesible y entendible para toda la población implicada.

El objetivo general del programa es “lograr el uso racional de sujeciones en centros de cuidados prolongados en España, acorde al uso que se hace en países de nuestro entorno” (p.8). A partir de este, se desprenden 4 objetivos específicos orientados al cambio y mejora de los profesionales, familiares y de los procesos asistenciales de los centros.

La población destinataria, aunque se intuye, es aquella persona mayor dependiente en centro residencial que reciba cuidados prolongados, y dignos de que se les preste especial atención, son aquellos que sufren un deterioro cognitivo/demencia dado que constituyen casi la mitad de las personas mayores institucionalizadas.

El programa tiene aportaciones científicas como el benchmarking anónimo periódico para la mejora continua; éticas y legales, en el momento en que se constituye y en la actualidad no hay ninguna Ley específica, excepto 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 (véase anexo 18), por lo que su grupo de expertos en derecho remite a la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, que es puramente médica; en el ámbito de la formación de profesionales; en el ámbito de la divulgación; y en las intervenciones integrales, hasta 2013 realizaron 76 intervenciones y se acreditaron a 29 residencias como “centros libres de sujeciones”.

Ya que se ha mencionado anteriormente, y fue el segundo gran paso dado tras la creación del programa de 2003, se hace necesario mencionar qué recoge 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, este Decreto supone un avance, aunque no pretenda erradicar el uso de sujeciones, su objeto es “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” (p.4).

Es un progreso que una Comunidad Autónoma decida velar porque la persona mayor institucionalizada tenga garantizados sus principios y derechos en el uso de sujeciones, aunque quizás lo ideal sería la lucha por la desaparición, el que vele por la persona mayor ya es un gran paso, además la persona mayor tendrá el derecho a rechazar el uso de estas.

El procedimiento para llevar a cabo el uso de sujeciones será: la prescripción por facultativo, el consentimiento informado, la constancia en el Plan de Atención Individualizada y en casos específicos incluso la comunicación al Ministerio Fiscal.

Se contemplan situaciones donde como urgencia se podrán usar sujeciones sin prescripción facultativa, solo con carácter excepcional, para sujeciones físicas, con constancia documental en el Plan de Atención Individualizado, con supervisión facultativa, con control y en caso de continuidad se necesitará el consentimiento informado y la comunicación al Ministerio Fiscal.

Se deberán mantener las garantías con la persona, y el adecuado uso de las sujeciones físicas, los fármacos psicotrópicos y las barandillas de cama.

Por último, la administración deberá controlar el uso en los centros residenciales mediante inspecciones.

También durante el año 2011, un centro residencial de titularidad privada denominado “Los Llanos Vital. Red de Soporte Asistencial” comenzó a trabajar para eliminar las sujeciones en su centro, fue de la mano de la Fundación Cuidados Dignos cuando se les acreditó como “Centro Libre de Sujeciones” adaptándose a la Norma Libera-Ger, ahora denomina Libera-Care, no se ha podido acceder a cómo se trabaja desde esta Fundación en la eliminación de sujeciones.

Tras un encuentro con Núria Girbau Buixó, coordinadora de fisioterapia, se pudo acceder a dos documentos (véase anexos 19 y 20), donde dejan reflejado como continúan apostando por esta filosofía, no obstante, ya no se rigen por esta Norma, y me comunica

que aún así tienen perfectamente involucrado y normalizado en su forma de trabajo la no sujeción.

Para no usar medidas de contención han analizado los factores que pueden influir a que una persona sufra caídas, por lo tanto, la no sujeción sigue teniendo un componente médico. Los factores pueden ser intrínsecos a la persona como las patologías, la medicación, los trastornos de equilibrio o afecciones musculoesqueléticas, las alteraciones sensoriales, especialmente visuales o el deterioro cognitivo. Por el otro lado, hay factores extrínsecos como son el mobiliario, la iluminación y la adecuación del entorno.

Hay medidas preventivas en el funcionamiento y distribución de tareas, mediante la supervisión continua en la cafetería y unidad y en las habitaciones para aquellas personas que no están en estas salas, así como rondas por la noche para todos los/las residentes con extras en aquellos/as de mayor riesgo; en los traslados se realiza o acompañamiento o supervisión; y cambios o modificaciones en los horarios en aquellos residentes que lo necesitan.

También utilizan una serie de recursos que facilitan las tareas como son las camas hidráulicas, los colchones o colchonetas en el lateral de las camas, tapiz, sensores de luz y medias barandillas.

Destaca la existencia del Comité de Prevención de Caídas, que se reúnen el último miércoles del mes para analizar qué personas tienen más riesgo a caerse y detallar las medidas preventivas necesarias, después se redacta el acta (véase anexo 20), y el documento donde quedan añadidas las medidas preventivas de cada residente después se informa a servicios generales.

A modo de conclusión, desde esta institución creen que las caídas disminuyen por los cambios en el estado basal de los residentes, el nivel de concienciación del equipo humano, el nivel y número de recursos que facilitan la labor, el nivel de recursos humanos, las visitas de los familiares y el verano por el mayor número de horas de luz.

Por último, se hablará de la Fundación María Wolff (véase anexo 21), cuya filosofía surge de la presión social para eliminar o reducir las sujeciones y de la evidencia de que la sujeción no reduce el número de caídas.



Es destacable la importancia que cobra la organización para el desarrollo de habilidades para que así se pueda ofrecer un cuidado con calidad y que se fundamenta en el modelo de ACP, que hasta el momento ninguna de las experiencias anteriores muestra.

Para poderlo llevar a cabo se forma al personal sobre el Alzheimer y otras demencias para que comprenda y actúe de forma eficaz; pretende prevenir, resolver o mitigar aquellos problemas afectivos y conductuales que surgen de la enfermedad o del hecho de vivir en el centro residencial; y acompañará a la persona durante el proceso de desatar y ofrecerá seguridad mediante técnicas de prevención de caídas.

Es importante el respeto que otorgan a la libertad de movimiento dejando atrás sujeciones físicas, los psicofármacos y las sujeciones encubiertas que pueden ser verbales o los encajonamientos entre mesas y paredes.

La fundación ayuda a otros centros y es el que más experiencia tiene en este campo, para poder implantar el “Modelo asistencial libre de sujeciones” parten de que cada centro es único, la implantación deberá ser modular y adaptada a la capacidad de transformación del centro, además desatar por desatar es peligroso si no lleva aparejado otras medidas de seguridad.

Será el equipo multidisciplinar el que asista al centro, mediante la respuesta a las consultas y dificultades de aquellos casos difíciles ya sean de tipos neurológico, geriátrico, familiar o legal entre otros.

Cuando un centro considere que ya tiene implantado la no sujeción podrá solicitar la acreditación de la Confederación Española de Asociaciones de Familiares de Personas con Alzheimer y otras demencias (CEAFA). No obstante, llama la atención el valor añadido que otorgan al reconocimiento social y al prestigio en el sector, lo que puede dejar en un plano secundario el beneficio para los residentes, el cual debería ser el valor imperante.

## **10. Conclusiones.**

Gracias a la emergencia en el siglo XX de la gerontología y geriatría como disciplinas científicas, se puede contextualizar en nuestros días a las personas mayores. El envejecimiento es un proceso vital desde el nacimiento, la vejez sería la última etapa del ciclo vital, que se divide a su vez en 4 etapas que abarcan desde los 65 años hasta sobrepasados los 90.

Esta etapa, ha tenido consideraciones negativas influidas por estereotipos que han considerado a la persona mayor como incapaz, enferma, lenta, depresiva, triste o molesta lo que ha afectado paralelamente al rol social de el/la anciano/a y ha favorecido a su aislamiento social.

Pero desde el enfoque de este trabajo se ha preferido mostrar la vejez como un proceso valioso donde pese a existir un deterioro, la persona mayor sigue contribuyendo de forma positiva a la comunidad, de ahí la importancia de envejecer activamente, donde se pueda optimizar las oportunidades de salud, de seguridad y de participación en el ámbito social, cultural, económico o espiritual durante el proceso de envejecer para mantener y mejorar la calidad de vida hasta el fallecimiento, tanto para aquellas personas que mantienen su salud como para aquellas con limitaciones.

Las personas mayores, como se ha adelantado, sufren deterioros propios de la etapa vital que atraviesan, que aunque no deba ser la principal óptica de la vejez no se puede olvidar porque forma parte de sus características físicas y psicológicas, como una disminución de la eficacia intelectual, de la capacidad de adaptación o funcional, de las funciones sensoriales, de aislamiento, o de aumento de mortalidad, así como la fragilidad que disminuye la fuerza y resistencia, incrementa la vulnerabilidad frente a agentes estresores que predispone a problemas de salud, lo que aumenta las probabilidades de ser dependiente.

Dado que la esperanza de vida se ha incrementado y el número de nacimientos para un adecuado reemplazo poblacional descendido, durante el año 2018 las personas mayores de 65 años superaban a los/las menores de 5 años. En España, la población mayor representa a un grupo con gran peso demográfico, es decir, es una población envejecida, siendo las mujeres las que viven más años respecto a los varones. Durante el año 2019,

la población mayor de 65 años ocupa el 54,09% de la población, mientras que la tasa de fallecimientos continúa reduciéndose. Actualmente la edad media de esperanza de vida se sitúa en los 83 años.

Esta situación ha derivado a que desde los organismos públicos se muestre la necesidad de proteger a este grupo que además en muchas ocasiones se convierten en personas dependientes, alrededor del 74% de las personas dependientes son personas mayores, este es uno de los puntos que ha derivado a que se cubra y se atienda de forma adecuada a este grupo de personas desde las instituciones.

Otro punto es la Resolución 46/91, de 16 de diciembre de 1991 por la que las Naciones Unidas define los principios de las personas mayores, como son la independencia, la participación, el cuidado, la autorrealización y la dignidad. El último punto, es el mandato constitucional, especialmente el art. 9.2, que aboga por la libertad y la igualdad real y efectiva para todas las personas, incluyendo a aquellas con dificultades para la plenitud y participación en todos los ámbitos de la vida.

Todo esto ha derivado años después a la aprobación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, que reconoce una serie de principios y derechos como son la universalidad, la atención integral e integrada, la personalización, la calidad, la participación o el ejercicio de los derechos fundamentales y libertades, lo que deriva a que cuando una persona no pueda permanecer en su hogar tenga el derecho a acceder a un centro residencial.

La familia sigue siendo la principal fuente de apoyo informal para los/las mayores, cuyo perfil es el de una mujer, hija o esposa de entre 45-54 años que cuida a su mayor durante unas 4 horas diarias. No obstante, dependiendo del tipo de deterioro o de los cambios en la estructura familiar, se ha derivado a que el sistema de protección supla la atención y cuidado. El perfil de el/la residente, es el de una mujer de más de 80 años, que padece diversas tipologías y precisa de medicación crónica, que además presenta dependencia para la realización de la mayor parte de las ABVD.

Un centro residencial, es donde se vive de forma permanente o temporal y donde conviven personas con diversos niveles de dependencia y donde se presta una atención

integral con el objetivo de mantener o mejorar la autonomía personal, atender las necesidades básicas de salud y facilitar la integración y participación social en el medio. Los centros se pueden dividir según padezca la persona dependencia o discapacidad, y puede a su vez ser de titularidad o financiación pública o privada.

El ingreso en una institución es vivido con dificultad, por las percepciones de la persona y el aislamiento respecto a la familia y el entorno. Pese a que para algunas personas es vivido de forma positiva, por la mejora de salud o porque la vida de fuera estuviera marcada por la pobreza, el déficit de autocuidado o el aislamiento, en la mayoría de los casos es vivido de forma negativa derivando en depresión, aislamiento social, problemas de adaptación o disminución de la actividad.

El/la trabajador/a social dentro de esta institución tiene un papel fundamental que debería desarrollar de forma correcta debido a su importancia a la hora de humanizar y personalizar la atención y no caer en el error de creer que la atención solo es la atención a las ABVD y no el cuidado emocional, cuya atención prima y emerge en este perfil profesional.

Su papel engloba a el/la residente y su familia aportando información sobre sus derechos y necesidades, mantener y mejorar las relaciones sociales y familiares, aportar ayuda personal, otorgar el poder de decisión, una mayor autonomía, etc., por lo que deberá promover una adecuada integración en el centro y el mantenimiento de los lazos de la persona con el exterior.

La tendencia imperante en nuestro país, ha sido y es el modelo biomédico, centrado en la enfermedad y el déficit, la atención protocolizada, la no individualización, el escaso número de personal y de recursos materiales y la visión de la persona como mero receptor. Como alternativa surge hace décadas el modelo de ACP, concepto derivado de Carl Rogers y de la psicología humanista, este modelo centra a la persona y la convierte en agente activo, con el derecho a la personalización y decidir sobre sus cuidados, es decir, la intervención en el centro será abordada desde la dignidad en el trato y el respeto a la persona adaptando los servicios, los profesionales, las instalaciones y las terapias terapéuticas.

Sería el/la residente el que junto al equipo técnico realice su plan de apoyo teniendo como objetivos: la independencia funcional para el desarrollo de las ABVD y empoderar la autonomía moral para que la persona decida y logre su mayor grado de bienestar y calidad de vida, de esto deriva el Decálogo de la ACP. Con este modelo se puede observar como las funciones de el/la trabajador/a social en un centro residencial son equivalentes a lo que este modelo exige para todos los profesionales.

Una consecuencia directa de este modelo es la retirada de las sujeciones que limitan el movimiento y la libertad de la persona mayor. Las sujeciones pueden ser físicas/mecánicas, como muñequeras, tobilleras, peto torácico, cinturón abdominal o de cama, sábanas o barandillas; y químicas/farmacológicas, como los hipnóticos/sedantes, antidepresivo o antiepiléptico con efecto sedante o benzodiazepinas. Todas ellas se consideran sujeciones porque limitan o restringen el movimiento, la actividad física, la capacidad de realizar las ABVD o el funcionamiento mental cuando no se sufre una enfermedad mental.

Muchos profesionales y centros han practicado y practican la sujeción con el fin de prevenir y evitar caídas, consideradas un síndrome geriátrico y un factor de fragilidad, definidas como una situación involuntaria donde se pierde el equilibrio y se da con el cuerpo en una superficie que lo detiene. Las caídas en los centros residenciales son tres veces mayores que en una persona de la misma edad en su entorno habitual. Además, la mitad de la población residencial se cae en los centros y de este porcentaje, la mitad se cae en repetidas ocasiones.

Pero se debe saber, que la sujeción no reduce la caída, al revés, la aumenta y tiene unos efectos sobre la persona de especial gravedad como infecciones, lesiones, úlceras, laceraciones, erosiones, incluso en casos produce la muerte. En algunas instituciones, la mitad de sus residentes tienen que utilizar sujeciones, el 71% de los residentes en algunos casos las tienen de forma permanente pese a la vulneración continua del derecho constitucional de libertad y de los principios de dignidad y autonomía personal. Las barandillas son la sujeción más empleada, un 63,4%; seguida de la restricción de tronco, un 17,7%; seguida de sillas con sujeción, un 15,9%; y de la sujeción de miembros, un 3%.

Se quiere exponer en este trabajo las principales experiencias libres de sujeciones a nivel nacional. En primer lugar, el programa “Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer” patrocinado por CEOMA en el 2003 y galardonado en 2010 con el Premio Internacional “Príncipe de Viana de Atención a la Dependencia”. La clave del programa es la formación y asesoramiento en centros para la reducción del uso de sujeciones como objetivo general, a través del método de intervención integral, donde un grupo de expertos definirá el problema y lo investigará; formará a los profesionales; dará soporte técnico y asesoramiento a la organización, cambiando y mejorando a los profesionales, las familias y los procesos asistenciales. En 2013 llevaron a cabo 79 intervenciones y acreditaron 29 centros libres de sujeciones.

En el ámbito legal, surge 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, donde, aunque no se pretenda erradicar el uso, si pretende regularizarlo donde la persona podrá rechazar el uso de sujeciones y donde en los casos donde se usen se garanticen los derechos y principios de la persona.

Desde la residencia “Los Llanos Vital” donde no se ajustan actualmente a ninguna acreditación, si se tiene implantado este modelo de atención, para poder dejar atrás las sujeciones, tienen detectados los factores intrínsecos y extrínsecos que pueden suponer un riesgo de caídas. Respecto a los primeros pueden ser las patologías, el uso de medicamentos o las alteraciones sensoriales; respecto a los segundos pueden ser el mobiliario, la iluminación o la adecuación del entorno.

Una vez se han detectado estos factores, se ponen en marcha una serie de medidas preventivas como la supervisión y el acompañamiento, y recursos como el uso de tapiz, colchonetas, camas hidráulicas o medias barandillas. Una vez al mes se reúne el Comité de Prevención de Caídas para analizar a las personas con riesgo a caerse y detallar las medidas preventivas correspondientes.

Para finalizar, la Fundación María Wolff a través de su “Modelo asistencial libre de sujeciones”, basado en el modelo ACP y en el desarrollo de habilidades profesionales a través de la formación sobre el Alzheimer y otras demencias, para que se comprenda a la persona y se actúe de forma eficaz, además, no presta tanta atención en las caídas y si

más en los problemas efectivos y conductuales derivados de enfermedades o de la propia convivencia que pueda derivar al uso de sujeciones.

Muestra otra forma de sujeción, no mencionada hasta el momento como es la sujeción verbal o a través del mobiliario, y considera primordial acompañar en el proceso de desatar y ofrecer seguridad mediante técnicas de prevención de caídas.

Un equipo multidisciplinar asiste al centro otorgando respuesta a las consultas y dificultades de cada caso, la acreditación será a través de CEAFA, esta Fundación muestra que a través de la implantación de la no sujeción se tendrá prestigio en el sector y reconocimiento social.

### **11. Propuesta de mejora.**

Tras lo expuesto en este trabajo, creo que el camino que queda por recorrer en la lucha por la efectividad real de los derechos y principios de las personas mayores es largo.

En primer lugar, en los tiempos que vivimos llenos de reivindicaciones sociales, a su vez muy necesarias, de toda índole, no se puede permitir desde la sociedad, los profesionales y los poderes públicos, que el mayor número de centros residenciales españoles, se siga ajustando al modelo tradicional, donde no solo se usan sujeciones, sino que la persona en sí, queda relegada en un segundo plano y no adquiere la importancia que se merece, vulnerando día a día sus derechos en la institución que se convierte en su hogar y donde en muchas ocasiones, muchas más de los casos aislados que deberían darse, se producen malos tratos por estas prácticas.

Al estar ante un grupo de personas, donde como se ha mostrado ya, la mitad de ellas sufren un deterioro cognitivo y no pueden luchar por sí mismas por un trato digno, se favorecen de la situación buscando lo óptimo para la institución y no para la persona, y que pase eso desde hace años es un gravísimo error, por no humanizar a las personas y por favorecerse de la situación de vulnerabilidad.

Esto hace pensar, directamente en nuestra profesión, con el Código Deontológico en una mano, nuestras funciones en los centros residenciales por otra, y observando el panorama de los mismos, creo que el papel fundamental de apostar porque en todas estas instituciones se implante el modelo de ACP, recae directamente sobre todas nosotras y

todos nosotros, dado que si el resto de los organismos no les interesa verlo así, desde el trabajo social, con el compromiso adquirido con la persona usuaria deberá respetar los derechos fundamentales, los principios éticos, el desarrollo de las fortalezas y las capacidades de las personas, la atención sin discriminación, el respecto a los intereses de ellos a través de la colaboración y la no imposición, la igualdad de oportunidades, la responsabilidad, la información necesaria y el ejercicio profesional sin superioridad.

Por otro lado, el desarrollo escaso de la no sujeción en España, se lleva a cabo desde el puro modelo biomédico, pese a que sea una consecuencia directa del modelo ACP, donde el respeto a la libertad, la dignidad, la igualdad, la autonomía personal, la participación y la capacidad de decisión debiera ser lo normalizado y no lo que se intenta normalizar.

Es un peligro esta situación, porque no solo hace que su desarrollo deje en un segundo plano a el/la residente, sin contar con su voluntad para decidir qué es lo que cree mejor para su bienestar y calidad de vida. Sino que al centrarse en las caídas, el día en que se considere a través de estudios científicos que la no sujeción, no termina de generar una reducción muy significativa de las mismas, y que genera por lo tanto más problemas que beneficios, se corre el riesgo de que se vuelva a implantar el modelo tradicional en estos minoritarios casos, porque se considere que estas experiencias experimentales fallan, porque realmente se ve así, un experimento.

Por lo tanto, se quiere reflejar aquí dos cuestiones, en primer lugar, que realmente desde los centros residenciales no se llevan a cabo los derechos humanos y principios fundamentales de nuestros mayores, y no es un tema que preocupe realmente, por la vulnerabilidad del grupo social, el cuál en la mayoría de las ocasiones no puede reivindicarlo.

Y, en segundo lugar, nuestra profesión, en el desarrollo de esta en las instituciones residenciales, no está llevando a cabo la reivindicación, siendo conocedores de la situación, y contando con el respaldo constitucional, el propio de la profesión y del modelo ACP para llevarlo a cabo.



## 12. Bibliografía.

- Abizanda, P., López-Torrez, J., Romero, L., López, M., Sánchez, P.M., Atienzar, P., ...Oliver, J.L. (2011). Fragilidad y dependencia en Albacete (estudio FRADEA): razonamiento, diseño y metodología. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 46 (2), 81-88. doi: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2010.10.004>.
- Alvarado, A.M., y Salazar, A.M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25 (2), 57-62. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>.
- Ávila, F.M. (2010). Definición y objetivos de la geriatría. *El Residente*, 5 (2), 49-54. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2010/rr102b.pdf>.
- Bazo, M.T. (1991). Institucionalización de personas ancianas: un reto sociológico. *Reis: Revista española de investigaciones sociológicas*, (53), 149-163.
- Beaver, M.L. y Miller, D.A. (1998). *La práctica clínica del trabajo social con las personas mayores. Intervención primaria, secundaria y terciaria*. Barcelona, España: Paidós.
- Berthaux, P. y Aquino, J.P. (1981). *Cuadernos de la enfermera. Gerontología Geriatria*. Barcelona, España: Masson.
- Burgueño, A.A. (2013). Tolerancia cero a las sujeciones en ancianos. Difícil pero no imposible. *Informaciones Psiquiátricas*, 212 (2), 153-168. Recuperado de [http://www.informacionespsiquiatricas.com/anteriores/212\\_inf%20psiq.pdf](http://www.informacionespsiquiatricas.com/anteriores/212_inf%20psiq.pdf).
- Carbajo, M.C. (2009). Mitos y estereotipos sobre la vejez. Propuesta de una concepción realista y tolerante. *Ensayos: Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, (24), 87-96.
- Castell, M.V., Otero, A., Sánchez, M.T., Garrido, A., González, J.I., y Zunzunegui, M.V. (2010). Prevalencia de fragilidad en una población urbana de mayores de 65 años y su relación con comorbilidad y discapacidad. *Atención Primaria*, 42 (10), 520-527. doi: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2009.09.024>.

-Consejo General del Trabajo Social. (2012). Código Deontológico de Trabajo Social. Recuperado de [http://www.consejotrabajosocialcyl.org/codigo\\_deontologico\\_2012.pdf](http://www.consejotrabajosocialcyl.org/codigo_deontologico_2012.pdf).

-Constitución Española. (1978). Recuperado de <https://www.boe.es/legislacion/documentos/ConstitucionCASTELLANO.pdf>.

-Defensor del Pueblo. (2000). *La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos*. Recuperado de <https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2015/05/2000-01-La-atención-sociosanitaria-en-España-perspectiva-gerontológica-y-otros-aspectos-conexos.pdf>.

-Díaz, P., Uriarte, A., Yanguas, J., Cerdó i Pasqual, M.F., Sancho, M., y Orbegozo, A. (2016). ¿Estamos mejorando la atención? Efectos de intervenciones relativas al modelos de ACP en un grupo residencial. *Zerbitzuan: Revista de Servicios Sociales*, (61), 53-63. doi: <http://dx.doi.org/10.5569/1134-7147.61.04>.

-Dulac, M.C., y Aubertin-Leheudre, M. (2016). Ejercicio: una importante clave para prevenir la fragilidad física y psicológica. En Vellas, B. (Ed.), *Libro blanco de la fragilidad* (pp.216-222). Madrid, España: Sociedad Española de Medicina Geriátrica.

-Eurostat. (2018). *Key figures on Europe. Statistics illustrated. 2018 edition*. Recuperado de <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/9309359/KS-EI-18-001-EN-N.pdf/0b8d8b94-541d-4d0c-b6a4-31a1f9939a75>.

-Fernández-Ballesteros, R. (1991). *Mitos y realidades sobre la vejez y la salud*. Barcelona, España: SG Editores.

-Galán, C.M., Trinidad, D., Ramos, P., Gómez, J.P., Alastruey, G., Onrubia, A.,...Hernández, H. (2008). Uso de sujeciones físicas en una población anciana ingresada en residencias públicas. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 43 (4), 208-213. doi: [https://doi.org/10.1016/S0211-139X\(08\)71184-3](https://doi.org/10.1016/S0211-139X(08)71184-3).

-Goisser, S., Guyonnet, S. y Volkert, D. (2016). El papel de la nutrición en la prevención y tratamiento de la fragilidad. En Vellas, B. (Ed.), *Libro blanco de la fragilidad* (pp.223-232). Madrid, España: Sociedad Española de Medicina Geriátrica.

- Guevara-Peña, N.L. (2016). Impactos de la institucionalización en la vejez. Análisis frente a los cambios demográficos actuales. *Entramado*, 12 (1), 138-151. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/entra/v12n1/v12n1a10.pdf>.
- Hernández, G. (2003). Mayores: aspectos sociales. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, (45), 133-152. Recuperado de [http://www.mitramiss.gob.es/es/publica/pub\\_electronicas/destacadas/revista/numeros/45/estudio7.pdf](http://www.mitramiss.gob.es/es/publica/pub_electronicas/destacadas/revista/numeros/45/estudio7.pdf).
- IMERSO. (2017). *Informe 2016. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas*. Recuperado de [http://www.imerso.es/InterPresent1/groups/imerso/documents/binario/112017001\\_informe-2016-persona.pdf](http://www.imerso.es/InterPresent1/groups/imerso/documents/binario/112017001_informe-2016-persona.pdf).
- Instituto Nacional de Estadística. (2018). *España en cifras 2018*. Recuperado de [https://www.ine.es/prodyser/espa\\_cifras/2018/2/](https://www.ine.es/prodyser/espa_cifras/2018/2/).
- Instituto Internacional de Estudios sobre la Familia. (2017). *Síndrome de fragilidad del anciano* (88). Recuperado de <http://www.thefamilywatch.org/wp-content/uploads/ridspf-no88-octubre-2017.pdf>
- Leturia, F.J. (1998). El proceso de adaptación en centros residenciales para personas mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 34 (2), 105-112. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-el-proceso-adaptacion-centros-residenciales-13011672>. Consultado: 23/10/2019.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-21990-consolidado.pdf>.
- Marcos, P. (2011). El trabajo social residencial para personas mayores dependientes. De la burocracia a la empatía, *TS Nova: Trabajo Social y Servicios Sociales*, (4), 81-86. Recuperado de <http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/32943/81-86.pdf?sequence=1>.

- Martín, M. (Ed). (2003). *Trabajo Social en Gerontología*. Madrid, España: Editorial Síntesis.
- Martínez, A. (2009). La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención de las personas en situación de dependencia. Ley 39/2006, de 14 de diciembre. En de la Torre, J. y Pérez, J. (Eds.), *Autonomía personal y atención a la dependencia* (pp.45-65). Córdoba, España: Casares.
- Martínez, T. (2013a). La Atención Centrada en la Persona. Enfoque y modelos para el buen trato a las personas mayores. *Sociedad y Utopía: Revista de Ciencias Sociales*, (41), 209-231. Recuperado de <http://www.sociedaduyutopia.es/images/revistas/41/D05.pdf>.
- Martínez, T. (2013b). La Atención Centrada en la Persona. Algunas claves para avanzar en los servicios gerontológicos. *Actas de la dependencia* (8), 25-47. Recuperado de [https://www.fundacioncaser.org/sites/default/files/revista\\_numero\\_8.pdf](https://www.fundacioncaser.org/sites/default/files/revista_numero_8.pdf).
- Meléndez, J.C., Navarro-Pardo, E., Sales, A. y Mayordomo, T. (2012). Efecto moderador de la institucionalización en las actividades de la vida diaria y bienestar en el envejecimiento. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 15 (4), 671-880. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232012000400008>.
- Millán, J.C. (2006). *Principios de geriatría y gerontología*. Madrid, España: McGraw-Hill.
- Ministerio de Sanidad, SS.SS. e Igualdad, y Consejo Estatal de las Personas Mayores. (2017). *Estrategia Nacional de Personas Mayores para un Envejecimiento Activo y para su Buen Trato 2018-2021*. Recuperado de <https://www.fundadeps.org/recursos/documentos/844/02EFE9D3.pdf>.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales., Observatorio de personas mayores., y OMS. (2001). Salud y envejecimiento. *Un documento para el debate*. Recuperado de [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/perfiles\\_y\\_tendencias.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/perfiles_y_tendencias.pdf).

-Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (2004). *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco*. Recuperado de [https://www.uab.cat/Document/580/416/LibroBlancoDependencia\\_01.0.pdf](https://www.uab.cat/Document/580/416/LibroBlancoDependencia_01.0.pdf).

-Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (2006). *Institucionalización y dependencia*. Recuperado de <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2012/10/institucionalizacion.pdf>.

-Molina, J.A. (2000). Estereotipos hacia los ancianos. Estudio comparativo de la variable edad. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 53 (3), 489-501.

-Morán, E. (1999). Estimación de la población dependiente y de sus características sociodemográficas. En Rodríguez, G. (Coord), *La protección social a la dependencia* (pp.111-161). Madrid, España: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

-Mota, R. (2009). Envejecimiento y apoyo social: la trama recíproca. En de la Torre, J. y Pérez, J. (Eds.), *Autonomía personal y atención a la dependencia* (pp.23-43). Córdoba, España: Casares.

-Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Recuperado de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873\\_spa.pdf;jsessionid=5E9B0F4E42657E969CDC679EB58A4A0B?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=5E9B0F4E42657E969CDC679EB58A4A0B?sequence=1).

-Porcel, A. (2001). Retos al trabajo social en la atención asistencial a mayores. *Cuadernos de Trabajo Social*, (14), 279-290. Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS0101110005A/7939>. Consultado: 28/10/2019.

-Quintanilla, M., y Llimargas, I. (2007). Geriatria y gerontología. Concepto y finalidades. Relación con otras disciplinas, tendencias de uso de ambos conceptos. En García, M., Gómez, J., y Gallo, J. (Coords), *Conceptos básicos de geriatría y gerontología* (pp.25-34). Madrid, España: Enfo Ediciones.

- Quintanilla, M., y Llimargas, I. (2007). La vejez como etapa del ciclo vital. Criterios que definen la vejez. En García, M., Gómez, J., y Gallo, J. (Coords), *Conceptos básicos de geriatría y gerontología* (pp.35-42). Madrid, España: Enfo Ediciones.
  
- Ramos, P., López, J.A., Maíllo, H., y Paz, J.M. (2015). Sujeciones mecánicas y farmacológicas en servicios y centros geriátricos y gerontológicos. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 50 (1), 35-38. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2014.09.006>.
  
- Robles, M.J., Miralles, R., Llorach, I., y Cervera, A.M. (2006). Definición y objetivos de la especialidad de geriatría: tipología de ancianos y población diana. En Alcocer, A. (Coord.), *Tratado de geriatría para residentes* (pp.25-32). Madrid, España: IM&C.
  
- Rodríguez, G. (1999). La población cuidadora. En Rodríguez, G. (Coord), *La protección social a la dependencia* (pp.163-173). Madrid, España: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
  
- Rodríguez, P. (2014). La Atención Integral y Centrada en la Persona (AICP). Bases y principales referentes. En Rodríguez, P. y Vilà i Mancebo, A. (Coords), *Modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona. Teoría y práctica en ámbitos del envejecimiento y la discapacidad* (pp.91-112). Madrid, España: Tecnos.
  
- Rodríguez, S. (1989). *La vejez: historia y actualidad*. Salamanca, España: Ediciones Universidad de Salamanca.
  
- Samper, B., Allona, S., Cisneros, L., Navas, C., y Marín, R. (2016). Análisis de las caídas en una residencia de ancianos y de la influencia del entorno, *Gerokomos*, 27 (1), 2-7. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v27n1/02\\_originales\\_01.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v27n1/02_originales_01.pdf).
  
- Sancho, M. (Coord.). (2002). Envejecer en España: II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Madrid, España: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

-Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. (2005). *Análisis y evaluación de la red de servicios sanitarios dedicados a la dependencia: programas de prevención, atención domiciliaria y hospitalización*. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/segg-analisis-01.pdf>.

-Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. (2014a). *Guía de buena práctica clínica en geriatría: fragilidad y nutrición en el anciano*. Recuperado de [https://www.segg.es/media/descargas/GBPCG\\_Fragilidad\\_y\\_nutricion\\_en\\_el\\_anciano.pdf](https://www.segg.es/media/descargas/GBPCG_Fragilidad_y_nutricion_en_el_anciano.pdf).

-Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. (2014b). *Documento de consenso sobre sujeciones mecánicas y farmacológicas*. Recuperado de [https://www.segg.es/media/descargas/Documento\\_de\\_Consenso\\_sobre\\_Sujeciones.pdf](https://www.segg.es/media/descargas/Documento_de_Consenso_sobre_Sujeciones.pdf).

-United Nations. (2019). *World Population Prospects 2019. Highlights*. Recuperado de [https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019\\_Highlights.pdf](https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_Highlights.pdf).

-Vila-Miravent, J., Villar, F., Celdrán, M., y Fernández, E. (2012). El modelo de la Atención Centrada en la Persona: análisis descriptivo de una muestra de personas mayores con demencia en centros residenciales. *Aloma: Revista de psicología, ciencias de la educación y del deporte*, 30 (1), 109-117. Recuperado de <https://www.raco.cat/index.php/Aloma/article/view/257072/344114>.

Consultado: 5/11/2019.

-Vilches-Moraga, A. y Arroyo, B. (2006). Docencia y asistencia geriátricas en el Reino Unido: perspectivas actuales. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 41(1), 64-68. doi: [https://doi.org/10.1016/S0211-139X\(06\)72924-9](https://doi.org/10.1016/S0211-139X(06)72924-9).

-World Health Organization. (2002). *Active ageing. A policy framework*. Recuperado de <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Active-Ageing-Framework.pdf>.

-Yusta, R. (2017). El Trabajo Social y el método de Atención Centrada en la Persona en el ámbito de la gerontología. *Trabajo Social Hoy* (81), 19-28. doi: <http://dx.doi.org/10.12960/TSH.2017.0008> .

-Yusta, R. (2018). Implantación de un modelo de Atención Centrada en la Persona en el ámbito de la gerontología. *Trabajo Social Hoy*, (84), 45-62. doi: <http://dx.doi.org/10.12960/TSH.2018.0009>.



### 13. Anexo.

#### Anexo 1. Población inscrita en el padrón 01/01/2019. Datos provisionales.

| Población inscrita en el padrón a 01/01/2019. Datos provisionales |            |                 |
|-------------------------------------------------------------------|------------|-----------------|
|                                                                   | Valor      | Variación anual |
| Total                                                             | 47.007.367 | 0,61            |
| Espanoles                                                         | 41.982.103 | -0,01           |
| Extranjeros                                                       | 5.025.264  | 6,14            |

Fuente: INE (2019).

#### Anexo 2. Proporción de personas mayores de cierta edad por provincia.

| Indicadores de Estructura de la Población                   |                    |                    |                   |                   |                   |                   |                   |                   |
|-------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Resultados por provincias                                   |                    |                    |                   |                   |                   |                   |                   |                   |
| Proporción de personas mayores de cierta edad por provincia |                    |                    |                   |                   |                   |                   |                   |                   |
| Unidades: Porcentaje                                        |                    |                    |                   |                   |                   |                   |                   |                   |
| Tabla                                                       | Gráfico            | Mapa               |                   |                   |                   |                   |                   |                   |
|                                                             | 65 y más años      | 70 y más años      | 75 y más años     | 80 y más años     | 85 y más años     | 90 y más años     | 95 y más años     | 100 y más años    |
|                                                             | 2019               | 2019               | 2019              | 2019              | 2019              | 2019              | 2019              | 2019              |
| Total Nacional                                              | 19,40 <sup>3</sup> | 14,28 <sup>3</sup> | 9,61 <sup>3</sup> | 6,14 <sup>3</sup> | 3,24 <sup>3</sup> | 1,15 <sup>3</sup> | 0,25 <sup>3</sup> | 0,02 <sup>3</sup> |

Fuente: INE (2019).

#### Anexo 3. Tasa de Dependencia de la población mayor de 64 años, 1989.

##### Tasa de Dependencia de la población mayor de 64 años, por comunidad autónoma

Unidades: Porcentaje

|                |                    |
|----------------|--------------------|
| Tabla          | Mapa               |
|                | 1989               |
| Total Nacional | 20,34 <sup>3</sup> |

Fuente: INE (2019).

#### Anexo 4. Tasa de Dependencia de la población mayor de 64 años, 1999.

##### Tasa de Dependencia de la población mayor de 64 años, por comunidad autónoma

Unidades: Porcentaje

|                |                    |
|----------------|--------------------|
| Tabla          | Mapa               |
|                | 1999               |
| Total Nacional | 24,17 <sup>3</sup> |

Fuente: INE (2019).

#### Anexo 5. Tasa de Dependencia de la población mayor de 64 años, 2009.

### Tasa de Dependencia de la población mayor de 64 años, por comunidad autónoma

Unidades: Porcentaje

|                |       |
|----------------|-------|
| Tabla          | Mapa  |
|                | 2009  |
| Total Nacional | 24,46 |

Fuente: INE (2019).

### Anexo 6. Tasa de Dependencia de la población mayor de 64 años, 2019.

### Tasa de Dependencia de la población mayor de 64 años, por comunidad autónoma

Unidades: Porcentaje

|                |       |
|----------------|-------|
| Tabla          | Mapa  |
|                | 2019  |
| Total Nacional | 29,94 |

Fuente: INE (2019).

### Anexo 7. Principios a favor de la persona de edad de las Naciones Unidas.

## **PRINCIPIOS DE LAS NACIONES UNIDAS EN FAVOR DE LAS PERSONAS DE EDAD**

(adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 16 de diciembre de  
1991 - Resolución 46/91)

La Asamblea General,

Reconociendo las aportaciones que las personas de edad hacen a sus respectivas sociedades,

Reconociendo que en la Carta de las Naciones Unidas los pueblos de las Naciones Unidas expresan, entre otras cosas, su determinación de reafirmar su fe en los derechos fundamentales del hombre, en la dignidad y el valor de la persona humana y en la igualdad de derechos de hombres y mujeres y de las naciones grandes y pequeñas, y de promover el progreso social y elevar el nivel de vida dentro de un concepto más amplio de la libertad,

Tomando nota de que esos derechos se enuncian en detalle en la Declaración Universal de Derechos Humanos, en el Pacto Internacional

En cumplimiento del Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento aprobado por la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento y hecho suyo por la Asamblea General en su resolución 37/51, de 3 de diciembre de 1982,

Reconociendo la enorme diversidad de las situaciones de las personas de edad, no sólo entre los distintos países, sino también dentro de cada país y entre las personas mismas, la cual requiere respuestas políticas asimismo diversas,

Consciente de que en todos los países es cada vez mayor el número de personas que alcanzan una edad avanzada y en mejor estado de salud de lo que venía sucediendo hasta ahora,

Consciente de que la ciencia ha puesto de manifiesto la falsedad de muchos estereotipos sobre la inevitable e irreversible decadencia que la edad entraña,

Convencida de que en un mundo que se caracteriza por un número y un porcentaje cada vez mayores de personas de edad es menester proporcionar a las personas de edad que deseen y puedan hacerlo posibilidades de aportar su participación y su contribución a las actividades que despliega la sociedad,

Consciente de que las presiones que pesan sobre la vida familiar, tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados, hacen necesario prestar apoyo a quienes se ocupan de atender a las personas de edad que requieren cuidados,

Teniendo presentes las normas que ya se han fijado en el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento y en los convenios, recomendaciones y resoluciones de la Organización Internacional del Trabajo, de la Organización Mundial de la Salud y de otras entidades de las Naciones Unidas,

Alienta a los gobiernos a que introduzcan lo antes posible los siguientes principios en sus programas nacionales:



### **Independencia**

1. Las personas de edad deberán tener acceso a alimentación, agua, vivienda, vestimenta y atención de salud adecuados, mediante ingresos, apoyo de sus familias y de la comunidad y su propia autosuficiencia.
2. Las personas de edad deberán tener la oportunidad de trabajar o de tener acceso a otras posibilidades de obtener ingresos.
3. Las personas de edad deberán poder participar en la determinación de cuándo y en qué medida dejarán de desempeñar actividades laborales.
4. Las personas de edad deberán tener acceso a programas educativos y de formación adecuados.
5. Las personas de edad deberán tener la posibilidad de vivir en entornos seguros y adaptables a sus preferencias personales y a sus capacidades en continuo cambio.
6. Las personas de edad deberán poder residir en su propio domicilio por tanto tiempo como sea posible.

### **Participación**

7. Las personas de edad deberán permanecer integradas en la sociedad, participar activamente en la formulación y la aplicación de las políticas que afecten directamente a su bienestar y poder compartir sus conocimientos y habilidades con las generaciones más jóvenes.
8. Las personas de edad deberán poder buscar y aprovechar oportunidades de prestar servicio a la comunidad y de trabajar como voluntarios en puestos apropiados a sus intereses y capacidades.
9. Las personas de edad deberán poder formar movimientos o asociaciones de personas de edad avanzada.

### **Cuidados**

10. Las personas de edad deberán poder disfrutar de los cuidados y la protección de la familia y la comunidad de conformidad con el sistema de valores culturales de cada sociedad.
11. Las personas de edad deberán tener acceso a servicios de atención de salud que les ayuden a mantener o recuperar un nivel óptimo de bienestar físico, mental y emocional, así como a prevenir o retrasar la aparición de la enfermedad.
12. Las personas de edad deberán tener acceso a servicios sociales y jurídicos que les aseguren mayores niveles de autonomía, protección y cuidado.
13. Las personas de edad deberán tener acceso a medios apropiados de atención institucional que les proporcionen protección, rehabilitación y estímulo social y mental en un entorno humano y seguro.



14. Las personas de edad deberán poder disfrutar de sus derechos humanos y libertades fundamentales cuando residan en hogares o instituciones donde se les brinden cuidados o tratamiento, con pleno respeto de su dignidad, creencias, necesidades e intimidad, así como de su derecho a adoptar decisiones sobre su cuidado y sobre la calidad de su vida.

#### **Autorrealización**

15. Las personas de edad deberán poder aprovechar las oportunidades para desarrollar plenamente su potencial.
16. Las personas de edad deberán tener acceso a los recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos de la sociedad.

#### **Dignidad**

17. Las personas de edad deberán poder vivir con dignidad y seguridad y verse libres de explotaciones y de malos tratos físicos o mentales.
18. Las personas de edad deberán recibir un trato digno, independientemente de la edad, sexo, raza o procedencia étnica, discapacidad u otras condiciones, y han de ser valoradas independientemente de su contribución económica.

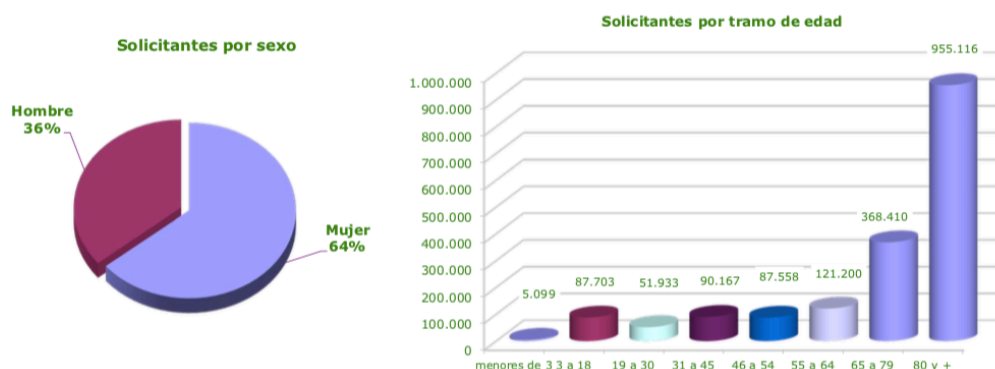
Fuente: Naciones Unidas (1991).

## Anexo 8. Perfil de la persona solicitante: sexo y edad.

### 1.3. PERFIL DE LA PERSONA SOLICITANTE: SEXO Y EDAD

Situación a 31 de diciembre de 2018

| SEXO         | TRAMO DE EDAD |             |               |             |               |             |               |             |               |             |                |             |                |              | TOTAL          |               |
|--------------|---------------|-------------|---------------|-------------|---------------|-------------|---------------|-------------|---------------|-------------|----------------|-------------|----------------|--------------|----------------|---------------|
|              | menores de 3  |             | 3 a 18        |             | 19 a 30       |             | 31 a 45       |             | 46 a 54       |             | 55 a 64        |             | 65 a 79        |              | 80 y +         |               |
|              | Nº            | %¹          | Nº            | %¹          | Nº            | %¹          | Nº            | %¹          | Nº            | %¹          | Nº             | %¹          | Nº             | %¹           | Nº             | %¹            |
| Mujer        | 2.343         | 0,21        | 31.421        | 2,77        | 21.190        | 1,87        | 39.442        | 3,48        | 41.066        | 3,63        | 61.561         | 5,43        | 236.790        | 20,90        | 698.935        | 61,70         |
| Hombre       | 2.756         | 0,43        | 56.282        | 8,87        | 30.743        | 4,85        | 50.725        | 8,00        | 46.492        | 7,33        | 59.639         | 9,40        | 131.620        | 20,75        | 256.181        | 40,38         |
| <b>TOTAL</b> | <b>5.099</b>  | <b>0,29</b> | <b>87.703</b> | <b>4,96</b> | <b>51.933</b> | <b>2,94</b> | <b>90.167</b> | <b>5,10</b> | <b>87.558</b> | <b>4,95</b> | <b>121.200</b> | <b>6,86</b> | <b>368.410</b> | <b>20,85</b> | <b>955.116</b> | <b>100,00</b> |



Fuente: Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Imsero (2018).

## Anexo 9. Resoluciones SAAD.

### 1.4. RESOLUCIONES

Situación a 31 de diciembre de 2018

| ÁMBITO TERRITORIAL           | Solicitudes      |               | Resoluciones     |               | Grado III      |                | Grado II       |                | Grado I        |                | TOTAL PERSONAS BENEFICIARIAS CON DERECHO A PRESTACIÓN |                |
|------------------------------|------------------|---------------|------------------|---------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|-------------------------------------------------------|----------------|
|                              | Nº               | %             | Nº               | % solicitudes | Nº             | % resoluciones | Nº             | % resoluciones | Nº             | % resoluciones | Nº                                                    | % resoluciones |
| Andalucía                    | 388.846          | 22,00         | 354.473          | 91,16         | 79.835         | 22,52          | 124.155        | 35,03          | 83.350         | 23,51          | 287.340                                               | 81,06          |
| Aragón                       | 49.707           | 2,81          | 42.117           | 84,73         | 11.512         | 27,33          | 13.712         | 32,56          | 9.922          | 23,56          | 35.146                                                | 83,45          |
| Asturias (Principado de)     | 38.844           | 2,20          | 33.668           | 86,67         | 6.969          | 20,70          | 8.682          | 25,79          | 9.922          | 29,47          | 25.573                                                | 75,96          |
| Baleares (Illes)             | 27.993           | 1,58          | 25.370           | 90,63         | 5.369          | 21,16          | 7.911          | 31,18          | 6.859          | 27,04          | 20.139                                                | 79,38          |
| Canarias                     | 48.834           | 2,76          | 35.850           | 73,41         | 11.501         | 32,08          | 10.559         | 29,45          | 8.534          | 23,80          | 30.594                                                | 85,34          |
| Cantabria                    | 24.752           | 1,40          | 24.151           | 97,57         | 6.452          | 26,72          | 8.293          | 34,34          | 5.656          | 23,42          | 20.401                                                | 84,47          |
| Castilla y León              | 129.374          | 7,32          | 120.362          | 93,03         | 31.587         | 26,24          | 31.863         | 26,47          | 31.395         | 26,08          | 94.845                                                | 78,80          |
| Castilla-La Mancha           | 86.579           | 4,90          | 81.735           | 94,41         | 19.828         | 24,26          | 22.517         | 27,55          | 22.619         | 27,67          | 64.964                                                | 79,48          |
| Catalunya                    | 318.602          | 18,03         | 292.526          | 91,82         | 51.220         | 17,51          | 86.921         | 29,71          | 92.037         | 31,46          | 230.178                                               | 78,69          |
| Comunitat Valenciana         | 116.879          | 6,61          | 102.144          | 87,39         | 27.082         | 26,51          | 32.045         | 31,37          | 25.904         | 25,36          | 85.031                                                | 83,25          |
| Extremadura                  | 54.680           | 3,09          | 46.533           | 85,10         | 10.749         | 23,10          | 11.142         | 23,94          | 11.450         | 24,61          | 33.341                                                | 71,65          |
| Galicia                      | 80.184           | 4,54          | 79.727           | 99,43         | 25.204         | 31,61          | 23.520         | 29,50          | 19.179         | 24,06          | 67.903                                                | 85,17          |
| Madrid (Comunidad de)        | 215.222          | 12,18         | 215.050          | 99,92         | 54.790         | 25,48          | 56.107         | 26,09          | 50.471         | 23,47          | 161.368                                               | 75,04          |
| Murcia (Región de)           | 44.249           | 2,50          | 43.671           | 98,69         | 14.081         | 32,24          | 16.439         | 37,64          | 8.909          | 20,40          | 39.429                                                | 90,29          |
| Navarra (Comunidad Foral de) | 20.012           | 1,13          | 19.559           | 97,74         | 3.209          | 16,41          | 5.796          | 29,63          | 6.128          | 31,33          | 15.133                                                | 77,37          |
| Pais Vasco                   | 102.813          | 5,82          | 102.231          | 99,43         | 20.784         | 20,33          | 25.808         | 25,24          | 32.219         | 31,52          | 78.811                                                | 77,09          |
| Rioja (La)                   | 15.257           | 0,86          | 15.250           | 99,95         | 3.063          | 20,09          | 4.052          | 26,57          | 4.052          | 26,57          | 11.167                                                | 73,23          |
| Ceuta y Melilla              | 4.359            | 0,25          | 4.201            | 96,38         | 960            | 22,85          | 1.158          | 27,56          | 831            | 19,78          | 2.949                                                 | 70,20          |
| <b>TOTAL</b>                 | <b>1.767.186</b> | <b>100,00</b> | <b>1.638.618</b> | <b>92,72</b>  | <b>384.195</b> | <b>23,45</b>   | <b>490.680</b> | <b>29,94</b>   | <b>429.437</b> | <b>26,21</b>   | <b>1.304.312</b>                                      | <b>79,60</b>   |

Fuente: Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Imsero (2018).



## Anexo 10. Personas beneficiarias y prestaciones.

## 1.7. PERSONAS BENEFICIARIAS Y PRESTACIONES

Situación a 31 de diciembre de 2018

| ÁMBITO TERRITORIAL           |           | PRESTACIONES                                  |       |                |                   |         |                      |        |                      |         |                        |         |                         |         |                     |       |       | RATIO DE PRESTACIONES POR PERSONA BENEFICIARIA |        |      |
|------------------------------|-----------|-----------------------------------------------|-------|----------------|-------------------|---------|----------------------|--------|----------------------|---------|------------------------|---------|-------------------------|---------|---------------------|-------|-------|------------------------------------------------|--------|------|
|                              |           | Prevención Dependencia y Promoción A.Personal |       | Teleasistencia | Ayuda a Domicilio |         | Centros de Día/Noche |        | Atención Residencial |         | P.E Vinculada Servicio |         | P.E Cuidados Familiares |         | P.E Asist. Personal |       | TOTAL |                                                |        |      |
|                              |           | Nº                                            | %     | Nº             | %                 | Nº      | %                    | Nº     | %                    | Nº      | %                      | Nº      | %                       | Nº      | %                   | Nº    | %     |                                                | Nº     | %    |
| Andalucía                    | 212.243   | 1.836                                         | 0,66  | 87.995         | 31,51             | 75.732  | 27,12                | 14.015 | 5,02                 | 24.718  | 8,85                   | 3.930   | 1,41                    | 71.038  | 25,44               | 10    | 0,00  | 279.274                                        | 100,00 | 1,32 |
| Aragón                       | 29.146    | 3.683                                         | 10,66 | 2.546          | 7,37              | 3.649   | 10,56                | 1.564  | 4,53                 | 4.110   | 11,90                  | 5.581   | 16,15                   | 13.415  | 38,83               | 0     | 0,00  | 34.548                                         | 100,00 | 1,19 |
| Asturias (Principado de)     | 22.049    | 6.434                                         | 22,64 | 1.215          | 4,28              | 4.232   | 14,89                | 2.352  | 8,28                 | 3.220   | 11,33                  | 2.491   | 8,77                    | 8.468   | 29,80               | 1     | 0,00  | 28.413                                         | 100,00 | 1,29 |
| Illes Balears                | 17.328    | 2.907                                         | 13,14 | 2.742          | 12,40             | 667     | 3,02                 | 1.096  | 4,96                 | 2.245   | 10,15                  | 747     | 3,38                    | 11.711  | 52,96               | 0     | 0,00  | 22.115                                         | 100,00 | 1,28 |
| Canarias                     | 21.638    | 93                                            | 0,41  | 968            | 4,30              | 5       | 0,02                 | 4.705  | 20,88                | 3.892   | 17,27                  | 4.121   | 18,72                   | 8.652   | 38,40               | 0     | 0,00  | 22.532                                         | 100,00 | 1,04 |
| Cantabria                    | 15.734    | 0                                             | 0,00  | 1.875          | 10,41             | 1.227   | 6,81                 | 1.938  | 10,76                | 4.538   | 25,19                  | 0       | 0,00                    | 8.438   | 46,84               | 0     | 0,00  | 18.016                                         | 100,00 | 1,15 |
| Castilla y León              | 93.374    | 14.263                                        | 11,36 | 11.650         | 9,28              | 23.385  | 18,62                | 8.505  | 6,77                 | 9.164   | 7,30                   | 33.072  | 26,34                   | 24.676  | 19,65               | 850   | 0,68  | 125.565                                        | 100,00 | 1,34 |
| Castilla-La Mancha           | 57.838    | 5.928                                         | 8,53  | 11.256         | 16,20             | 16.223  | 23,35                | 3.418  | 4,92                 | 12.476  | 17,95                  | 7.095   | 10,21                   | 13.071  | 18,81               | 23    | 0,03  | 69.490                                         | 100,00 | 1,20 |
| Catalunya                    | 155.037   | 740                                           | 0,38  | 20.528         | 10,64             | 30.464  | 15,78                | 12.848 | 6,66                 | 33.727  | 17,48                  | 14.329  | 7,42                    | 80.288  | 41,60               | 71    | 0,04  | 192.995                                        | 100,00 | 1,24 |
| Comunitat Valenciana         | 74.154    | 646                                           | 0,84  | 3.179          | 4,11              | 104     | 0,13                 | 6.793  | 8,78                 | 11.606  | 15,01                  | 13.504  | 16,86                   | 41.963  | 54,26               | 11    | 0,01  | 77.342                                         | 100,00 | 1,04 |
| Extremadura                  | 29.389    | 1.324                                         | 4,15  | 1.869          | 5,85              | 923     | 2,89                 | 1.994  | 6,25                 | 4.507   | 14,12                  | 14.040  | 45,43                   | 6.904   | 21,31               | 0     | 0,00  | 31.925                                         | 100,00 | 1,09 |
| Galicia                      | 60.099    | 4.758                                         | 6,78  | 5.268          | 7,50              | 23.309  | 33,19                | 7.173  | 10,22                | 8.516   | 12,13                  | 8.132   | 11,58                   | 12.953  | 18,45               | 111   | 0,16  | 70.220                                         | 100,00 | 1,17 |
| Madrid (Comunidad de)        | 141.699   | 3.566                                         | 1,91  | 46.234         | 24,71             | 42.677  | 22,81                | 15.730 | 8,41                 | 22.938  | 12,26                  | 20.056  | 10,72                   | 35.811  | 19,14               | 89    | 0,05  | 187.101                                        | 100,00 | 1,32 |
| Murcia ( Región de)          | 34.999    | 3.933                                         | 8,96  | 6.151          | 14,01             | 1.064   | 2,42                 | 3.872  | 8,82                 | 4.478   | 10,20                  | 1.652   | 3,76                    | 22.750  | 51,82               | 2     | 0,00  | 43.902                                         | 100,00 | 1,25 |
| Navarra (Comunidad Foral de) | 13.668    | 884                                           | 4,99  | 2.342          | 13,23             | 1.091   | 6,16                 | 333    | 1,88                 | 1.789   | 10,10                  | 1.387   | 7,83                    | 9.866   | 55,72               | 14    | 0,08  | 17.706                                         | 100,00 | 1,30 |
| País Vasco                   | 65.017    | 168                                           | 0,20  | 15.960         | 18,97             | 7.023   | 8,35                 | 7.393  | 8,79                 | 12.800  | 15,21                  | 1.282   | 1,52                    | 33.674  | 40,02               | 5.844 | 6,95  | 84.144                                         | 100,00 | 1,29 |
| La Rioja                     | 8.100     | 681                                           | 5,84  | 2.306          | 19,78             | 3.266   | 28,01                | 986    | 8,46                 | 1.618   | 13,88                  | 965     | 8,28                    | 1.839   | 15,77               | 0     | 0,00  | 11.661                                         | 100,00 | 1,44 |
| Ceuta y Melilla              | 2.763     | 430                                           | 11,59 | 630            | 16,98             | 883     | 23,80                | 87     | 2,35                 | 2.337   | 6,39                   | 11      | 0,30                    | 1.432   | 38,60               | 0     | 0,00  | 3.710                                          | 100,00 | 1,34 |
| TOTAL                        | 1.054.275 | 52.274                                        | 3,96  | 224.714        | 17,02             | 235.924 | 17,86                | 94.802 | 7,18                 | 166.579 | 12,61                  | 132.491 | 10,03                   | 406.849 | 30,81               | 7.026 | 0,53  | 1.320.659                                      | 100,00 | 1,25 |

Fuente: Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Imsero (2018).

## Anexo 11. Perfil de la persona usuaria 2016.

**Tabla 7.5**  
**CENTROS RESIDENCIALES EN ESPAÑA**  
**PERFIL DE LA PERSONA USUARIA**  
**DATOS A 31 DE DICIEMBRE DE 2016**

| Comunidades Autónomas   | Personas usuarias atendidas |               |                |            |            |
|-------------------------|-----------------------------|---------------|----------------|------------|------------|
|                         | Total                       | Hombres       | Mujeres        | % Hombres  | % Mujeres  |
| Andalucía               | 24.912                      | 7.434         | 17.478         | 30%        | 70%        |
| Aragón*                 | 6.817                       | 2.187         | 4.630          | 32%        | 68%        |
| Asturias, Principado de | 5.722                       | 1.681         | 4.041          | 29%        | 71%        |
| Balears, Illes          | 4.130                       | 1.297         | 2.833          | 31%        | 69%        |
| Canarias**              | 9.498                       | 7.916         | 1.582          | 83%        | 17%        |
| Cantabria               | 4.262                       | 1.388         | 2.874          | 33%        | 67%        |
| Castilla y León         | 46.622                      | 14.120        | 32.502         | 30%        | 70%        |
| Castilla-La Mancha      | 37.704                      | 12.871        | 24.833         | 34%        | 66%        |
| Cataluña                | 40.782                      | 9.867         | 30.915         | 24%        | 76%        |
| Comunitat Valenciana    | 14.328                      | 4.404         | 9.924          | 31%        | 69%        |
| Extremadura             | 10.211                      | 3.778         | 6.433          | 37%        | 63%        |
| Galicia                 | 18.600                      | 5.382         | 13.218         | 29%        | 71%        |
| Madrid, Comunidad de    | 54.931                      | 14.133        | 40.798         | 26%        | 74%        |
| Murcia, Región de       | 3.546                       | 1.075         | 2.471          | 30%        | 70%        |
| Navarra, C. F. de       | 4.030                       | 1.323         | 2.707          | 33%        | 67%        |
| País Vasco***           | 14.845                      | 4.299         | 10.546         | 29%        | 71%        |
| Rioja, La               | 1.719                       | 590           | 1.129          | 34%        | 66%        |
| Ceuta                   | 202                         | 58            | 144            | 29%        | 71%        |
| Melilla                 | 332                         | 86            | 246            | 26%        | 74%        |
| <b>España</b>           | <b>303.193</b>              | <b>93.889</b> | <b>209.304</b> | <b>31%</b> | <b>69%</b> |

Fuente: Comunidades Autónomas, Ciudades Autónomas y Diputaciones Forales

Elaboración propia del Imserso.

\*Aragón: Datos de 2014.

\*\*Canarias: Datos de 2013

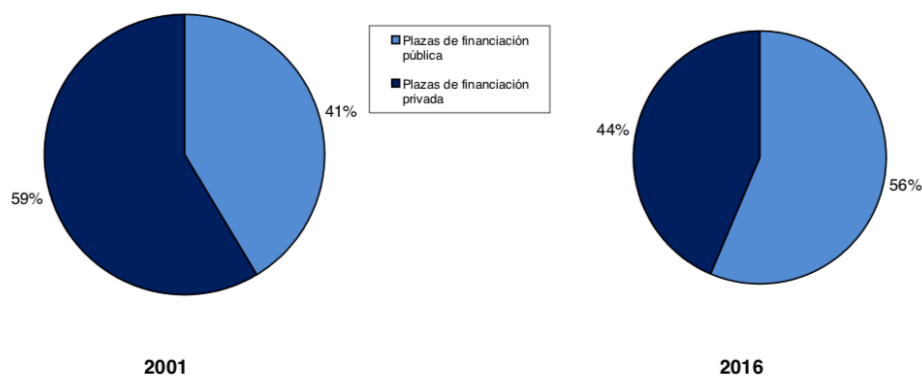
\*\*\*País Vasco: Estimación de desglose por subgrupos de edad de los datos de Bizkaia

Fuente: Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Imsero (2016).

## Anexo 12. Distribución de plazas en centros residenciales 2016.

Gráfico 7.4

Distribución de plazas en centros residenciales 2001 y 2016



Fuente: Comunidades Autónomas, Ciudades Autónomas y Diputaciones Forales. Elaboración propia del Imsero.

Fuente: Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Imsero (2016).

## Anexo 13. Indicadores de SS.SS. para personas mayores en centros residenciales españoles 2016.



Tabla 7.2

INDICADORES DE SERVICIOS SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES  
CENTROS RESIDENCIALES EN ESPAÑA 2001-2016

|                                | Año 2001       | Año 2016       | Var.2001-2016  | Var. Media Anual |
|--------------------------------|----------------|----------------|----------------|------------------|
| <b>Población &gt;65</b>        | 7.169.437      | 8.764.204      | 1.594.767      | 106.318          |
| <b>Nº Total Plazas</b>         | <b>239.761</b> | <b>374.790</b> | <b>135.029</b> | <b>9.002</b>     |
| Plazas de financiación pública | 99.077         | 211.603        | 112.526        | 7.502            |
| Plazas de financiación privada | 140.684        | 163.187        | 22.503         | 1.500            |
| <b>Nº total centros</b>        | <b>4.800</b>   | <b>5.423</b>   | <b>623</b>     | <b>42</b>        |
| Centros Titularidad Pública    | 640            | 1.352          | 712            | 47               |
| Centros Titularidad Privada    | 4.160          | 4.071          | -89            | -6               |
| <b>Índice de cobertura</b>     |                |                |                |                  |
| Total Plazas                   | 3,34           | 4,28           | 0,93           |                  |
| Plazas de financiación pública | 1,38           | 2,41           | 1,03           |                  |
| Plazas de financiación privada | 1,96           | 1,86           | -0,10          |                  |

Fuente: Comunidades Autónomas, Ciudades Autónomas y Diputaciones Forales

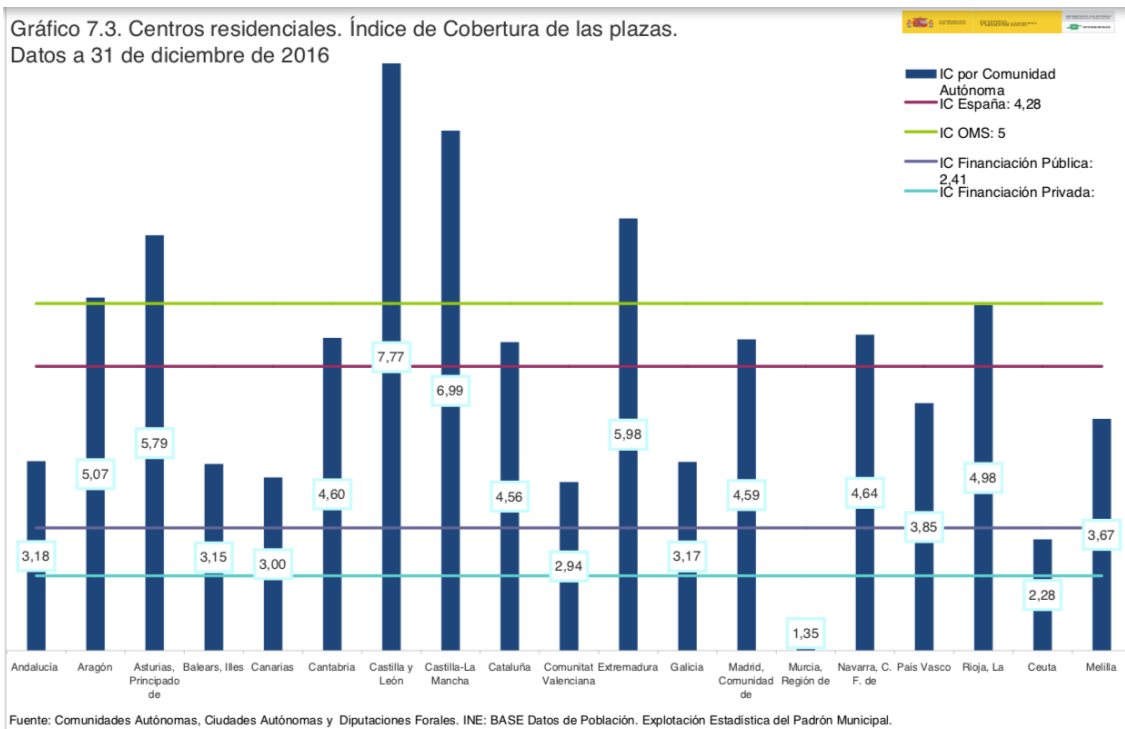
INE:BASE Datos de Población. Explotación estadística del Padrón Municipal, datos a 01/01/2002 y datos a 01/01/2017

Elaboración propia del Imsero.

Fuente: Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Imsero (2016).



## Anexo 14. Centros residenciales, índice de cobertura de las plazas 2016.



Fuente: Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Imserso (2016).

## Anexo 15. Resumen ejecutivo 2013. Programa “Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer”.



## **RESUMEN EJECUTIVO 2013**





## ÍNDICE

|                                                         |         |
|---------------------------------------------------------|---------|
| DEFINICIONES: ¿QUÉ SON LAS SUJECCIONES?                 | Pág. 2  |
| ANTECEDENTES                                            | Pág. 3  |
| EFFECTOS DEL USO DE SUJECCIONES                         | Pág. 4  |
| DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROGRAMA                        | Pág. 6  |
| DESARROLLO DEL PROGRAMA                                 | Pág. 7  |
| FINALIDAD DEL PROGRAMA Y PRINCIPALES<br>CARACTERÍSTICAS | Pág. 8  |
| APORTACIONES DEL PROGRAMA                               | Pág. 10 |
| FUTURO DEL PROGRAMA                                     | Pág. 18 |



## DEFINICIONES: ¿QUÉ SON LAS SUJECIONES?

Para el **Programa "Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer"** las **definiciones** de sujeciones físicas y químicas son las siguientes:

### Sujeción Física:

Cualquier método físico aplicado a una persona que limite su libertad de movimientos, su actividad física o el normal acceso a cualquier parte de su cuerpo.

### Sujeción Química:

El uso inadecuado de sustancias psicotrópicas sedantes o tranquilizantes, para manejar o controlar una conducta molesta, que no tiene base en un desorden psiquiátrico diagnosticado. Se trata del uso de esos medicamentos para manejar un problema que tiene un tratamiento mejor.



## ANTECEDENTES

España es el país con el mayor uso de sujeciones en personas mayores y enfermos de Alzheimer del mundo.

### Comparación del uso de sujeciones entre 8 países<sup>1</sup>

| Dinamarca | Francia | Islandia | Italia | Japón | España | Suecia | EE UU |
|-----------|---------|----------|--------|-------|--------|--------|-------|
| 2.2       | 17.1    | 8.5      | 16.6   | 4.5   | 39.6   | 15.2   | 16.5  |

Las acciones desarrolladas hasta la puesta en marcha del Programa eran nulas o escasas, y poco eficaces, teniendo un efecto contraproducente en muchos casos. Es decir, que han inducido a un blindaje de las decisiones en los centros, para salvaguardar la responsabilidad legal, de modo que sin asesoramiento, se han reafirmado en que las sujeciones que practican son inevitables y, han buscado consentimiento para todos los casos en que se emplean.

Estas acciones se han basado en la presión de los servicios de inspección apoyadas en la escasa la normativa existente. Ésta, además, contiene mínimas referencias a las sujeciones físicas, incluso en las normas que regulan los servicios sociales en las Comunidades Autónomas.

**EN 2003 NACE EL PROGRAMA DESATAR AL ANCIANO Y AL ENFERMO DE ALZHEIMER EN ESPAÑA BAJO EL PATROCINIO DE LA CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE ORGANIZACIONES DE MAYORES**

<sup>1</sup> Extraído de la revista Age and ageing (1997)

## 3 | Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA)



## EFFECTOS DEL USO DE SUJECIONES

Las personas sometidas a algún tipo de sujeción se enfrentan a una pérdida de autonomía, dignidad y autoestima. Las sujeciones son, por tanto, una forma de maltrato que afecta a personas especialmente vulnerables.

El uso de sujeciones se opone a los principales objetivos de los cuidados prolongados que deben tender a lograr el máximo grado de independencia, capacidad funcional y calidad de vida posible.

Para cambiar esta realidad sólo se ha demostrado eficaz, la formación y el asesoramiento de los profesionales de los centros a través de lo que el Programa denomina "intervención integral".

Hemos comprobado que el cambio de actitud necesario solo es posible mediante la información, la formación y la experiencia con casos prácticos, sin olvidar la formación en valores morales y referencias legales.

En definitiva, estamos ante un problema social que exige un cambio de mentalidad.

Es una evidencia científica que las sujeciones físicas son un problema para quienes son objeto de ellas e implican graves efectos:

| <u>físicos:</u>                                                                                                                                                                                                                                                   | <u>psicológicos:</u>                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Úlceras por Presión.</li><li>▪ Infecciones.</li><li>▪ Incontinencias (urinaria y fecal).</li><li>▪ Disminución del apetito.</li><li>▪ Estreñimiento.</li><li>▪ Pérdida del tono muscular - Atrofia y debilidad.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Miedo / Pánico.</li><li>▪ Vergüenza</li><li>▪ Ira. Agresividad.</li><li>▪ Depresión. Aislamiento.</li><li>▪ Retiro/ Apatía.</li></ul> |

El uso de **sujeciones físicas** se justifican para minimizar el riesgo de caídas y de que éstas tengan como consecuencia lesiones más graves.

Los **fármacos psicotrópicos**, usados o no como sujeciones, suponen riesgos para las personas mayores y enfermos de Alzheimer y deben usarse de forma limitada y muy controlada. En la siguiente tabla se pueden ver los efectos conocidos de esos medicamentos:



|                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Delirium/ alteración del pensamiento</li> <li>▪ Deterioro de la función cognitiva</li> <li>▪ Deterioro de la comunicación</li> <li>▪ Depresión</li> <li>▪ Deterioro funcional físico</li> <li>▪ Uso de sujeciones físicas</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Movimientos físicos de repetición y rigideces.- RIESGO DE CAIDAS</li> <li>▪ Problemas de equilibrio. Hipotensión.- RIESGO DE CAIDAS</li> <li>▪ Mareo/ Vértigo.- RIESGO DE CAIDAS</li> <li>▪ Marcha inestable.- RIESGO DE CAIDAS</li> <li>▪ Deshidratación</li> <li>▪ Estreñimiento – impactación fecal. Retención de orina.</li> </ul> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



## DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROGRAMA

El **Programa "Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer"** de CEOMA 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.

Como se ha manifestado, España ocupa el primer puesto en el ranking internacional en uso de sujeciones físicas en personas mayores institucionalizadas. El uso de sujeciones produce efectos muy negativos en la persona mayor objeto de ellas.

Los **beneficiarios** del Programa son las personas mayores que viven en instituciones de cuidados prolongados en España y las **acciones clave del Programa** son la formación y el asesoramiento a los centros, para que sean capaces de lograr cuidar sin usar sujeciones. El **método** seguido y, más universalmente aceptado como eficaz, es el de intervenciones integrales, in situ, en los centros. Las intervenciones han mostrado capacidad de reducir el uso de sujeciones de forma significativa, objetivo esencial del Programa "Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer".

Este Programa nace para promover el uso racional de todo tipo de restricciones y, para ello cuenta con un grupo de expertos capaces de:

- definir el problema e investigar sobre él.
- formar a profesionales.
- dar soporte técnico y asesoramiento a organizaciones.

Todo ello sobre la base de: sistemas de información, estándares validados, conocimientos especializados, guías y protocolos, cursos; divulgando por todos los medios, las organizaciones, centros o servicios que adoptan esta filosofía, y pongan empeño en reducir el uso de restricciones y, aquellas que consiguen cumplir unos estándares determinados.

Este Programa está basado en la siguiente secuencia:







## DESARROLLO DEL PROGRAMA

Las actividades desarrolladas por el Programa han sido las siguientes:

### 1.- ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICAS

En el marco del Programa la investigación científica es esencial, 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 han llevado 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

Como se ha manifestado hasta ahora la formación de los profesionales de los centros es vital para implantar un uso racional de las sujeciones.

Se han realizado numerosos Cursos y Seminarios y el Programa ha coordinado las dos ediciones de las "Jornadas Internacionales sobre Sujeciones" celebradas en España, que han reunido a los expertos de mayor prestigio del mundo.

### 3.- INTERVENCIONES INTEGRALES

Las intervenciones integrales son el único método eficaz para conseguir la erradicación de las sujeciones y son acciones que combinan la investigación y la formación con la propuesta de alternativas y la evaluación periódica.

### 4.-DIVULGACIÓN

La filosofía del **Programa "Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer"** exige, para conseguir resultados óptimos, que exista un cambio de mentalidad frente al problema. Por ello se ha elaborado una guía asequible, que facilita la comprensión del problema a la sociedad civil general, familiares de enfermos de Alzheimer y de personas mayores dependientes.

[http://www.ceoma.org/alzheimer/pdfs/guia\\_para\\_personas\\_mayores.pdf](http://www.ceoma.org/alzheimer/pdfs/guia_para_personas_mayores.pdf)



## FINALIDAD DEL PROGRAMA Y PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS

### Objetivos del Programa:

El objetivo general es **lograr un uso racional de sujeciones en centros de cuidados prolongados de España**, acorde al uso que se hace en países de nuestro entorno.

En cuanto a los 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 va dirigido el Programa:

Personas mayores dependientes que reciben cuidados prolongados en instituciones. Tienen especial riesgo de sujeciones los que presentan un déficit cognitivo-demencia, que suponen entre el 40% y el 50% de las personas mayores institucionalizadas en España en centros de larga estancia.

### Innovación y originalidad del Programa:

El "Programa Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer" es una **iniciativa pionera** en nuestro país ya que no se había iniciado, hasta su puesta en marcha, acción alguna para mejorar la calidad de vida de las personas que se ven sometidas innecesariamente a sujeciones.

Además el Programa posee un **elevado carácter innovador** porque aborda de forma integral la práctica habitual de los centros y tiene implicaciones éticas, legales y de mejora de la calidad en el desempeño del trabajo de todos los trabajadores.

Es innovador en nuestro medio que el desempeño de la organización se mida con estándares específicos, diseñados al efecto, lo que permite ver si esa práctica se limita correctamente y si se aplica con las garantías necesarias.

---

## 8 | Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA)



Respecto a la formación se lleva a cabo una estrategia de cambio de actitudes basada en el análisis de la percepción de los profesionales sobre el fenómeno de las sujeciones. Se emplea un sistema de información específico para el análisis de la prevalencia de uso de sujeciones y su relación con otras variables clínicas.

La formación del equipo interdisciplinario se realiza con casos prácticos de propio centro. Se estimula la mejora mediante una acreditación del Programa **"Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer"**.



## APORTACIONES DEL PROGRAMA

La importancia del **"Programa Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer"** de **CEOMA** es multidimensional. Quizá la dimensión más llamativa sea la cuantitativa dado el número de personas que se pueden beneficiar de la racionalización del uso de estas medidas que en España es muy elevado. Pero la dimensión cualitativa no es menos importante ya que aunque el logro sea gradual y extendido en el tiempo, cada caso que se evite o en él que se retire la medida será objeto de una mejora muy sustancial en su calidad de vida, su dignidad y autonomía.

En España el **Programa "Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer"** se ha convertido en única referencia para todos los colectivos interesados y ha promovido el interés de participar en esto en muchas organizaciones profesionales, asistenciales, y administraciones, que ahora se están tomando más en serio esta práctica.

Las experiencias de otros países nos han enseñado que se puede llegar a erradicar completamente esta práctica de nuestros métodos asistenciales lo que es de una importancia trascendental, no solo para los afectados, sino para los profesionales socio sanitarios y otros agentes implicados.

Allí donde hemos logrado cambiar esa práctica hacia un uso más racional se han logrado, además de los beneficios lógicos para los afectados, mejoras sustanciales en el clima de trabajo de los centros y servicios, dado el mejor estado de ánimo de los trabajadores, a quienes esas prácticas no gustan y mejoras en el clima general del centro, con mejoras sustanciales en el estado de ánimo de los atendidos y sus familias.

Los centros, indirectamente, se ven inducidos a cambiar sus prácticas en diversas vertientes, organizativas, asistenciales, de gestión del medio, etc. lo que redundará en una mejora global de su calidad, de sus estándares de desempeño, y de sus resultados. Mejora la calidad de sus registros, mejora la gestión de las caídas, mejora la relación con las familias, mejora el manejo de los problemas benignos de conducta, aumenta la participación del personal de atención directa en la toma de decisiones asistenciales, y en general mejora el cumplimiento de las normas éticas y legales. Los centros que usan pocas o ninguna sujeción son centros donde se ven a las personas mayores y enfermos de Alzheimer más activos y contentos, con menor grado de dependencia para las Actividades Básicas de la Vida Diaria, lo que a medio y largo plazo debe reducir el gasto, costes, en Recursos Humanos de atención directa.

Para lograr la erradicación de las sujeciones es necesario promover el compromiso social con las personas mayores dependientes especialmente vulnerables, de forma que se haga efectiva una solidaridad para con ellos.



Las acciones del **Programa "Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer"** se han convertido en ejemplo a seguir, y se ha demostrado que sus métodos son aplicables, en cualquier centro.

El inmediato resultado obtenido es una serie de EVIDENCIAS, que se enumeran a continuación y, que sientan las bases para cambiar la mentalidad y diseñar programas de formación, a saber:

- Existe un uso elevado de sujeciones físicas en residencias
- Las sujeciones son un problema para quienes son objeto de ellas
- Existe un uso elevado de fármacos psicotrópicos en residencias
- Existe alta variabilidad de uso que no se explica desde el punto de vista clínico
- Las personas con demencia son mucho más frecuentemente sometidas a ellas
- La mentalidad y actitud son claves para que se usen
- Se esgrimen razones de seguridad para las personas pero se sabe que existen razones de conveniencia
- La formación y asesoramiento a organizaciones (residencias) son capaces de cambiar esa realidad

Se han hecho otras aportaciones muy interesantes al sector, que pasaremos a enumerar a continuación y que se pueden reproducir por un número indeterminado de veces, hasta conseguir una definitiva racionalización del uso de sujeciones con personas mayores en España.

De las aportaciones esenciales del Programa se pueden destacar las siguientes:

#### APORTACIONES CIENTÍFICAS:

##### Instrumentos para la investigación:

Se trata de instrumentos diseñados para su uso en la primera fase del Programa, para el estudio de la prevalencia y de la percepción.

Contar con ellos permite fundamentar de la misma forma las ampliaciones futuras de muestras, que permitan mayor significación de los datos. Los **estudios de prevalencia** se han basado en datos recogidos a través del instrumento denominado "Censo de Residentes – Condiciones del Residente", y el **estudio de percepción** se ha basado en una serie de encuestas diseñadas específicamente, ya sea para profesionales, directivos, o familiares de enfermos de Alzheimer. De las **encuestas**, la más validada es la utilizada para evaluar la percepción sobre el uso de sujeciones en los trabajadores de atención directa de los centros estudiados, residencias, que se engrosan a partir de auxiliares de enfermería y gerocultores y que son las manos y los ojos de las organizaciones de cuidados prolongados y los principales determinantes del uso de sujeciones.





El **censo de residentes** permite además la incorporación de nuevos centros al benchmarking anónimo que ofrece el Programa

#### Sistema de información para el estudio de las sujeciones:

Los ítems contenidos en el “censo de residentes” son la base del actual sistema de información para la investigación sobre sujeciones. Así que la investigación que aún sigue en curso, y la que se está planteando se basa en ese Conjunto Mínimo de datos (CMD), si bien es objeto de revisión en la actualidad para otros proyectos futuros.

Se trata de adoptar un lenguaje común para todo nuestro trabajo de investigación, pero también una metodología de uso y unos instrumentos de valoración comunes, que complementen la recogida de información específica, y nos permita estudiar la relación que pueda tener el uso de sujeciones con, aspectos clínicos, con el burn-out de los cuidadores, las condiciones físicas del centro, su antigüedad, la percepción que el personal asistencial y la sociedad tiene sobre ellas, etc.

#### Conocimientos sobre las “circunstancias de uso”:

Con nuestro trabajo se ha arrojado mucha luz sobre esas circunstancias, lo que ayuda a conocer el complejo fenómeno de las sujeciones y lo que es más importante a formular estrategias organizativas y metodológicas que ayudan a los centros y a los profesionales a racionalizar con más eficacia el uso.

Las circunstancias del uso de sujeciones son objeto de análisis en la **Guía para personas mayores y familiares** en la que se recogen las principales cuestiones relacionadas con el uso de sujeciones físicas y químicas con personas mayores y enfermos de Alzheimer. Son también objeto de análisis en los distintos cursos que imparte el Programa a profesionales sociosanitarios, y a directivos y mandos intermedios de centros y servicios.

#### Nuevos datos de Prevalencia de uso:

Los datos iniciales, recogidos de un **estudio de prevalencia comunicada** realizado durante el año 2005 y 2006, nos permiten saber que existe un uso elevado de sujeciones en España y además nos permite conocer qué relación guarda el uso elevado con una serie de variables estructurales y clínicas, lo que nos permite además, incidir sobre ellas, a fin de buscar la racionalización. Ese estudio de prevalencia fue objeto de una publicación.

Recientemente se han incorporado a aquellos datos iniciales nuevos estudios de prevalencia, esta vez realizados por encargo, uno de una Administración Pública Autonómica, Comunidad Foral de Navarra, que quiere conocer la prevalencia de uso de



sujeciones físicas en su región, y otro de una entidad privada, una cadena de 11 centros que también quiere conocer su realidad.

Benchmarking anónimo periódico: colaboración anónima para la mejora continua

Además esos datos, correspondientes a 65 centros diferentes, nos permiten fundamentar un **benchmarking** entre centros semejantes, basado en datos de resultados de ellos mismos, que permitan la comparación, así como incorporar en el futuro a nuevos centros interesados en compartir información de forma anónima, para mejorar y ayudar a mejorar.

Se basa en remitir, cada 4 meses, los datos del "censo de residentes" que son analizados y compartidos con otros centros, manteniendo siempre el anonimato del centro emisor.

Así, el centro recibe sus propios datos analizados y las medias de resultados de otros centros del grupo de benchmarking, y los valores extremos, más bajos y más altos de cada variable expresada en la siguiente tabla.

- Muy dependientes
- Encamados
- Prevalencia de Ulceras por Presión
- Incidencia de Ulceras por Presión
- Consumo de Psicofármacos
- Tasa de Incontinentes Urinarios
- Prevalencia de uso diario de Sujeciones
- Prevalencia de uso diario de Sujeciones en asistidos
- Prevalencia de Demencias
- Prevalencia de uso diario de Sujeciones en R con demencia
- Prevalencia de Problemas de conducta
- Prevalencia de uso diario de Sujeciones en residentes con problemas de conducta
- Prevalencia de signos/ síntomas de Depresión
- Tasa de residentes con alimentación por sonda
- Prevalencia de uso de Barandillas
- Prevalencia de uso de Barandillas en asistidos

Eso permite que los responsables del centro participante puedan comparar sus cifras con las de otros, sin saber quiénes son. Así recibe referencias para tomar decisiones estratégicas, saber como van las cosas en su centro, y plantearse planes de mejora con objetivos concretos.

También aporta como se puede deducir, la relación que tiene el uso de las sujeciones con otra serie de variables clínicas, en una aproximación longitudinal, para que los resultados sean más significativos.



#### Nuevos conocimientos sobre la percepción social y profesional:

Durante los años 2004, 2005 y 2006 se realizaron encuestas de percepción a la población mayor general, a familiares de enfermos de Alzheimer, y a profesionales de residencias, tanto del campo de la enfermería, como médicos y directivos. Estas acciones deben continuar pues se necesitan muestras amplias para conseguir extraer conclusiones válidas, si bien lo realizado ya nos ha permitido obtener algunas conclusiones preliminares que nos han posibilitado trabajar sobre la actitud de los profesionales, especialmente los de atención directa, que son considerados por el Programa como el colectivo de profesionales estratégico, para lograr cambiar la realidad del uso de sujeciones en España. Es necesario cambiar también otras actitudes, especialmente la de los directivos, médicos, y familiares de personas mayores dependientes, lo que se está trabajando también en las distintas intervenciones que realiza el Programa.

#### APORTACIONES ÉTICAS Y LEGALES

##### Fundamentos éticos y legales encontrados y aplicables:

Las cuestiones éticas deben plantearse especialmente cuando se da o puede darse abuso de sujeciones que, evidentemente, tienen un fuerte impacto físico y psíquico en la persona que las sufre y también puede implicar una vulneración de sus derechos fundamentales. Estamos ante una situación compleja pues ha de encontrarse el límite entre lo necesario para beneficio de la persona y lo abusivo. La necesidad de uso es discutible y discutida, lo que unido a las comparaciones que ponen en evidencia que existe un uso excesivo en España, obligan a una reflexión moral y a poner límites legales mas estrictos.

Hoy existen pocas referencias en España, de tal manera que muchas veces podemos ver como cada profesional y cada organización tiene sus propios valores sobre ésta cuestión, a sabiendas, eso sí, de que es algo delicado. Tampoco existen referencias legales específicas, si bien las sujeciones son algo que puede vulnerar derechos fundamentales, como el derecho a la libertad y que pueden atentar contra la dignidad de la persona.

Utilizadas en exceso o de forma inadecuada pueden ser interpretadas como una forma de "abuso", "negligencia", o "maltrato", supuestos que sí pueden ser perseguidos legalmente aunque con dificultades. Podemos hablar de uso excesivo o abuso, si se trata de un uso innecesario, al existir medidas alternativas válidas y seguras.

Se puede hablar de un uso inadecuado cuando, además de lo anterior, le sumamos que se aplican sin una indicación correcta, no se previenen los efectos, y no se aplican los cuidados estándares necesarios en toda persona atada (uso negligente).





Con todo, en España existen vacíos y dificultades para proteger a las personas de riesgo de ser objeto de éstas prácticas, observándose diferente respuesta por parte de jueces y fiscales.

El **grupo de trabajo** del Programa, constituido por profesionales del Derecho, ha realizado una profunda revisión de los aspectos éticos y legales del uso de sujeciones en España y en países de nuestro entorno socio-cultural.

Así, sabemos que se pueden tomar referencias internacionales, y dentro de España, sabemos que se pueden aplicar leyes como la Ley 41/2002 de 14 noviembre de autonomía del paciente, que obliga a solicitar consentimiento informado cuando se va a realizar un procedimiento que puede suponer riesgos e inconvenientes para la persona, además de la aplicación general de un derecho fundamental como es el derecho a la libertad.

En algunos países existe normativa específica (ver cuadro) que regula el uso de restricciones, al menos en cuanto a la responsabilidad se refiere, normativa que no se encuentra en España. También es cierto que la normativa debe ser cautelosa a la hora de restringir el uso de estas medidas, y en definitiva su existencia no se traduce automáticamente en un uso más racional y adecuado.

*La norma federal de los Estados Unidos dice: todo sujeto tiene derecho a estar libre de restricciones químicas y físicas excepto si lo autoriza por escrito y por un tiempo limitado un médico, y está documentado en la historia médica del sujeto. No se pueden utilizar sujeciones por conveniencia o disciplina. Un médico independiente ha de autorizar finalmente la sujeción cuando su uso se prolonga en el tiempo.*

Se están planteando protocolos para la comunicación a las fiscalías del uso de sujeciones, a fin de que se pueda controlar y velar por el **no abuso** de éstas medidas. Se trata de aportar criterios que permitan discernir si el uso de sujeciones es racional y garantista para la persona objeto de ellas.



## APORTACIONES EN EL ÁMBITO DE LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES

### Formación de Grupos de referencia locales y regionales:

Ésta es la actividad primordial para cambiar la realidad de las sujeciones: desde la acción de los profesionales sociosanitarios implicados en el cuidado a personas mayores. Está demostrado que la formación en sí misma es capaz de cambiar el uso de sujeciones en un centro, y también está demostrado que la ideología sobre las sujeciones que tienen los profesionales es una de las claves de un uso elevado o no. Así, los programas de formación deben tener en cuenta las distintas perspectivas y necesidades del personal a formar y el mensaje que conviene dar sobre el problema.

Desde el punto de vista de los destinatarios y sus competencias se diferencian al menos los siguientes modelos de programas de formación:

- Para Administradores/ Responsables
- Para Personal de Atención Directa
- Para el resto del Personal Asistencial
- Para estudiantes de disciplinas sociosanitarias

Es necesario y conveniente contar con profesionales que puedan dar apoyo a los centros que asuman el reto de hacer un uso racional de las sujeciones, y de desarrollar nuevos enfoques, líneas de investigación y desarrollo de alternativas válidas. Para que esos profesionales puedan asumir esos retos y llevarlos a la práctica con posibilidades de éxito es necesario que reciban formación adecuada, y posterior soporte.

La pretensión del **Programa "Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer"** es descentralizar la capacidad técnica lo máximo posible para hacerla accesible a todos los interesados.

La formación realizada hasta ahora, de grupos de referencia, de apoyo a centros, a directivos y mandos, nos ha enseñado que existe una gran necesidad de formación, sobre referencias éticas y legales, impacto de las sujeciones, mitos y realidades sobre el uso, alternativas, aspectos organizativos y metodológicos, y sobre aspectos clínicos. La demanda de formación, cuando se realizan cursos específicos se multiplica y genera una **lista de espera de profesionales** que desean formación específica, lo que hace pensar que las ediciones de los distintos cursos se repetirán indefinidamente durante los próximos años, hasta que seamos capaces de llegar a la mayoría de profesionales del sector.

### Seminarios, Cursos y Jornadas Internacionales

Desde la puesta en marcha del Programa se han celebrado numerosas acciones de formación en diferentes comunidades autónomas.



Y también han tenido lugar dos ediciones de las “Jornadas Internacionales sobre Sujeciones” que contaron con la participación de los profesionales más prestigiosos del sector.

#### APORTACIONES DE LAS INTERVENCIONES INTEGRALES

Se han realizado **76 intervenciones integrales** en centros que han demostrado que las intervenciones son eficaces y que producen un fuerte impacto en el centro, su personal y sus directivos.

Así mismo se ha demostrado que las intervenciones integrales consiguen el objetivo esencial del Programa de erradicar las sujeciones en su totalidad en mas del 20% de los casos, y además sus efectos colaterales suponen una mayor satisfacción de los familiares y una mejora en el clima de trabajo. Los casos en que no se han logrado centros libres de sujeciones no se logró el necesario respaldo institucional, lo cual es esperable dado el escenario en que se desarrolla el proceso, un escenario, España, en el que aún no se ha producido el cambio de cultura sobre las sujeciones necesario.

Mediante una intervención integral se comprueba la existencia de sujeciones, y las garantías con las que se cuida a las personas mayores en un centro.

A esta fecha, se han acreditado como “Centros Libres de Sujeciones” por CEOMA un total de 29 residencias, y están en proceso de comprobación otras 3. Muchas de ellas llevan sin utilizar sujeciones mas de 1 año, lo cual habla de la consolidación de una cultura no restrictiva.

#### APORTACIONES EN EL ÁMBITO DE LA DIVULGACION

El Programa adopta, adapta, y desarrolla herramientas útiles para facilitar la toma de decisiones tendentes a racionalizar el uso de sujeciones. Algunas en última fase de preparación y publicación, se consideran muy importante para dar referencias. También es necesario cultivar a la sociedad, empezando por las familias de los mayores dependientes, en el uso de sujeciones, y lo desaconsejable de las mismas.

Respecto de los estándares, se trata de aquellos relacionados con el uso de sujeciones, y el fin perseguido es ofrecer a las organizaciones y sus profesionales referencias de actuación. Hablamos, por tanto, de estándares de desempeño (tipo estándares de acreditación – modelo anglosajón) (pendientes de publicación).



## FUTURO DEL PROGRAMA

Una conclusión interesante de la experiencia recogida en el Programa es que se evidencian una serie de necesidades futuras, de investigación y acciones, para las cuales nos seguiremos afanando en buscar ayudas y apoyos. Esas acciones de futuro a proponer se resumen en la siguiente lista:

- Seguimiento a medio plazo de los efectos de las intervenciones integrales.
- Realización de nuevas intervenciones integrales que amplíen la muestra de estudio de sus efectos, y permita estratificarla sobre la base de tipología de centros.
- Estudio de prevalencia de uso y asociación con variables estructurales y clínicas, en una muestra representativa de centros, de forma prospectiva y longitudinal, que permita hacer correlaciones válidas.
- Aumentar el número de encuestas de percepción a fin de alcanzar muestras representativas de los colectivos estudiados.
- Proponer límites legales al uso de sujeciones.
- Buscar el amparo y ayuda del Defensor del Pueblo para proteger a las personas mayores españolas de esas prácticas y que induzca a las administraciones competentes a legislar y a controlar el uso de sujeciones, persiguiendo su uso por conveniencia.
- Ampliar la formación y alcanzar a más profesionales y organizaciones
- Dar continuidad a la divulgación necesaria para lograr el cambio cultural preciso.
- Continuar la línea de acreditaciones de centros libres de sujeciones hasta lograr un número significativo y representativo de ellos, y mientras siga siendo un mérito excepcional.

El Programa "Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer" ha sido galardonado en junio de 2010, con el **Premio Internacional Príncipe de Viana de Atención a la Dependencia**". Este importante reconocimiento recogido por la **Confederación Española de Organizaciones de Mayores**, reconoce el trabajo del Programa en el desarrollo de prácticas innovadoras a favor de las personas dependientes y de la promoción de su autonomía.



## Anexo 16. Folleto informativo para familiares. Sujeciones físicas.

**Desatar**  
al Anciano  
y al Enfermo de Alzheimer

**Folleto informativo  
para familiares**

**Sujeciones Físicas**

**ceoma**  
Confederación Española de Organizaciones de Mayores

**Programa "Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer"**  
**Premio Internacional Príncipe de Viana 2010 de Atención a la Dependencia**

**ceoma**  
Confederación Española de Organizaciones de Mayores  
C/Alcalá 114 - 6º B - 28009 Madrid  
Tel.: 91 573 49 98 • [www.ceoma.org](http://www.ceoma.org)

GOBIERNO DE ESPAÑA  
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO  
INSTITUTO DE SALUD CAROLINA  
INSTITUTO DE SALUD CAROLINA

Con la colaboración:

### **Sujeción Física:**

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.

### **Evidencia 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: evitar las sujeciones conlleva necesitar mas personal

Realidad: se ha demostrado en la práctica que eso no es cierto. En muchos casos se ha observado un mayor uso en centros mejor dotados de personal.

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?**

Para lograr, y mantener, un centro libre de sujeciones es necesario que los familiares ayuden, asumiendo ciertos riesgos controlados, y algunos problemas de convivencia no muy serios y manejables. En definitiva, todos (organización y usuarios) han de asumir el reto de valorar el riesgo – beneficio del uso de 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**



Fuente: CEOMA (2012).

## **Anexo 17. Guía para personas mayores y familiares sobre el uso de sujeciones físicas y químicas con personas mayores y enfermos de Alzheimer.**

# GUÍA

## PARA PERSONAS MAYORES Y FAMILIARES

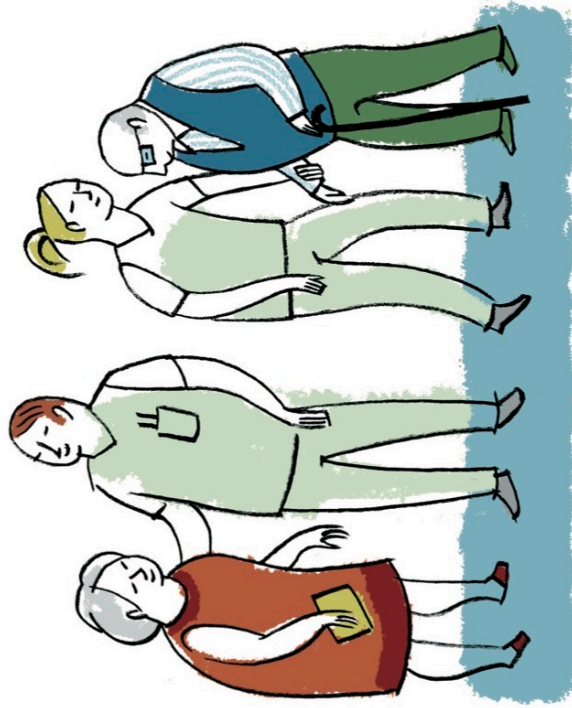
### GUÍA PARA PERSONAS MAYORES Y FAMILIARES

Esta guía ofrece una información meditada y práctica para evitar o, al menos, racionalizar el uso de sujeciones en el cuidado de personas mayores, enfermos de Alzheimer o personas con demencia, a fin de que éstos ganen la mayor calidad de vida posible.

Su objetivo se inserta en el programa «Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer» promovido por la Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA) y por la Fundación Iberdrola.

### USO DE SUJECIONES FÍSICAS Y QUÍMICAS CON PERSONAS MAYORES Y ENFERMOS DE ALZHEIMER

Programa «Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer»



# GUÍA

## PARA PERSONAS MAYORES Y FAMILIARES

USO DE SUJECCIONES FÍSICAS Y QUÍMICAS  
CON PERSONAS MAYORES Y ENFERMOS DE ALZHEIMER

Programa «Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer»

ANTONIO A. BURGUEÑO TORIANO  
Médico especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública.  
Coordinador del programa «Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer».





## Índice

**Patronato de la Fundación Iberdrola**

**Presidente:** D. Íñigo de Oriol Ybarra

**Vicepresidente:** D. Javier Herrero Sorriquetta

**Patronos:** D. Ricardo Álvarez Isasi  
D. José Ignacio Berroeta Echevarría  
D. José Orbegoza Arroyo  
D. Ignacio de Pinedo Cabezuño  
D. Antonio Sáenz de Miera  
D. Ignacio Sánchez Galán  
D. Víctor Urrutia Vallejo

**Secretario:** D. Federico San Sebastián Flechoso

© CEOMA, Confederación Española de Organizaciones de Mayores  
© De esta edición: Fundación Iberdrola, Serrano 26, 1.ª planta, 28001 Madrid

Depósito legal: B-41.705-05

Diseño y producción editorial: Cifra ([www.cifra.cc](http://www.cifra.cc))

Ilustraciones: Begoña Chezz

Impresión: Aleu (Sagrafic, plaza Urquimaona, 14, 7.º 3.ª, 08010 Barcelona)

Impreso en España - Printed in Spain

Reservados todos los derechos. Está prohibido reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente, salvo para fines de crítica o comentario, por cualquier medio digital o analógico, sin permiso por escrito de los depositarios de los derechos.

Prólogo ..... 7

|                                                                     |    |
|---------------------------------------------------------------------|----|
| 1. El programa «Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer» ..... | 11 |
| 2. ¿Qué se entiende por sujeción física y sujeción química? .....   | 13 |
| 3. Evidencias sobre el uso de sujeciones .....                      | 15 |
| 4. Aspectos éticos y legales .....                                  | 21 |
| 5. Las circunstancias de las sujeciones .....                       | 23 |
| 6. Actitudes .....                                                  | 31 |
| 7. Materiales y sustancias usados para la sujeción .....            | 39 |
| 8. Solicitudes de consentimiento .....                              | 41 |
| 9. Garantías obligadas en caso de uso .....                         | 45 |
| 10. Recomendaciones generales .....                                 | 51 |
| 11. El programa «Desatar...» seguirá apoyando .....                 | 57 |
| 12. Acciones. Continuidad del programa .....                        | 59 |

Fuente: CEOMA y Fundación Iberdrola (2005).

**Anexo 18. 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.**

LEX**N**AVARRA

**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**

(Publicado en el Boletín Oficial de Navarra de 14 de octubre de 2011)



## ÍNDICE

|                                                                                                                                             |   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| Preámbulo .....                                                                                                                             | 3 |
| CAPÍTULO I: Disposiciones generales .....                                                                                                   | 4 |
| Artículo 1. <i>Objeto</i> .....                                                                                                             | 4 |
| Artículo 2. <i>Ámbito de aplicación</i> .....                                                                                               | 4 |
| Artículo 3. <i>Definiciones</i> .....                                                                                                       | 4 |
| Artículo 4. <i>Principios básicos</i> .....                                                                                                 | 4 |
| Artículo 5. <i>Derechos de las personas usuarias de servicios sociales residenciales en la aplicación de sujeciones y barandillas</i> ..... | 5 |
| CAPÍTULO II: Procedimiento para el uso de medidas de sujeción con prescripción facultativa .....                                            | 5 |
| Artículo 6. <i>Prescripción facultativa</i> .....                                                                                           | 5 |
| Artículo 7. <i>Consentimiento informado</i> .....                                                                                           | 5 |
| Artículo 8. <i>Constancia en el Plan de Atención Individualizado</i> .....                                                                  | 6 |
| Artículo 9. <i>Comunicación al Ministerio Fiscal</i> .....                                                                                  | 6 |
| CAPÍTULO III: Procedimiento de urgencia para la aplicación de sujeciones físicas sin prescripción facultativa .....                         | 6 |
| Artículo 10. <i>Excepcionalidad</i> .....                                                                                                   | 6 |
| Artículo 11. <i>Aplicación</i> .....                                                                                                        | 6 |
| Artículo 12. <i>Constancia documental en el Plan de Atención Individualizado</i> .....                                                      | 7 |
| Artículo 13. <i>Supervisión facultativa</i> .....                                                                                           | 7 |
| Artículo 14. <i>Control y Continuidad</i> .....                                                                                             | 7 |
| Artículo 15. <i>Comunicación al Ministerio Fiscal</i> .....                                                                                 | 7 |
| CAPÍTULO IV: Garantías en el uso de sujeciones .....                                                                                        | 7 |
| Artículo 16. <i>Garantías en el cuidado de la persona</i> .....                                                                             | 7 |
| Artículo 17. <i>Sujeciones físicas</i> .....                                                                                                | 8 |
| Artículo 18. <i>Fármacos psicotrópicos</i> .....                                                                                            | 8 |
| Artículo 19. <i>Barandillas en camas</i> .....                                                                                              | 8 |
| CAPÍTULO V: Control de la administración en el uso de sujeciones y barandillas .....                                                        | 9 |
| Artículo 20. <i>Inspección</i> .....                                                                                                        | 9 |
| Disposición Transitoria Primera. <i>Plazo de adecuación</i> .....                                                                           | 9 |
| Disposición Transitoria Segunda. <i>Modelos de barandillas</i> .....                                                                        | 9 |
| Disposición Final Primera. <i>Desarrollo normativo</i> .....                                                                                | 9 |
| Disposición Final Segunda. <i>Entrada en vigor</i> .....                                                                                    | 9 |

### 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 celebrada el día veintiocho de septiembre de dos mil once,

decreto:

## 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.



## CAPÍTULO I

- 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.

### CAPÍTULO III

#### **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.

#### CAPÍTULO IV

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.**

Este Decreto Foral entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial de Navarra.

## **Anexo 19. Análisis caídas-no caídas 2019, Los Llanos Vital.**

### **ANÁLISIS CAÍDAS-NO CAÍDAS 2019**

Revisión de los procedimientos y las medidas que se llevan a cabo en el centro para tratar de reducir al máximo las caídas, desde la filosofía del centro de no usar medidas de contención.

#### **En cuanto a los factores intrínsecos**

Es muy importante tener valoradas e identificadas a las personas con riesgo de caída a consecuencia de lo que denominamos factores intrínsecos.

-Patologías: gracias a la anamnesis y la historia clínica que realiza el departamento médico y el mecanismo de comunicación interno que se usa, se tienen bien identificadas las personas con patologías que generan mayor riesgo de caídas (tanto las que puedan tener alteraciones de equilibrio/movilidad por una patología a nivel físico como a nivel cognitivo).

-Medicación: en las reuniones de equipo que se realizan a diario se identifican aquellas personas que su medicación puede tener una influencia directa en su estabilidad/equilibrio o en su estado basal de comportamiento (que puedan provocar alteraciones de comportamiento). En ocasiones el departamento médico puede realizar ajustes que intenten minimizar esos efectos.

-Trastornos de equilibrio/marcha, afecciones musculoesqueléticas...: indicación de un programa de acondicionamiento físico para fomentar las capacidades funcionales y/o reeducar aspectos que puedan mejorar la deambulación y minimizar riesgos de caídas. El programa puede ser individual y/o grupal según las necesidades particulares. Los paseos se incluyen en este apartado como actividad que fomenta la movilidad de las personas y se evitan tiempos prolongados de inmovilidad.

-Alteraciones sensoriales (visuales): se realiza un acompañamiento y adecuación del entorno para que la personas con déficits visuales se puedan desenvolver con mayor seguridad por el centro.

-Deterioro cognitivo: de nuevo evaluamos el entorno para que la persona se pueda desenvolver con la máxima libertad posible, minimizando los riesgos al máximo.

#### **En cuanto a los factores extrínsecos**

-Mobiliario: se procura que la distribución del mobiliario facilite la movilidad y evite que pueda haber obstáculos que puedan ser un riesgo de caída. Tanto en las zonas comunes como en las habitaciones de los residentes se hace una valoración de riesgos para adaptarlas al máximo a las distintas necesidades.

-Iluminación: se analizan las distintas zonas del centro en cuanto a su iluminación para que sean seguras y no existan zonas oscuras que puedan provocar caídas.

-Adecuación del entorno. En el caso de la zona exterior (jardín): se ha colocado una barandilla que rodea el entorno del jardín para que facilite la movilidad de las personas por él. Se ha cerrado el acceso a zonas que puedan ser un riesgo.

#### **Medidas preventivas en cuanto a funcionamiento y distribución de tareas**

-La supervisión. La organización del trabajo permite que las salas comunes (cafetería y unidad) tengan a alguien para poder supervisar los residentes. Incluso con alguna persona en particular se realiza alguna ronda de supervisión por su habitación si se tiene constancia de que está en

ella. De noche, además de las rondas de supervisión para todos los residentes, se realizan unas extras para las personas que consideramos de más riesgo.

-Traslados / acompañamientos. Se tienen bien especificadas aquellas personas que deben ir acompañadas o con supervisión en las deambulaciones.

-Cambios / modificación de los horarios (como puede ser de turnos de comidas, turnos para acostar o levantar...) para adaptar al máximo a las necesidades de la persona (ejemplo: acostar o levantar a alguien el primero o último de su grupo según sea la necesidad)

#### Recursos materiales que lo facilitan

-Camas hidráulicas. Para las personas con riesgo de que se levanten por las noches y con elevado riesgo de caída. Por un lado, impide que la persona se pueda levantar porqué desde una altura tan baja, algunos de ellos no consiguen levantarse, pero en caso de que lo puedan hacer, si sufrieran caída al intentarlo, la altura desde la que sucede es muy menor, por lo que las posibles consecuencias también son de menor gravedad.

-Colchonetas/colchones al suelo laterales a la cama. Este recurso complementa el anterior. El uso de estas colchonetas es que, en caso de caída, las consecuencias de ésta puedan ser menores.

-Tapiz. Más recientemente se ha incorporado también el uso del tapiz, con el que el desnivel con el suelo es mínimo, el firme es más seguro en caso que la persona llegue a ponerse de pie y en caso de caída, tiene una dureza que puede amortiguar mejor el golpe que si fuera directamente en el suelo.

-Sensores de luz. Para evitar que las personas se desplacen a oscuras por la habitación, por el riesgo de caída que conlleva.

-Medias barandillas. Ofrecen un apoyo /soporte para las movilizaciones en cama, evitan las caídas por rodamiento de la cama, pero no impiden que la persona se pueda levantar de la cama, por lo que no son elementos de sujeción.

#### Comité de prevención de caídas

El último miércoles de cada mes se reúne el comité de prevención de caídas para tratar de reunir toda la información necesaria para hablar de las personas con riesgo de caídas y detallar las medidas preventivas que se necesitan. De cada reunión se redacta el acta de la misma y el documento de medidas preventivas donde se encuentran resumidas las de todos los residentes.

Tanto en el acta de las reuniones del comité de prevención de caídas como en los libros de tareas del personal auxiliar se encuentran redactadas el conjunto de medidas preventivas que tenemos para cada persona que hemos identificado como persona con riesgo de caída. Esta información también se hace llegar al personal de servicios generales para que tengan conocimiento de ello. Es importante que servicios generales conozcan las medidas que tienen los residentes por qué en algunas franjas horarias son el personal del centro que pueden estar realizando la labor de observación / valoración de los riesgos. Y también porqué aquellas medidas que son en relación al entorno (ya sean de la habitación o de otras estancias), las

tienen que conocer para que éstas se mantengan adecuadamente (y en caso que haya algún imprevisto, lo puedan comunicar).

#### Qué ha hecho que se hayan podido disminuir las caídas

Al igual que los factores de caídas son múltiples, también pueden ser múltiples los factores que hagan que disminuyan el número de caídas en un momento dado. Por lo tanto, no es fácil ni podemos estar 100% seguros que se debe a ese/esos factor/es en los que estamos pensando. Pero tratando de recopilarlos:

- Puede haber cambios en el estado basal de los residentes: a veces por mejoría, a veces por empeoramiento y que influyan en que no haya tanto riesgo de caída ni tantas caídas.

- El nivel de concienciación del equipo humano (se incluye aquí a todo el personal) que hace que nuestro modus operandi lleve muy integrado el chip de prevenir caídas y cumplimiento de medidas preventivas: hace que permanentemente estemos observando y detectando situaciones de riesgo y que podamos intervenir antes que suceda algún incidente.

- El nivel y número de recursos materiales que facilitan esta labor.

- El nivel de los recursos humanos, que, gracias a su nivel de concienciación e implicación con la filosofía del centro, son el pilar del cumplimiento de todas las pautas que se llegan a comunicar.

- Podemos relacionar las épocas en que los residentes tengan más visitas: más visitas se traduce en que están más acompañados y, por lo tanto: menos caídas.

- En época de verano el aumento de horas de luz de día puede influir en que el factor iluminación nos vaya a favor en relación al riesgo de caída.

Fuente: Los Llanos Vital. Red de Soporte Asistencial (2019).

## **Anexo 20. Modelo Acta Comité Prevención de Caídas, Los Llanos Vital.**

### **ACTA COMITÉ MOVILIDAD Y CAIDAS**

- ACTA N.º: 62      FECHA: 25/09/2019

- ASISTENTES: XXX

#### **DATOS Y VALORACIÓN DE LAS CAIDAS**

Caídas en el mes de SEPTIEMBRE: hasta el momento de la reunión ha habido 26 caídas y se han caído 15 personas.

En el mes anterior: 24 caídas y se cayeron 13 personas.

A continuación, se destaca los residentes con caída.

#### **CASOS A DESTACAR:**

X: ha sufrido 5 caídas. Se mantienen las mismas medidas, que a modo de recordatorio son las siguientes: durante el día en la unidad. Sale a comer y cenar al comedor general. Tanto de mañana como de tarde, si hay la posibilidad se la acompaña para pasear fuera de la unidad. En caso de presentar agitación y previa autorización por parte de enfermería se puede sentar en sillón con tabla. De noche, después de cenar se queda en la unidad con la tabla hasta que la acuesta el turno de noche. Cama hidráulica lo más baja posible, dejar el mando de la cama en lugar no accesible para ella, no se sube la barandilla (lazo rosa). Tapiz lateral a la cama. Se ha protegido el radiador para evitar un golpe en caso de caída. Mantener las rondas de supervisión extra y seguimiento nocturno. Por la mañana, levantarla según se encuentre (valorar si está muy dormida o no). No se lleva a la unidad hasta después de los desayunos. Después de comer, se queda en salón general y no entra en la unidad hasta que terminan de dar las comidas. A la hora de la merienda, si deambula de forma estable, se realiza supervisión mientras se mueve por la unidad. Si se muestra más agitada, o se dan situaciones de mayor riesgo, se avisa a enfermería.

X: sufrió 2 caídas. Una de ellas fue porque a la hora de la siesta se subía a la habitación y quedaba sentada en un sillón, del que se terminaba por levantar, por lo que se cayó. Se consensuó que después de comer se quede en salón, sentada en sillón orejero para descansar.

-X: ha sufrido dos caídas. Las medidas preventivas con ella son: cama con una barandilla subida y almohada lateral al otro lado de la barandilla. Se deja el andador a su alcance. Se realizan rondas extras de supervisión + seguimiento nocturno. Se recuerda que ella puede deambular sola. Solamente se acompaña cuando tenga que coger el ascensor para subir/bajar de planta.

#### **SEGUIMIENTO RESIDENTES:**

-X: no ha sufrido ninguna caída este mes. Se mantiene la pauta de fomentar traslados andando acompañada, aunque si presenta bloqueo o dificultad se autoriza la silla de ruedas. En salón se sienta en silla normal y realiza los traslados en planta baja andando con acompañamiento. Se sienta en zona de mayor supervisión.

-X: Pasó de centro de día a residencia. Como medidas preventivas de caída por la noche se dejó la cama colocada pegada a la pared y media barandilla al otro lado. Con ronda de supervisión extra y seguimiento nocturno durante las primeras noches para conocer su patrón de sueño. Pasadas las primeras noches, se decidió retirar las rondas extras y realizar solamente las habituales.

- SUJECIONES:

-X: Por ahora no se valora la retirada de cincha ni barandilla en cama.

-X se retiró la sujeción y barandillas, pero la familia ha solicitado volver a colocárselas. Sufrió 3 caídas.

-Se ha adquirido otra barra de seguridad para las sillas de baño de la unidad. Actualmente hay 2 sillas y cada una con su barandilla. De esta manera se puede usar como medida de seguridad cuando se lleva alguien al baño. Se comenta que algunos residentes tienen suficiente fuerza como para quitar la barra de seguridad. En esos casos intentar no dejar solos (supervisarlos).

- OTROS:

-MEDIA BARANDILLA: Listado de personas con medias barandillas:

Se recuerda que LAS MEDIAS BARANDILLAS TIENEN QUE QUEDAR SUBIDAS.

-BARANDILLAS QUE NO HAY QUE SUBIR. se han identificado con lazo rosa las barandillas que no se deben subir. Ahora mismo son las barandillas de:

-CAMAS HIDRÁULICAS. Actualmente tenemos 18 camas hidráulicas (han llegado 3 recientemente):

Enfermería cuenta con una cama hidráulica para los casos de urgencia.

Candidatos a cama hidráulica cuando haya posibilidad: X

- TEMAS GENERALES:

-Luces del pasillo de segunda planta que se encienden con sensor de movimiento. Se ha detectado de nuevo que con este sistema de encendido no se cubre bien la iluminación de esas zonas. Ha habido casos en los que las luces no se han llegado a encender. Se propone revalorar el sistema.

-Se está haciendo búsqueda de mesas para la unidad: mesas de centro más altas. Queda pendiente.

-Propuesta de tener sillas y mesas en el patio de la unidad, para que puedan salir las personas que requieren de medidas preventivas de caída. Las sillas ya están allí, pendiente llevar alguna mesa.

-Revisar la puerta de seguridad de la primera planta (imán). Algunos residentes han aprendido a abrirla. El departamento de mantenimiento está en ello.

- VALORACIÓN DE MEDIDAS ADOPTADAS Y PROPUESTAS:

-Se revisa la hoja de medidas preventivas para evitar caídas y se realizan las correcciones pertinentes para el próximo mes. También la lista de paseos (ver hoja de medidas de octubre2019).

PRÓXIMA REUNIÓN:30 de octubre de 2019

Fuente: Los Llanos Vital. Red de Soporte Asistencial (2019).



**Anexo 21. Cuidados de demencias sin sujeciones físicas, Fundación María Wolff.**



## Índice

- 3 Introducción y antecedentes
- 4 Método
- 5 Modelo asistencial libre de sujeciones de Fundación Maria Wolff
- 6 Definiciones
- 8 Proceso de implantación del modelo asistencial libre de sujeciones
- 9 CEAFA – parámetros de acreditación
- 9 Valor añadido para los centros acreditados
- 10 Placa y sello de acreditación
- 11 Asesoría, formación e implantación
- 11 Coordinación técnica nacional

## Introducción y antecedentes

Los retos a los que se enfrentan las instituciones que ofrecen servicios de atención socio-sanitaria para mayores en España son grandes. En España contamos con profesionales y centros que dan servicios extraordinarios. Son personas e instituciones que conmueven, sin embargo también existe el otro lado:

**“Problemas con las familias, uso mejorable de psicofármacos y presencia de sujeciones físicas, enclaustramiento de la persona con demencia o desconocimiento de cómo evitar o tratar los ocasionales trastornos del ánimo y la conducta”.**

La iniciativa aquí presentada pretende dar aliento, ayuda y reconocimiento a aquellas instituciones comprometidas con la mejora de la calidad asistencial a personas con demencia.

Indicadores de una atención potencialmente bien cimentada a personas con demencia son entre otros muchos:

**“Ausencia de sujeciones físicas (salvo raras excepciones), uso adecuado de psicofármacos, formación continua al personal auxiliar en demencias, protocolos de prevención y manejo de síntomas psicológicos y conductuales con protocolos y aproximaciones actualizados”.**

Entorno a la mitad de las personas con demencia institucionalizadas en España han sufrido el uso de sujeciones físicas por períodos más o menos largos de tiempo, vulnerando además sus derechos fundamentales. Y eso, a pesar de que la medida haya quedado obsoleta: países enteros han demostrado que las sujeciones no se necesitan para ofrecer cuidados con una seguridad aceptable. Eliminar las sujeciones y a la vez mantener, o incluso mejorar la seguridad global de los centros, es posible mediante “estrategias sistémicas de prevención de caídas”. De la mano va la **prevención y tratamiento de problemas de conducta y del ánimo, así como la implantación de culturas asistenciales amables con la persona con demencia.**

**Ofrecer razonables cuidados centrados en la persona es posible, incluso con las limitaciones de recursos humanos y económicos de España.**

Experiencias en otros países han demostrado que el cambio del paradigma asistencial se puede conseguir mediante consultoría y formación. EEUU es un país que, como España, rondaba el 40% de prevalencia de sujeciones en residencias en los años 80. Hoy día, varios estados han casi erradicado

su uso. En estos países nadie se plantea volver al paradigma de las sujeciones.

CEAFA y Maria Wolff han decidido combinar sus fortalezas para mejorar de forma decidida la calidad de vida de la persona con demencia institucionalizada. Para ello ponen a disposición de la sociedad un **"Modelo asistencial de Atención Centrada en la Persona"** que torna innecesarias las sujeciones físicas y químicas, mejora aún más los conocimientos y el trato del personal, aumentando la satisfacción de usuarios y familias.

CEAFA, como representante de las familias y las personas afectadas por demencias acreditará los centros que asuman este reto, para que **la minoría de centros que hoy atienden a nuestros mayores sin sujeciones, mañana sean mayoría.**

## Método

En aras del **"rigor metodológico y la evitación de sesgos subjetivos"**, la acreditación de la excelencia tiene que llevarse a cabo por dos organizaciones diferentes:

\* **Maria Wolff**

Dará apoyo **formativo y técnico** para que el cambio del paradigma asistencial se lleve a cabo con todas las garantías posibles:

Estudia los indicadores asistenciales críticos de cada centro, y en colaboración con la dirección, se hacen mínimos cambios en los sistemas de gestión asistencial propios de cada institución.

No se añade burocracia de ningún tipo, solo se ajusta la que ya existe. En algunos casos incluso se reduce. De este modo se consigue el objetivo en plazos previsibles, evitando fracasos, derroche de recursos y riesgos por un tratamiento sub-óptimo de las caídas.

El equipo de consultores de Maria Wolff (neurólogos, geriatras, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, gestores, etc.) acompaña a cada institución desde el principio hasta que el proceso culmina **en éxito.**

El modelo de cuidados a personas con demencias sin sujeciones de Fundación Maria Wolff está diseñado para potenciar la personalidad propia de cada institución.

- \* **CEAFA**, como representante del colectivo nacional de familiares y personas afectadas por demencias, lidera la metodología para acreditar los centros que hayan ampliado su modelo asistencial de forma que, no solo no requiera de sujeciones sino que, trate a las personas con demencia de forma óptima con los recursos disponibles.

**CEAFA** otorgará el sello “**Cuidados de Demencias Sin Sujeciones**” a aquellos centros que ofrezcan cuidados a personas con demencia con unos mínimos de calidad asistencial.

#### Modelo asistencial libre de sujeciones de Fundación Maria Wolff

Afianzado el hecho de que las sujeciones no deben usarse para prevenir caídas porque su uso, en general, da más problemas que soluciones; la presión social sobre las instituciones geriátricas para reducir y eliminarlas está aumentando año tras año.

Esfuerzos legislativos para limitar su aplicación han resultado a veces en sustituir las sujeciones físicas por sujeciones farmacológicas o sujeciones invisibles como sillones reclinados con intención de atrapar. Estas pseudo-soluciones tienen efectos aún más perniciosos que las ataduras.

La tendencia natural de las instituciones a limitar el libre movimiento de sus usuarios, tiene muchas raíces y ramificaciones. Una de estas raíces es la naturaleza humana que todos compartimos.

Esta iniciativa aspira a orientar las culturas asistenciales a realidades más satisfactorias para todos los implicados: personas con demencia, sus cuidadores (sean familiares o profesionales) y las instituciones que hacen posible una atención de calidad.

**No hay soluciones mágicas o simples** para pasar de una cultura asistencial que usa sujeciones a otra que no lo hace. Dejar de usar sujeciones de un día para otro es una temeridad. Antes hay que preparar a la organización con habilidades sobre las que reposarán los cuidados de calidad. **No hay atajos.**

El modelo cimienta la esencia de los cuidados centrados en la persona sobre protocolos, procedimientos o rutinas muy concretas que se basan en:

**Dar una base de conocimientos de la enfermedad de Alzheimer y otras Demencias a todo el personal asistencial, para permitirle entender y actuar de manera más eficaz frente a los retos asistenciales y de convivencia.**

5



Prevenir, resolver o mitigar los problemas afectivos y conductuales a veces asociados a las demencias, o por el mero hecho de vivir institucionalizadas

Acompañar durante todo el proceso de implantación de DESATAR y ofrecer toda la seguridad posible mediante técnicas de PREVENCIÓN DE CAÍDAS.

**Respetan y posibilitan las necesidades de libertad de movimiento de las personas de la manera más segura posible**, evitando no solo sujeciones físicas, sino sujeciones encubiertas como instrucciones verbales continuas para que el usuario no se levante a andar, encajonamientos entre mesas y paredes, o el uso inapropiado de psicofármacos por conveniencia organizativa y no para tratar problemas médicos.

Aunque de por sí es preferible un centro que no usa ataduras a uno que las usa, el modelo aquí presentado no se contenta con superar el uso de cinturones “homologados”, sino que pretende ayuda a las instituciones a lograr las cotas de excelencia asistencial en desarrollos ulteriores.

**La excelencia se alcanza cuando cualquier persona, en plenitud de facultades pueda decir: “Llegado el caso, no me importaría vivir en esta residencia”.**

## Definiciones

Definición de: SUJECIONES FÍSICAS, la intencionada limitación de la libertad de movimientos de una persona, o 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 (Miles & Meyers 1994).

Ejemplos son todo tipo de cinturones, muñequeras, bodies (o “pijamas Alzheimer”), sábanas fantasma, y medios de atrapamiento mecánico como mesas o sillones volcados. Se excluyen de esta definición las barandillas de las camas.

Se entiende que los **centros acreditados** como "Cuidados de demencia sin sujeciones" no tendrán ninguna medida de sujeción física a diario tal como está definida y descrita en los dos párrafos anteriores.

Excepciones. Se podrán acreditar centros que usen sujeciones en casos excepcionales:

Cuando el uso de estas medidas no cumplan la definición de sujeción física (p.e.: el paciente se pone y quita las sujeciones a voluntad o a través de un tercero; o cuando el paciente no posee movimiento voluntario como espasticidad muy severa que cause dolor y un comité de expertos no conozca alternativa; los cinturones de seguridad vial también se excluyen).

Cuando las medidas se usan para garantizar la supervivencia o evitar lesiones graves, seguras e inminentes en caso de retirar la sujeción. No se incluyen lesiones graves posibles, dado que estas pueden ser evitadas con medidas organizativas y/o técnicas.

Cuando las medidas se usan de forma excepcional (nunca más de un día) y su uso se revisa cada 30 minutos.

En caso de utilizarse la sujeción más de un día deberá ser informado el comité de expertos en medidas alternativas de Fundación Maria Wolff. Si éste no puede ofrecer alternativa técnica u organizativa, se permitirá la excepción por un periodo de tiempo limitado a unos pocos días (p.e. placas de osteosíntesis recién implantadas en personas con demencia, etc.).

Cuando en los cuatro casos anteriores ha sido informado el ministerio fiscal.

En ningún caso se permitirá el uso de sujeciones cuando hay alternativas organizativas o materiales conocidas.

En cualquier caso, no se permitirán sujeciones a los centros en función a porcentajes, sino solo en función al caso concreto.

**Proceso de implantación del modelo asistencial libre de sujeciones**

**Maria Wolff es la entidad que más rigor y solvencia científica ha demostrado en España en el estudio de la eliminación de sujeciones físicas.** Asimismo es la que más experiencia tiene ayudando a centros a trabajar sin sujeciones y la que más centros ha ayudado a acreditarse.

El proceso de implantación del “Modelo asistencial libre de sujeciones” de Maria Wolff contempla que:

**Cada centro es distinto.**

El modelo se implanta en función al grado de madurez técnica de la institución. Los días de consultoría y formación necesarios dependerán de indicadores objetivos de amigabilidad con demencias, y capacidad de manejo de síntomas conductuales y psicológicos de personas con demencia u otras patologías.

**El proceso de implantación es modular y se adapta a la capacidad de absorción y transformación de cada centro.**

Es importante que los centros quieran consolidarse en demencias antes de embarcarse en la sustitución de sujeciones por otras medidas de seguridad similar o superior.

El ritmo al que un centro “desata” deberá depender exclusivamente de la seguridad.

**“Desatar por desatar es peligroso”** si no va aparejado con medidas de seguridad alternativas y un nuevo paradigma asistencial.

El equipo multidisciplinar de investigación y desarrollo de Fundación Maria Wolff será el que asista a los centros, desde el primer día, hasta que el centro haya individualizado su atención, hasta el punto que ya no necesite las sujeciones. **Esta asistencia consiste en dar respuesta a consultas y dificultades de casos difíciles, ya sean de tipo neurológico, geriátrico, neuropsicológico, familiar, legal u otros.**

En el momento que el centro considere que ha implantado de manera adecuada el modelo asistencial libre de sujeciones, podrá solicitar la acreditación por CEAFA.

**CEAFA - parámetros de acreditación**



La acreditación de CEAFA se basará en parámetros objetivos como las sujeciones en todas sus manifestaciones. Pero también valorará aspectos de calidad asistencial a personas con demencia como los ítems enumerados anteriormente.

El cumplimiento de estos criterios permitirá recomendar estos centros públicamente.

CEAFA acreditará si el centro posee unos mínimos estructurales y culturales favorables a personas con demencia:

Cultura de demencias:

Dado que la mayoría de los residentes geriátricos actuales tienen demencia, el centro deberá integrar elementos estructurales y culturales amigables con las demencias (enumerados arriba).

Seguridad Pasiva:

Instalaciones y elementos que pasivamente contribuyen a mejorar la seguridad del centro.

Seguridad Activa:

Estructura organizativa y procedimientos orientados a reducir riesgos a la vez que se preserva la autonomía.

Seguridad Jurídica:

Elementos jurídicos orientados a proteger al centro y sus profesionales de litigios injustificados y/o con móvil económico.

La presencia o ausencia de estos ítems contribuirá a la nota global de la acreditación (A, B, C o D).

### Valor añadido para los centros acreditados

Además de los beneficios que para sus residentes tiene vivir en un entorno adecuado para cubrir sus necesidades, los centros residenciales que trabajen libre de sujeciones y obtengan la acreditación se beneficiarán de:

**Mayor reconocimiento social**, generar más confianza no sólo entre los usuarios actuales (y sus familias), sino entre futuros clientes que podrán decantarse por un centro que ofrezca las mayores garantías en la atención y cuidados.

**Mayor prestigio en el sector**, diferenciándose de otros centros que no son capaces de acreditar un cuidado a la demencia libre de sujeciones. No solo es aplicable a los residentes que presenten síntomas de la enfermedad, sino a todos los usuarios en general.

Nuevos canales de recomendación, a través de la inclusión del centro en las listas de "Centros Recomendables" de las Asociaciones de Familiares de personas con Alzheimer y otras Demencias, lo que puede verse traducido en un mayor flujo de derivación de nuevos usuarios al centro.

#### Placa y sello de acreditación:



#### Asesoría, formación e implantación del modelo:



**MARIA WOLFF INVESTIGACIÓN FORMACIÓN Y DESARROLLO**

Dirección: C/ Río Sil 15 bis

C.P.: 28660

Población: Boadilla del Monte - Madrid

Telf: 916322507

Fax: 912663178

E-mail: [mariawolff@mariawolff.es](mailto:mariawolff@mariawolff.es)

Web: [www.mariawolff.org](http://www.mariawolff.org)

**Coordinación técnica nacional:**



**CONFEDERACION ESPAÑOLA DE ASOCIACIONES DE FAMILIARES DE PERSONAS CON ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS( CEAFA)**

Dirección: C/ Pedro Alcatarena, 3 Bajo

C.P.: 31014

Población: Pamplona - Comunidad: Navarra

T: 948174517

Fax: 948265739

E-mail: [ceafa@ceafa.es](mailto:ceafa@ceafa.es)

Web: [www.ceafa.es](http://www.ceafa.es)