



Centros de mayores libres de sujeciones

ALUMNA: M^º Rosalía león molina

TUTORA: Rosalía Mota

FECHA DE PRESENTACION 16 de Junio 2014

CONVOCATORIA: Extraordinaria

ASIGNATURA: Trabajo Fin de Grado

INDICE

1. FUNDAMENTACIÓN.....	2
2. OBJETIVOS.....	3
3. METODOLOGIA.....	3
4. MARCO TEÓRICO	4
4.1 Sujeciones.....	4
4.2 Demencias.....	10
4.3 Retrogénesis.....	14
4.4 Restricciones físicas en ancianos institucionalizados ¿una forma de maltrato?.....	21
4.5 Humanizar los cuidados en los centros geriátricos.....	29
5 CONTEXTO LEGAL.....	30
5.1 Ámbito internacional.....	31
5.2 Ámbito constitucional.....	32
5.3 Ámbito autonómico.....	32
6 DESCRIPCIÓN DEL CONTEXTO PROFESIONAL.....	36
6.1 La residencia.....	36
6.2 Intervención profesional de todo el equipo.....	40
6.2.1 Programas:.....	40
6.2.1.1 AST.....	40
6.2.1.2 Personal Best.....	40
6.2.1.3 Compañeros en los cuidados.....	42
6.3 Trabajo social en la residencia.....	45
7 PROGRAMA DESATAR AL ANCIANO.....	46
7.1 Que hacíamos antes.....	46
7.2 Características del programa.....	47
7.3 Dinámica de trabajo.....	49
7.4 Reflexión de la experiencia.....	51
7.5 Casos.....	54
8 CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA.....	57
9 BIBLIOGRAFIA.....	59

1 Fundamentación

Este trabajo trata de explicar una práctica innovadora que se lleva a cabo en algunos centros residenciales y unidades de hospitales desde el año 2004, donde han incorporado el programa “Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer”.

El programa de “Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer” está encaminado a conseguir que las personas mayores vivan libres de sujeciones de cualquier tipo y en cualquier lugar o momento. En el año 2010 en mi centro de trabajo ⁽¹⁾, comenzó el desafío, de la mano de la fundación María Wolff y de la Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA), de desatar a todos los residentes que teníamos en nuestros centro.

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.

Este trabajo hace una reflexión sobre la práctica asistencial en los centros de mayores con algún tipo de demencia. Primero se van a explicar los diferentes tipos de sujeción y demencias, para luego incidir en la importancia que tiene el que no hay ninguna ley estatal que regule el uso de sujeciones, lo que hace que se vulneren derechos fundamentales redactados en la constitución española, como por el ejemplo el de la libertad ⁽³⁾.

Después hablamos de casos prácticos y cómo se desarrolla el programa en un centro residencial, probando como afectan las sujeciones en las vidas de los residentes y de sus familiares. A partir de ahí es cuando se puede ver la importancia de una regulación en el

(1) Sanitas Residencial

(2) Art. 17 constitución española

uso racional de sujeciones, este programa quiere conseguir que todas las personas tengamos una vida digna hasta el final.

2 Objetivos

Los objetivos que nos planteamos en este trabajo son:

- Analizar el uso de sujeciones indiscriminado con personas mayores con algún tipo de demencia, en la práctica asistencial llevada a cabo en centros residenciales.
 - Investigar los beneficios y consecuencias en el uso de sujeciones
 - Conocer el funcionamiento de un centro residencial para mayores.
 - Estudiar la posibilidad de la eliminación de las sujeciones en centros de mayores.

3 Metodología

El hacer una revisión bibliográfica exhaustiva, así como consultar fuentes secundarias, me ha permitido recoger los resultados de investigaciones y trabajos sobre el estado de la atención en centros residenciales, en concreto en lo que hace referencia al uso de sujeciones físicas y farmacológicas, y describir el enfoque de desatar al anciano. Asimismo se ha revisado la documentación técnica que orienta esta práctica profesional en las residencias.

La descripción, ordenación y reflexión de mi experiencia profesional con un programa de intervención basado en la no sujeción de personas afectadas por algún tipo de demencia, ha sido la base para interpretar y comprender la praxis del trabajo social en centros residenciales.

4 Marco teórico

4.1 Sujeciones

Lo primero es distinguir entre SUJECIÓN - RESTRICCIÓN:

Restricción¹: Se trata de cualquier acción (médica, química, física, psicológica, social o de cualquier otro tipo), palabra u obra que se utiliza con el propósito o la intención de limitar o forzar la libre circulación o capacidad de toma de decisiones de uno/a mismo/a o de una tercera persona.

Sujeción: Se trata de cualquier método manual o físico, instrumento mecánico, material o equipamiento adjunto al cuerpo del paciente, que impide su movilidad y/o el acceso a parte de su cuerpo.

Dentro del programa desatar al anciano, nos enseñan a eliminar dos tipos de sujeciones:

Sujeción física: cualquier método aplicado a una persona que limite su libertad de movimientos, la actividad física o el acceso a cualquier parte de su cuerpo, y del que la propia persona no puede liberarse con facilidad.

Sujeción química: uso de medicamentos psicoactivos, ya sean sedantes o tranquilizantes, para manejar o controlar una conducta supuestamente molesta o de riesgo. En general, se refiere a la administración de esos medicamentos para afrontar un problema para el que, en muchas ocasiones, existe un tratamiento mejor.

Existe un excesivo uso de sujeciones físicas y una prescripción muy elevada de fármacos psicotrópicos en residencias, las personas con demencia son más propicias a estar mucho más sometidas a ellas. Como nos indican en todo momento desde el CEOMA, la mentalidad y actitud son claves para que dejen de usarse.

Lo que nunca hay que olvidar es que las sujeciones son un problema para quienes son objeto de ellas.

Las sujeciones, tanto físicas como químicas, siempre se prescriben por razones de seguridad para los enfermos, pero la realidad es que muchas veces es por cuestión de

¹Guía para la eliminación de sujeciones físicas y químicas en centros de atención sociosanitaria y domicilios (2012)

conveniencia de los cuidadores, ya que al estar sujeta la persona no tienes que preocuparte o estar pendiente.

Sujeciones Físicas

Antes de empezar con este proyecto en nuestro centro, el 45% de personas con algún tipo de demencia eran sometidas a sujeciones físicas.

Hay que tener en cuenta que cuando comenzó este proyecto desde el CEOMA, se hicieron estudios en los que se demostraba que el uso de sujeciones físicas en España es, y ha sido en los últimos lustros, muy superior al de otros países de nuestro entorno socioeconómico como podemos ver en la tabla²:

Países	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

Evidencias sobre el uso de sujeciones

Si tenemos en cuenta a los residentes con demencia, ya sea por Alzheimer u otro tipo de demencia, la proporción de los que se ven sometidos diariamente a sujeciones se eleva a más del 60% en España³. Se puede afirmar que las sujeciones físicas son un problema para quienes son objeto de ellas, es una evidencia científica, admitida en todos los países y por todos los profesionales sanitarios. Las sujeciones físicas están relacionadas con un mayor riesgo de caídas y con que éstas tengan como consecuencia lesiones de más gravedad.

Efectos documentados del uso rutinario de sujeciones físicas en personas mayores

- Físicos Psicológicos
- Úlceras por presión
- Infecciones
- Incontinencias (urinaria y fecal)
- Disminución del apetito
- Estreñimiento
- Pérdida del tono muscular
- Atrofia y debilidad

²Fuente: revista Age and ageing 1997

³Programa Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer, CEOMA (2004).

- Miedo/pánico
- Vergüenza
- Ira
- Agresividad
- Depresión
- Aislamiento social
- Retiro/apatía

Sujeciones químicas

Antes de empezar con este proyecto en nuestro centro, el 65% de las personas con algún tipo de demencia, tenían pautados medicamentos psicotrópicos a diario y por largos periodos de tiempo⁴.

Este dato resulta muy negativo si tenemos en cuenta los efectos secundarios y altamente perjudiciales de estos medicamentos. En la mayoría de estos casos, y después de la formación en sujeciones, se puede asegurar que dichos medicamentos se usaban como sujeciones químicas.

Los fármacos psicotrópicos ocasionan en todos los casos riesgos para las personas mayores, y deben administrarse de forma limitada y muy controlada.

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

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

⁴Datos de Intranet de Sanitas Residencial, recopilados de un estudio interno de la compañía (2012).

➤ Estreñimiento extremo crónico. Retención de orina.

En el estudio realizado por el CEOMA, de distintas residencias se puede observar que el uso de sujeciones varía enormemente, lo cual no se explica por las condiciones de los residentes. Ello hace pensar que existen factores sociales y culturales tanto de los trabajadores como de las familias, además de factores ambientales.

Existen pocas referencias en España en lo referente a los aspectos éticos en el uso de las sujeciones, de tal manera que muchas veces cada profesional y cada organización tiene sus propios valores sobre esta cuestión, conscientes de que se trata de un tema delicado y de que hay que saber afrontarlo con las máximas precauciones.

¿Por qué suelen usarse?

Suele afirmarse que se usan para evitar accidentes a las personas con riesgo de caerse, extraviarse o acceder a algunos lugares u objetos peligrosos, o bien a los enfermos que tienen una conducta agresiva que puede suponer peligro para sí mismos o para terceros, pero la realidad es que frecuentemente también se usan por conveniencia de quienes deben cuidar de los pacientes.

Las circunstancias de las sujeciones

Según el personal médico, las sujeciones, tanto las físicas como las químicas, se utilizan para garantizar los tratamientos necesarios.

El mayor riesgo es para aquellos enfermos con deterioro cognitivo, principalmente los enfermos de Alzheimer (los momentos de mayor riesgo para estos enfermos son: el ingreso reciente en un centro, los traslados de ubicación física, los cambios de personal y las pérdidas de familiares cercanos o personas de referencia). En síntesis, se usan en personas que necesitan mucha ayuda o vigilancia, y en aquellas que son más difíciles de dominar. Es muy probable que las personas que consumen medicamentos tranquilizantes con fines restrictivos (sujeciones químicas) acaben sometidas a sujeciones físicas.

Igualmente, si se usan barandillas en la cama para evitar que un residente se levante, es muy habitual que, posteriormente, se acaben por usar sujeciones físicas para dormir.

Se suelen usar con más frecuencia, cuando no hay disponibilidad de personas para vigilar o atender a los enfermos, en el momento de levantar a los residentes, durante los desayunos, las comidas y las cenas, al acostar a los pacientes y, en general, durante toda

la noche, pues suele ser el turno peor dotado de personal. Las sujeciones se usan sobre todo en la cama y en los comedores, aunque también en las salas de estar, donde puede permanecer el residente cuando no hay personal vigilando. En cierto modo, se nos muestra que se trata de un uso relacionado con deficiencias de los centros y su organización, más que con las condiciones de los residentes.

En las conclusiones del estudio se explica que se usan las sujeciones, sobre todo, en relación con los horarios de las principales tareas del personal de atención directa, si bien pueden terminar usándose a cualquier hora, pues siempre acaban surgiendo otras circunstancias en que les conviene hacerlo.

El CEOMA afirma que la mayor parte de las residencias diseñan horarios nocturnos de cama, que van desde las 20 horas hasta las 8 de la mañana del día siguiente, o más, lo cual no se corresponde con los patrones de sueño normales de las personas mayores. No se puede pretender que una persona esté doce horas o más cada noche sin moverse de la cama, especialmente si se trata de enfermos de Alzheimer, los cuales no son capaces de comprender por qué. Estos horarios son fruto de la conveniencia de los centros y sus organizaciones, y pueden provocar que se usen más frecuentemente las sujeciones en las camas, o las barandillas, con fines restrictivos, e incluso pueden llegar a generar problemas que el residente no sufría antes, como la incontinencia de orina y fecal.

Esta era la realidad que se vivía también en nuestro centro, y hasta que no nos abrieron los ojos, o nos hicieron pensar en cómo se estaba trabajando, no nos dimos cuenta de que era “*contranatura*” tener a algunos residentes en la cama por acomodar de una manera incorrecta los horarios del personal directo, ya que se pensaba más en la organización/ gestión del personal sin tener en cuenta las necesidades de las personas.

Lo más importante en este proyecto es tener en cuenta siempre, que es necesario que las personas dependientes, tanto por edad como por enfermedad mental, tengan derecho a vivir libres de sujeciones, sobre todo cuando éstas son utilizadas por la conveniencia de los cuidadores o por la disciplina de los centros. Tanto en los casos en que el mayor se valga por sí mismo como en los que sea dependiente de sus familiares o del personal sanitario, es primordial la defensa de sus derechos.

Diferentes estudios y bibliografía⁵ analizada aseguran que:

- ✓ Las personas a las que se les restringe la movilidad sufren mayor número de caídas y sus consecuencias suelen ser más graves que en personas a las que no se les restringe la movilidad.
- ✓ Los centros que han reducido el uso de sujeciones restrictivas han podido observar que no aumenta el número de caídas o incluso han experimentado un descenso de ellas.
- ✓ En centros en los que ha aumentado el número de caídas tras la retirada de sujeciones, se ha podido observar que no ha aumentado la gravedad de las lesiones producidas como consecuencia de ellas.
- Beneficios en la salud de las personas cuidadas:
 - ✓ Beneficios Físicos: Disminución de: Riesgo de caídas, úlceras por presión, autolesiones, infecciones, estreñimiento, atrofia y debilidad, riesgo de traumatismos en la piel, riesgo de contracturas musculares, riesgo de edema, riesgo de sobrecarga cardiaca, riesgo de la disminución de la densidad ósea (con menor susceptibilidad para las fracturas). Mejora de: Apetito, tono muscular, movilidad, coordinación y equilibrio (“Aprenden a caerse”).
 - ✓ Beneficios Psicoemocionales: Desaparición de estados psicoemocionales ligados al uso de sujeciones: Agitación, agresividad, angustia, ansiedad, apatía, confusión, depresión, desesperanza, deterioro cognitivo, ira, miedo, pánico, trastorno confusional, vivencias y recuerdos traumáticos, sensación de atrapamiento.
 - ✓ Beneficios Sociales: Desaparición de vivencias sociales ligadas al uso de sujeciones: Vergüenza/ humillación, sentimientos de Aislamiento y Deshumanización, pérdida de autonomía /dependencia, recuperación del rol social, dentro del grupo de persona usuarias (recuperación de la “imagen social”).

⁵Estudio LG 2006-2008.

4.2 Demencias

Definición de demencia⁶

Es la pérdida progresiva de las funciones cognitivas debido a daños o desórdenes cerebrales más allá de los atribuidos al envejecimiento normal. Característicamente provoca incapacidad para la realización de las actividades de la vida diaria. Los déficits cognitivos pueden afectar a cualquiera de las funciones cerebrales, particularmente las áreas de la memoria, el lenguaje (afasias), la atención, las habilidades visoconstructivas, las praxias y las funciones ejecutivas como la resolución de problemas o la inhibición de la respuesta. Durante la evolución de la enfermedad se puede observar pérdida de la orientación tanto espacio-temporal como de la identidad. La demencia puede ser reversible o irreversible según el origen etiológico del desorden.

Causas de demencia

Se han clasificado según su origen o causa de la siguiente manera:

- A. **Degenerativas o primarias:** 60%: se deben a un deterioro neurológico inexplicable por otras causas
 - Enfermedad de Alzheimer
 - Demencia cuerpos de Lewy
 - Degeneración lobular frontotemporal
- B. **Secundarias:** 20%:
 - Enfermedad cerebro-vascular
 - Trastornos psiquiátricos
 - Tóxico – metabólicas
- C. **Combinadas:** 20%:
 - Mixta (degenerativa + vasculares)
 - Otras

⁶Dr. Javier Martínez Dearreaza- FAMA (2011)

Tipos de demencia⁷:

1. Alzheimer

- Es la más común de las demencias.
- Su causa se debe a la afectación tóxica neuronal progresiva tras el ataque del sistema inmunológico ante la detección de una inflamación generada por placa neurítica. Esta placa neurítica la conforma la adhesión al acúmulo de proteínas betamiloide ($A\beta$) por parte de los ovillos neurofibrilares, generados por la hiperfosforilización de las proteínas Tau en los micro túbulos neuronales.
- En el caso del Alzheimer se empiezan a alterar primero las estructuras más activas, como la memoria a corto plazo que requiere de un dinamismo y aprendizaje constante, y por último se dañan las áreas más estáticas, como la vista.

2. Demencia por cuerpos de Lewy

Esta demencia se puede reconocer por varios nombres:

- Demencia de cuerpos de Lewy difusos: se denomina así porque aparecen en sitios diversos de la corteza.
- Enfermedad de cuerpos de Lewy cortical
- Variante de EA y cuerpos de Lewy
- Demencia Parkinson: no confundir personas con Parkinson y personas con demencia.

Sobre el año 1900, Friederich Lewy investigó el Parkinson y descubrió que había depósitos de proteínas anómalas en el tronco encefálico, que reducían la dopamina (neurotransmisor). Siendo ésta la causa de la Enfermedad de Parkinson.

En la DCL, estas proteínas anómalas están presentes de forma difusa en la corteza cerebral. Hay también reducción de la acetil-colina. Se observan también neuronas con ovillos neuronales y hay presencia cortical difusa e impredecible.

Características clave:

- Cognición fluctuante con variaciones en atención y alerta.

⁷Programa AST Sanitas Residencial 2012

- Alucinaciones visuales complejas, bien formadas, detalladas y recurrentes, de aparición temprana en el curso de la enfermedad.
- Rasgos parkinsonianos (temblor de reposo, rigidez, bradicinesia)

Características que apoyan al diagnóstico:

- Caídas y síncope repetidos.
- Pérdidas de consciencia transitorias y no explicadas.
- Disfunciones autonómicas.
- Alucinaciones de otro tipo (auditivas)
- Anormalidades viso-espaciales
- Depresión
- Otros trastornos psiquiátricos.

3. Demencia frontotemporal

a. Hemisferio derecho

- Las lesiones frontales empiezan en:
 - Órbita insular
 - Cíngulo anterior medial
- El tamaño de la lesión determina la conducta social inapropiada, a más lesión más desinhibición.
- En el lóbulo frontal medial, el cíngulo anterior está asociado a la iniciativa, empatía, interés por lo que pasa en el mundo. El paciente con lesión en esta área se vuelve apático y no le importan las desgracias de familiares y amigos cercanos, no reacciona emocionalmente.
- Finalmente, las lesiones pasan al hemisferio izquierdo y producen afasia progresiva, produciéndose la demencia FT de Hemisferio izquierdo.

b. Hemisferio izquierdo

- A veces llamada afasia progresiva.
- Afecta al lenguaje, el paciente tiende a hablar menos, tiene cada vez mayor dificultad para hablar.
- Si predominan las lesiones en el lóbulo anterior frontal se ve más afectado el significado de las cosas y palabras.

- El paciente con lesiones frontotemporales en el hemisferio izquierdo, pero sin lesiones en el hemisferio derecho, no suele mostrar trastornos conductuales.

4. Demencia vascular

También llamada Demencia Multiinfarto. La lesión vascular es la que causa los síntomas.

Puede producir deterioro cognitivo leve y no ir a más.

Enfermedad cerebrovascular:

- Causada por daño en el endotelio de arterias, venas y capilares.
- Los vasos con placas ateroscleróticas en sus paredes, formadas por altos niveles de colesterol, hace que el lumen o la luz del vaso sea cada vez más estrecho. Entonces, las plaquetas forman un “tapón”, se agregan en la zona lesionada y favorecen la aparición de trombos. Se produce una reacción en cadena que puede llegar a la oclusión total del vaso con la consiguiente isquemia-necrosis-infarto-daño neuronal irreversible si la neurona está de 6 a 9 minutos sin oxígeno.
- Pueden ocurrir problemas vasculares por aneurismas que es la dilatación de la pared de la arteria y pueden llegar a romperse.
- Otra causa de ECV son las malformaciones arterio venosas: hay una interposición de vasos anómalos entre arterias y venas. Pueden producir epilepsia o déficit neurológico por compresión crónica o isquémica.
- La hipertensión es la causa más frecuente.
- Los factores de riesgo son la edad, la HTA, hipercolesterolemia, diabetes, fumar o la isquemia cardiaca.

Demencia vascular o multiinfarto:

- Epidemiológicamente es la segunda después de la EA.
- Grupo de síndromes causados por varios mecanismos que resultan en lesiones vasculares.
- Es importante la detección precoz y el diagnóstico preciso. La DV es en parte prevenible.

Dos tipos de ictus:

1. **Isquémico:** producido por coágulos (trombos mezcla de colesterol y grasa), que se desprende y al llegar al cerebro forma un tapón en el vaso, punto en el cual no pasa la sangre ni por tanto el oxígeno.
2. **Hemorrágico:** intracerebral y subaracnoideo. Se produce por rotura de vasos. El 40% acaban en muerte en los primeros 30 días. El 20% de los ictus son hemorrágicos. Se nota como el dolor más intenso de cabeza de su vida. Cursa con pérdida de consciencia.

Conclusiones DV:

- Resistencia a tratamiento farmacológicos
- Recurrir a Tratamientos No Farmacológicos y medidas ambientales

4.3Retrogénesis⁸

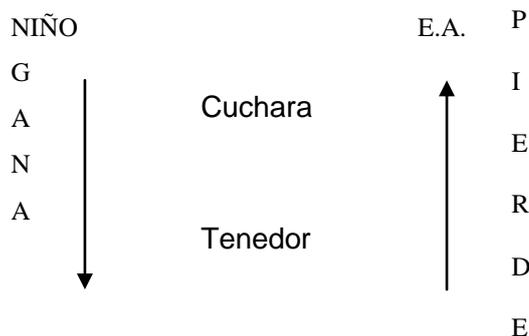
Proceso por el cual mecanismos degenerativos revierten el orden de adquisición del desarrollo normal.

Barry Reisberg es el principal exponente de esta teoría, creando además una escala evolutiva para Alzheimer, llamada GDS, basada en el proceso de la retrogénesis.

Esta teoría defiende que se encuentran similitudes entre el orden en el que se adquirieron las diferentes habilidades desde bebé a edad adulta y el orden en sentido opuesto, en el que se van perdiendo a medida que avanza la demencia. Así, las funciones que se perderán primero son las últimas que se aprendieron.

Las cosas que hemos aprendido primero en las primeras etapas de la vida, son los conocimientos o cosas que más perduran, y las cosas que aprendemos después son las que más se olvidan. **Un ejemplo: Alimentación.** Los niños aprenden a utilizar la cuchara, el tenedor y el cuchillo en ese orden. Un E.A. olvida su uso en orden inverso, cuchillo, tenedor, cuchara, por lo tanto podemos predecir qué es lo que va a pasar, esto nos permite poder trabajar más eficazmente con los pacientes.

⁸Programa AST Sanitas residencial 2012



La Retrogénesis permite comprender el mundo de la persona con Alzheimer y ajustar el tratamiento clínico y el trato humano a cada fase.

La Retrogénesis es un modelo teórico basado en síntomas que todos podemos observar.

La **retrogénesisneurometabólica**: un EA tiene muy poca actividad neuronal, igual que un recién nacido. Se usa para ver hasta qué punto podemos comparar a ambos.

Retrogénesis de los reflejos neurológicos primitivos: los EA presentan muchos reflejos que también están presentes en el recién nacido: por ejemplo:

- Reflejo Rooting o búsqueda: reflejo perioral.
- Reflejo de prensión palmar: no suelta la mano cuando apretamos la palma, no se puede controlar. Se observa a partir de GDS 7 y se presenta en el 60% en GDS 8.

Mecanismo de emulación: lo podemos utilizar como mecanismo de aprendizaje. Este mecanismo está preservado en demencia frontotemporal y GDS 6.

Escalas GDS y FAST

La escala GDS, mide la progresión de la enfermedad en términos globales.

La escala FAST (FunctionalAssessmentStaging), tiene el mismo objetivo que la GDS, pero es más fina y precisa. Se evalúa el estadio funcional.

ESTADÍOS DE GDS EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Necesidades, gustos, cómo perciben, qué le molesta, qué trato quiere (atención, variabilidad...)

GDS 1: Adulto normal. Ausencia de declive cognitivo. Gran variabilidad.

GDS 2: Adulto anciano normal. No le gustan las situaciones en las que hay mucha gente, ya que no se acuerda de los nombres. Olvidos leves.

GDS 3: Necesita sentirse útil. Puede vivir solo, pero con supervisión, necesita ayudas para la vida diaria, como compras, cocinar,...Tiene problemas para utilizar mapas, pero puede utilizar un vehículo. Es importante que no se aíse, porque comienza la apatía. Hay que respetarle los hobbies. Empieza a olvidarse de fechas y citas importantes.

GDS 4: Puede perderse. Necesita supervisión permanente, no puede vivir solo. No maneja finanzas. Se le puede dejar unos 20 minutos solo en casa. Puede hacer cosas rutinarias. Tienen apatía que en ocasiones puede confundirse con depresión. Puede aparecer depresión dependiendo de las características de cada persona. Tienen necesidad de comunicación oral, pero hay que evitar hablar de cosas en las que puedan fallar

GDS 5: problemas conductuales. Los hobbies son limitados, y la actividad compleja es casi nula, ya no trabaja y sus labores están limitadas. Hay que darle seguridad y proporcionarle un entorno seguro. No hay que tratarle como a un enfermo, pero sí hacerlo con suavidad, respeto y cariño. Es importante ser pacientes.

GDS 6: no se ducha solo, no puede ajustar la temperatura de la ducha. Necesita ayuda para utilizar el baño, y tiene incontinencia urinaria y fecal. Puede perder la comunicación oral y se debe incrementar la comunicación no verbal, hay que tocarlos más.

GDS 7: Tiene fallos visuales, como problemas en discernir la figura-fondo, por lo que falla la comunicación visual. Su lenguaje se limita a un vocabulario de unas 6 palabras, con frases muy cortas, y se vuelve ininteligible. La comunicación con ellos debe ser táctil y cercana.

CENTROS DE MAYORES LIBRES DE SUJECIONES

Alumna: M^a Rosalía león molina

Estadío GDS	Estadío FAST	Valoración funcional normal	Equivalencia edades según retrogénesis
1: Normal	1	Normal. Ausencia declive cognitivo. Ausencia de dificultades funcionales.	
2: Déficit cognitivo muy leve	2	Quejas subjetivas, olvido de nombres y de los lugares donde se dejan las cosas.	
3: DCL deterioro cognitivo leve	3	Disminución de las funciones ejecutivas, pérdida de la habilidad laboral, evidencia de los compañeros de trabajo, dificultad para viajar a lugares nuevos (etapa "post-it")	Adulto joven
4: EA leve	4	Disminución de la realización de tareas complejas, planificaciones para varios comensales, manejo de dinero, mercadear, falta de coordinación motora, etc. (Fase centro de día. No pueden salir de sus rutinas)	7 años
5: EA moderada	5	Necesidad para elegir la ropa acorde con la estación del año y situaciones, pérdida de fluidez verbal, mala planificación de situaciones	5-7 años
6: EA moderadamente severa	6a	Necesita ayuda para vestirse	5 años
	6b	Incapaz de bañarse sin ayuda. Necesita ayuda para la temperatura del agua	4 años
	6c	Merma la habilidad de la mecánica del baño.	4 años
	6d	Incontinencia urinaria	36-54 meses
	6e	Incontinencia fecal	24-36 meses
7: EA severa	7a	Limitación de la habilidad del habla. Media docena de palabras al día, pero siente, atiende, agradece el buen trato y el respeto.	15 meses
	7b	Vocabulario ininteligible. Se limita a una palabra en todo el día, empuja cosas.	12 meses
	7c	Incapaz de andar sin ayuda. Agradece el tacto, le gusta la música.	8-16 meses
	7d	Incapaz de sentarse erguido	6-9 meses
	7e	No sonríe, no controla la horizontalización de la mirada. No control cefálico.	0-6 meses

Cuidados y trato a pacientes con EA

La edad evolutiva puede explicar las necesidades, los cuidados, los trastornos de conducta, etc, en los niños. Si tenemos en cuenta la Retrogénesis, también puede explicarse en los enfermos de Alzheimer.

Un **GDS 3 (equivale aprox. a un adolescente)**. Necesitan supervisión ligera y pequeñas ayudas en tareas complejas.

Un **GDS 4 (equivale a una edad de 8 – 12 años)**: les gustan las tareas de fichas, organización, etc. Un niño de esta edad (8-12 años), no tiene rabietas, igualmente sería extraño que un EA con GDS 4 tuviese una reacción catastrófica.

Un **GDS 5 (equivale a una edad de 5 años)**: hay que ayudarles a elegir la ropa adecuada a la estación del año. Tener en cuenta que en este estadio pueden aparecer la ideación delirante, paranoide. Hay que estar preparados para tratar estos episodios adecuadamente. A una niña de 5 años le gusta jugar con muñecas, igualmente hay personas con EA a las que también les gusta, pero esto no vale para todas las demencias. Si la demencia es EA pura sí que suele funcionar. Si la demencia tiene otros componentes (subcorticales, vasculares,...) no funciona porque preservan el sentido del “yo adulto”.

Un **GDS 6 (equivale aprox. De 2 a 5 años de edad)**. Requiere los mismos cuidados que los niños de esta edad. No se le puede dejar solo porque hay riesgos. Los síntomas conductuales son iguales que los de los niños de 2 a 5 años. **Por ejemplo:** puede tener una “rabieta” (reacciones catastróficas) si se le maltrata o frustra. En ese caso hay que dejarle tranquilo, “ya se le pasará”. **Agresividad:** en GDS 6 hay agresividad verbal muy elevada. La violencia física es muy pequeña, pero sí que hay agitación. A veces una interpretación o conducta inadecuada del cuidador pueden ser las causas de este tipo de conductas. En TO es importante trabajar el abrochado de botones, y permitir que lo realicen ellos mismos bajo supervisión siempre que sea posible. La imitación es un buen mecanismo para que sigan haciendo algunas tareas del aseo personal, como lavado de dientes.

A los niños les gusta recibir instrucciones sobre cómo usar algo. A los EA también les pasa lo mismo, les gusta recibir instrucciones, pero debe hacerse con cuidado, poniendo atención en el tono, el contexto y en no infantilizar.

En esta etapa les puede gustar también hacer juegos como el memory, nombrar cosas, etc.

Un **GDS 7 (equivale aprox. A 1 año y medio de vida)**. Requiere los mismos cuidados que un bebé. Es tan vulnerable como un bebé, tanto física como emocionalmente. **Por ejemplo:** si a un GDS 7 lo desatendemos, gritará y si seguimos sin hacerle caso, desarrollará pasividad, se hartará de gritar y acabará retrayéndose. Eso es patológico. Es igual que lo que observamos en un bebé, si no le haces caso gritará, pero si se continúa sin atenderle acabará retrayéndose, depresión anaclítica. Sin embargo, es necesario que la atención y estimulación no sea excesiva, ya que no pueden procesar toda la información a la vez y les suele provocar angustia. En las fases finales es positivo que estén en ambientes sin exceso de estimulación y sitios tranquilos. **Contracturas:** su aparición es más frecuente a partir de la Fase 7c. Nos hacen difíciles los cuidados (aseo, vestido...). Son dolorosas. **Son evitables a través de movilizaciones frecuentes.**

Rigidez paratónica muscular o Paratonía: la tienen los bebés y es una rigidez que aparece ante movimientos rápidos o inesperados. En la EA esto vuelve a aparecer sobretodo en **Fase 6 y 7**. Se nota al hacer transferencias deprisa ya que el paciente se pone rígido. **Para evitarlo hay que realizar los cambios posturales, transferencias y movimientos lentamente.**

Conocer la progresión funcional de la EA puede facilitar una rápida comprensión de las necesidades emocionales y de gestión del EA. Podemos verlo como algo horrible, o verlo como que los bebés también lo hacen (por ejemplo, arrastrar cosas, balbucear..), por ejemplo: el miedo a ser dejado solo, los EA lo sufren igual que los niños. La ideación delirante y paranoide también la tienen los EA.

Diferencias entre EA y desarrollo humano normal

A pesar de la ayuda de la retrogénesis, debemos recordar que hay diferencias entre los mayores con Alzheimer y los niños.

- Los enfermos de Alzheimer (EA) son más grandes y difíciles de manejar que los niños.
- Los EA suelen ser viejos y proclives a padecer muchas enfermedades e incapacidades asociadas a la edad.

- Los EA tienen habilidades y maestrías adquiridas del pasado, conocen cosas previas, como por ejemplo, lo que está bien (en general), la forma adecuada de vestir, tiene recuerdos, etc. Por todo esto, **conservan el sentido de la dignidad** mucho tiempo y rechazan ser tratados con infantilismos. En los niños, no se da, ya que no tienen historia de vida previa. Por esto hay que evitar el “Elderspeak”, es decir el hablarles como a los niños, ya que lo rechazan y se pueden desencadenar reacciones conductuales inadecuadas.
- Los EA no vuelven a gatear como los bebés.
- El desarrollo del niño está marcado por expectativas crecientes, en cambio en los EA las expectativas son decrecientes.
- La percepción de los bebés y de los EA puede ser muy diferente. Los bebés procesan muy rápido y los EA muy lento.
- Los EA son proclives a padecer rigidez y contracturas (como hemos visto anteriormente)

“Los EA no son niños”

Sin embargo, a pesar de las diferencias entre EA y niños si se utiliza el Modelo de la Retrogénesis se encuentran formas de actuación y pasos útiles a seguir.

4.4 Restricciones físicas en ancianos institucionalizados ¿una forma de maltrato?

Es un tema de debate muy popular últimamente sobre si las sujeciones físicas se considerarían maltrato o negligencia. Para empezar tenemos que tener en cuenta las definiciones:

Maltrato⁹: la acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada que causa daño o angustia a una persona mayor y que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza.

Maltrato en la vejez¹⁰: todo acto u omisión, voluntario o involuntario que tenga como consecuencia un sufrimiento físico o psicológico (innecesario) en la persona mayor de 65 años.

Cinco categorías de maltrato a personas mayores:

1. Físico:
 - Por acto: pellizcos, golpes etc.
 - Por omisión: no prevenir posibles peligros, dar de comer escasamente.
2. Psicológico:
 - Por acto: insultos, humillaciones, etc.
 - Por omisión: ignorar, mostrar indiferencia.
3. Económico:
 - Por acto: robo, manejar su dinero sin su consentimiento.
 - Por omisión: no intervenir cuando por su demencia no tiene control en el gasto de su dinero.
4. Social:
 - Por acto: intentar que no hable o participe con normalidad en reuniones familiares.

⁹Definición de la OMS

¹⁰Vejez, autonomía o dependencia, pero con calidad de vida / coord. por Vicente Pérez Cano, José Luis Malagón Bernal, Luis Vicente Amador Muñoz, 2006, págs. 307-318

- Por omisión: mantener una conversación a su lado sin considerar su presencia.
5. Afectivo- sexual:
- Por acto: reprimir o castigar por manifestaciones de su conducta sexual, en lugar de comprender y ayudar a reorientarlas.
 - Por omisión: considerar la vejez como un periodo sin necesidades afectivas y sexuales, es causa de muchos casos de maltrato.
6. En libertad y derechos básicos:
- Por acto: decidir por él el ingreso en una residencia, poner una sujeción física o química.
 - Por omisión: no respetar sus ideas (inducirle a votar en unas elecciones cuando no tenía intención de hacerlo).

Después de ésta clasificación, podríamos considerar que ponerle a alguien sujeciones físicas es un maltrato por acto desde el punto de vista psicológico (la persona que está atada siente la humillación de no poder moverse como quiere y cuando quiere), social (ya que al estar atada no puede socializar con quien le gustaría porque no puede moverse), y en libertad, (ya que la persona no puede moverse libremente).

Hay que añadir, teniendo en cuenta también la clasificación anterior que un maltrato por omisión sería lo mismo que decir que es una negligencia por parte de la persona que ve y permite que se le ponga una sujeción a otra. **Entendiendo por negligencia¹¹**: el incumplimiento voluntario o involuntario de las funciones propias del cuidador para proporcionar los servicios necesarios para evitar daño físico, angustia o daño mental del sujeto pasivo.

Grupo de riesgo:

1. Ancianos que viven en su domicilio o en el del cuidador, que requieren numerosos cuidados y excederán en breve la capacidad familiar o personal para asumirlos.

¹¹ Los malos tratos desde el punto de vista jurídico. Julio Jesús López Ordiales. Vejez, autonomía o dependencia, pero con calidad de vida, 2006, págs. 335-342

2. Ancianos cuyos familiares o cuidadores expresan frustración en relación con la responsabilidad de asumir dicho papel y muestran pérdida de control de la situación.
3. Ancianos cuyos familiares o cuidadores presentan signos de estrés.
4. Ancianos que viven con familiares que han tenido historia previa de violencia familiar (niños, esposa).
5. Ancianos que viven en un entorno familiar perturbado por otras causas (pérdida de trabajo del cuidador, relaciones conyugales deterioradas, etc.)

Factores de riesgo:

1. Deterioro funcional del anciano.
2. Alteración de las funciones cognitivas.
3. Aislamiento social.
4. Convivir en el mismo domicilio por acuerdo previo.
5. Cuidador con alteraciones psicológicas.
6. Ambiente familiar perturbado por causas externas.
7. Historia previa de violencia familiar.

Las personas mayores se han convertido en tema de debate de científicos, políticos, etc., sujeto de políticas socioeconómicas específicas y hoy protagonistas casi exclusivos de normativas de la envejecimiento de la ley de dependencia que irrumpe como un pilar de la sociedad del bienestar. Se reconoce al mayor como un sujeto con derechos.

J. Javier Soldevilla explica que nuestra sociedad parece mantener una diferente “vara de medir” para los problemas de los mayores con respecto a otros grupos, como de vez en cuando reflejan grandes titulares de medios de comunicación, escandalizados por el anuncio de que algunos profesionales en un centro de atención a niños, los encerraban en una sala de castigo durante un periodo de tiempo, al objeto de mejorar su conducta. Practica reprobable y que la opinión pública condena con rotundidad, prácticas que creemos se pueden venir realizando de forma cotidiana en instituciones para mayores y que sin embargo la sensibilidad social y la institucional no se sorprende no se interroga, no lo cuestiona.

Recientemente la sociedad española de geriatría y gerontología publicaba un artículo sobre “la percepción de los profesionales sobre negligencia, abuso y maltrato a personas mayores” fruto de un trabajo sociológico en el que se perseguía establecer las categorías fundamentales en el ámbito institucional y comunitario, así como conocer que entienden los profesionales por conceptos como negligencia, abuso y maltrato a las personas mayores, describir las circunstancias más frecuentes en las que se producen, ahondar en sus causas e incluso establecer la tipología de profesionales más proclive a ejercer malos tratos. De su análisis extraemos que un ejemplo claro y repetido en todos los niveles asistenciales de conducta negligente para los profesionales encuestados, es decir, asociada a una ausencia de acción con consecuencias física y/o psíquicas para la persona mayor, es “la utilización indebida de medios de contención e inmovilización”.

En la medida en que se desarrollan estos procedimientos de restricción al mayor, implícitamente se le está dando “el visto bueno” a la práctica en sí. El maltrato puede vivirse como algo cotidiano porque todos los procedimientos de restricción física no se consideran reprobables.

La dimensión del problema del uso de las restricciones físicas en España es a día de hoy prácticamente desconocido. En general se observa una evidente ausencia de líneas de investigación y de práctica profesional que incida en la prevención del uso irracional y el desarrollo de nuevas alternativas. Sin embargo la preocupación de los profesionales sobre el mal uso y abuso de ellos aflora en numerosos foros.

Para cambiar la práctica de los profesionales y los futuros enfermeros y, en general de la sociedad en el uso de restricciones con la persona mayor en las instituciones, es necesario conocer hasta donde alcanza esta práctica y que idea dominante subyace a dicho proceso. J. Javier Soldevilla nos explica dos experiencias en las que participo personalmente, que tratan de contribuir a ser visible, social y profesionalmente, que estas prácticas de uso inadecuado de las restricciones físicas en el anciano institucionalizado, forman parte de un maltrato en el mayor y deben ser revisadas en profundidad.

La dimensión epidemiológica del uso de restricciones físicas en el anciano institucionalizado:

Desde el seno del grupo de protección al mayor de la sociedad española de enfermería geriátrica y gerontológica (SEEGG) se procedió a explorar el uso de restricciones físicas en las instituciones y pilotar un cuestionario como prólogo y ensayo de una investigación ulterior más amplia que pudiera dirigirse a todo el territorio nacional.

Se remitió un cuestionario a todos los socios SEEGG (385) junto con las orientaciones de uso y la consigna de difundirlo en el mayor número de centros posible. Constaba de seis dimensiones, integradas en los siguientes apartados:

1. Datos de identificación de la persona que cumplimentaba el cuestionario,
2. Datos de identificación del centro,
3. Caracterización del equipo profesional que atiende el centro,
4. Caracterización del centro en relación a la indicación y seguimiento de la restricción,
5. Tipología de las personas mayores que en el momento de ser pasado el cuestionario estaba sometido a restricción física,
6. Motivos que se argumentan para el uso de la restricción y caracterización del tipo de restricción.

Mayoritariamente responden enfermeras, el 80% son centros públicos. Son 27 centros los que informaron sobre un total de 537 pacientes mayores identificados con restricción física.

En muchas ocasiones el motivo de la restricción es el riesgo de accidente en la persona mayor porque no existe suficiente personal para atender de forma individualizada a las personas mayores más vulnerables.

Caracterización del centro en relación a la indicación y seguimiento de la restricción:

Los datos reportados por esta investigación muestra la siguiente fotografía¹²:

1. Profesionales que prescriben la restricción: en la mayoría de los casos se prescribe conjuntamente por más de un profesional (medico-enfermera, enfermera-auxiliar)

¹² Estudio realizado por SEEGG y publicado en "Restricciones físicas en ancianos institucionalizados ¿una forma de maltrato? J. Javier Soldevilla Agreda, Universidad de La Rioja".

2. Existencia de protocolo: se detecta que el 84,4% no tienen ningún protocolo por el que guiar la práctica de este tipo de intervenciones.
3. Respecto a la supervisión de la restricción física: casi el 50% de las mismas es supervisada por el personal auxiliar.
4. En cuanto al registro, se observa que el 67,4% de los casos no se hace ningún tipo de registro (profesional que lo prescribe, fecha de inicio...)
5. Frecuencia en la supervisión: la variabilidad que se detecta hace sospechar que es bastante arbitrario el criterio y se corresponderá con las valoraciones individuales del equipo de profesionales que está en cada unidad.
6. Conformidad con la restricción: el 63,9% no tiene la firma de conformidad del paciente y/o tutor.

Tipología de las personas mayores que en el momento de la cumplimentación del cuestionario estaban con restricción física:

1. Perfil de los pacientes: las mujeres suponen el 70,9% del total.
2. Características de la enfermedad: los procesos neurológicos suponen el 68,9% de los casos, de los cuales el 28,3% son pacientes con enfermedad de Alzheimer; el 40,6% con otro tipo de demencias. El 31,1% no presenta ninguna enfermedad demencial.
3. Respecto a accidentes sufridos por el paciente: el 68,9% no ha sufrido ningún accidente previo a la decisión de la restricción física.

Podría decirse que el perfil del mayor con restricción física es una mujer con un proceso neurológico mayor de 80 años que lleva con restricción más de un año de forma continuada.

Características de la restricción física y argumentos para su uso:

1. Tipo de restricción: es muy variado, desde las barandillas completas, restricciones de tronco, de miembros y restricciones con silla.
2. El motivo de la restricción se concentra en riesgo de caída o el riesgo unido a otras posibles causas (vagabundeo).

Sensibilizar al colectivo de profesionales de la salud que trabajan en instituciones gerontológicas es sin duda un recurso de enorme potencial en la reducción y/o eliminación de este tipo de prácticas y fue el detonante del segundo de los trabajos que

ahora vamos a explicar, dirigido a aproximar la perfección de los estudiantes de enfermería sobre el uso de restricciones físicas en los ancianos.

La segunda experiencia fue un estudio piloto y descriptivo de la percepción del uso de restricciones físicas en ancianos con una población de alumnos de tercer curso de la escuela universitaria de enfermería de Logroño elegidos al azar. Se combina metodología cualitativa y cuantitativa.

Es de destacar la normalidad con que se trata el fenómeno de la restricción física, donde estarían incluidas todas las formas de contención que podamos imaginar.

La cantidad y variedad de recursos nos indica lo integrado que puede estar en los pilares de la propia organización institucional.

Las estructuras físicas y organizativas de las instituciones hacen que los profesionales lleguen a vivenciar la práctica de la restricción física como un mal menor al que le obliga la propia institución para prevenir accidentes de los mayores.

“el modo de hacer” o el “se ha hecho siempre” ponen en marcha mecanismos y procedimientos que se llegan a automatizar dentro de la institución sin que se piense que se están vulnerando los derechos de la persona independiente.

La única razón legítima para usar restricciones debería ser la terapéutica, garantizando la seguridad y mejorando el bienestar del anciano, sin embargo, no hay evidencias científicas que avalen la consecución de estos objetivos y si estudios que ponen de manifiesto las consecuencias negativas de tal práctica.

Se hace preciso continuar con nuevas líneas de trabajo que busquen cambios de enfoque, donde el respeto a la autonomía y la libertad del mayor anulara practicas inadecuadas relacionadas con el uso de restricciones físicas al anciano, especialmente con el más frágil y vulnerable.

El cambio siempre es difícil. Disminuir el uso de restricciones físicas es cambiar cuidados que tradicionalmente se han considerado aceptables, y debe de planificarse desde todas las esferas, iniciándose en el trascurso de la formación de pregrado de los profesionales, los que realmente pueden actuar como “motor de cambio”.

Las restricciones usadas de una forma irracional se han de contemplar como parte del fenómeno de maltrato al mayor, que lleva a una práctica deshumanizada.

La Fundación cuidados dignos ha elaborado una guía para la eliminación de sujeciones físicas y químicas en centros de atención sociosanitaria y domicilios. En ella nos indica que en año 2011, en España, el 23% de las personas mayores que viven en residencias lleva alguna sujeción restrictiva, un porcentaje excesivamente elevado que requiere de una respuesta por parte de la sociedad.

La gestión de sujeciones restrictivas o su ausencia en el cuidado de las personas dependientes, es hoy en día un tema superado en la mayor parte de los países más avanzados del mundo, y sin embargo, España, aun formando parte de ese grupo de países evolucionados e innovadores, sigue utilizándolas en exceso.

Es por eso que desde la fundación cuidados dignos han creado una guía de cómo solucionar estos problemas, nos enseñan cómo se pueden eliminar las sujeciones en los centros de atención sociosanitaria, así como en los domicilios.

La SEGG¹³, consciente de la importancia y transcendencia que tiene la atención a las personas que con motivo de su enfermedad han perdido la capacidad de control; e intentando por un lado preservar y garantizar la máxima dignidad y autoestima, así como velar por la integridad personal, seguridad legal y jurídica de las personas mayores, atendidas en servicios y centros geriátricos y gerontológicos; ha decidido crear un Comité de Expertos que defina el posicionamiento de la SEGG en esta materia y elabore un documento de consenso sobre sujeciones que sirva como Guía de Buena Práctica de Actuación para los diferentes profesionales dedicados a la atención a los mayores.

Al mismo tiempo, este documento constituirá la base para el debate, desarrollo y mejora para el Grupo de Trabajo de Sujeciones Mecánicas y Farmacológicas, que se impulsará en el seno de la SEGG.

Este Comité de Expertos está formado por una veintena de especialistas de reconocido prestigio, tanto miembros de la propia SEGG, así como profesionales externos de diferentes disciplinas, todos ellos expertos en sujeciones.

Este documento se presentará oficialmente en octubre del 2014, aunque en la tercera jornada sobre la eliminación de sujeciones en centros residenciales del IMSERSO

¹³Sociedad Española de Geriatria y Gerontología

celebrado en junio del 2014, se habló sobre la importancia del NO uso de sujeciones en centros residenciales para mayores, y sobre este documento de consenso, que con lo que comienza es con el acuerdo en la terminología, porque dependiendo del ámbito se habla de sujeción física o sujeción mecánica (siendo las dos cosas lo mismo). Pero hasta octubre no podremos saber en profundidad en que consiste este documento que tanto nos ayudara en nuestra labor profesional.

4.5 Humanizar los cuidados en los centros geriátricos

Tenemos que empezar este punto con la definición de **humanización**¹⁴: que es la acción y efecto de humanizar. **Humanizar**¹⁵ es hacer a algo humano, familiar, afable y ablandarse, desenojarse, hacerse benigno.

Humano¹⁶: perteneciente al hombre o propio de el “aplíquese a la persona que se compadece de las desgracias de sus semejantes”.

Nuestro proyecto cree firmemente en un centro humanizado, desde el punto de vista anteriormente explicado. Para que de esta manera las personas sean tratadas como tal y siempre respetando sus voluntades.

Hay que tener también en cuenta dos puntos que son los siguientes¹⁷:

El cuidado competente: es el que se refiere al cuidado fragmentario, al cuidado de todos y cada uno de los elementos que integran la corporeidad humana: los pies, los brazos, el tronco, la cabeza. El cuidado competente requiere conocimientos de orden anatómico y fisiológico y solo puede dispensar dichos cuidados la persona competente en un determinado fragmento de la corporeidad humana.

El cuidado personal: requiere además del cuidado competente, el cuidado individual, el trato afectivo, la sensibilidad, la complicidad personal, la confianza, la proximidad de orden ético, y esto exige además de grandes dotes comunicativas y conocimientos

¹⁴ según la RAE

¹⁵ según la RAE

¹⁶ según la RAE

¹⁷ Humanizar los cuidados en centros geriátricos. José Ignacio Santaolalla Sáez Vejez, autonomía o dependencia, pero con calidad de vida, págs. 355-360

psicológicos, un determinado talante moral. Es a este cuidado personal al que aspiramos cuando hablamos de humanización de los cuidados.

En los 90's el 80% de los residentes eran válidos¹⁸, hoy en día es lo contrario. Ha cambiado totalmente el perfil de residente en los centros de mayores, también las necesidades económicas han cambiado para todos.

Nos explican las circunstancias que rodean el traslado a la residencia, que son las siguientes:

1. Desarraigo y ruptura: pérdida de protagonismo y de relaciones sociales que pueden estar ya muy reducidas cuando el anciano se dispone a ingresar en una residencia. El anciano rompe con su barrio, con sus vecinos, su casa.
2. Escasas expectativas: el ingreso es vivido generalmente como un mal menor y no como un acontecimiento deseable. Es muy importante tomar con gran interés y cuidar el proceso de incorporación y adaptación al nuevo mundo que es la residencia, para que el cambio se produzca con el menor trauma posible.

Estudio de Hansen (1995): subraya la necesidad de preparar bien los ingresos por las consecuencias negativas que se derivan cuando se hacen precipitadamente. Cuando se producen ingresos en contra de su voluntad, sin preparación o mal documentados, el 34% de los ancianos experimentan pérdidas de orientación espaciotemporal acompañadas de alteraciones oniroides, otro 41% tiene una mala adaptación y solo el 25% no tiene problemas.

5 Contexto legal.

Diferentes organismos internacionales, nacionales y autonómicos consideran las sujeciones como vulneración de los derechos fundamentales y a continuación vamos a enumerarlos.

¹⁸La humanización empieza por el ingreso. Vicente Pérez Cano, María De Lujan Japón Belmonte y Gonzalo Musitu Ochoa (2006, págs. 361-372)

5.1 Ámbito internacional

Entre los países que poseen legislación restrictiva en cuanto al uso de sujeciones, podemos destacar los casos de Japón o Estados Unidos, como ejemplos de movimientos de racionalización del uso de sujeciones que han derivado en un cambio en la legislación:

- **Japón:** Profesionales del Hospital Kamikawa de Tokio desarrollan métodos de cuidados a personas mayores dependientes y en 1998 elaboran el “Free Care Fukuoka Proclamation” con el que se involucran todos los centros del Consejo Nacional de Centros de Cuidados Prolongados a Personas Mayores, empujando al Ministerio de Sanidad y Bienestar a publicar una orden prohibiendo el uso de sujeciones físicas en instituciones públicas de cuidados prolongados (1999).
- **Estados Unidos:** Tras la presentación del Nursing Home Reform Amendments of the Omnibus Budget Reconciliation Act de 1987 (OBRA 87), que establece las bases para que se controlen los centros de cuidados prolongados americanos de una forma efectiva, en aras a garantizar unos mínimos en la calidad de los cuidados. Teniendo como base esta ley se desarrollan diferentes normas federales en las que se regula, entre otras cuestiones, el uso de sujeciones físicas y químicas, con el objetivo de generar un cambio de cultura en el país para eliminar por completo las sujeciones.

Otros países como Austria, Dinamarca, Alemania y Países Bajos también disponen de legislación que restringe el uso de sujeciones en centros de atención a personas mayores.

Dentro de los Principios de las Naciones Unidas a Favor de las Personas de Edad se recogen los siguientes artículos:

- *9.1 Todo paciente tendrá derecho a ser tratado lo menos restrictivamente posible y a recibir el tratamiento menos restrictivo y alterador que le corresponde a sus necesidades de salud y a la necesidad de proteger la seguridad física de terceros.*
- *11.11 No se someterá a ningún paciente a restricciones físicas o a reclusión involuntaria salvo conforme a los procedimientos oficialmente aprobados de la institución psiquiátrica y sólo cuando sea el único medio disponible para impedir*

un daño inmediato o inminente al paciente o a terceros. Estas PRÁCTICAS NO SE PROLONGARÁN más del periodo estrictamente necesario para alcanzar este propósito. Todos los casos de restricción física o exclusión voluntaria, sus motivos y su carácter y duración se registrarán en el historial del paciente. Un paciente sometido a restricción o reclusión será mantenido en condiciones dignas y bajo el cuidado y la supervisión inmediata y regular del personal cualificado. Se dará pronto aviso de toda restricción física o reclusión involuntaria de pacientes a los representantes personales, de haberlos y de proceder.

5.2. Ámbito constitucional

En la constitución española de 1978 nos encontramos con:

- Artículo 10 Constitución Española:
 1. La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social.
 2. Las normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades que la Constitución reconoce se interpretarán de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y los tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificados por España.
- Artículo 15: Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes. Queda abolida la pena de muerte, salvo lo que puedan disponer las leyes penales militares para tiempos de guerra.
- Artículo 17.1: Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad, sino con la observancia de lo establecido en este artículo y en los casos y en la forma prevista en la ley.

5.3.Ámbito autonómico

Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con Respeto a las Aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio de Oviedo), art. 7. (Convenio de 4 abril 1997, ratificado por Instrumento de 23 julio

1999. BOE 20 octubre 1999, núm. 251, [pág. 36825]; rect. BOE 11 noviembre. Actualizado en cuanto que se añade un Protocolo adicional al Convenio por Protocolo de 12 enero 1998 , ratificado por Instrumento de 7 enero 2000):

“La persona que sufra un trastorno mental grave sólo podrá ser sometida, sin su consentimiento, a una intervención que tenga por objeto dicho trastorno, cuando l a ausencia de ese tratamiento conlleve el riesgo de ser gravemente perjudicial par a su salud y a reserva de las condiciones de protección previstas en la ley, que co mprendan procedimientos para supervisión y control...”

Apartado 3.7.3 del trabajo “Los Derechos de las Personas Mayores y la Prevención del Maltrato” (Defensor del Pueblo Comunidad Autónoma País Vasco 2009):

“... las sujeciones son algo que vulnera un derecho fundamental, como es el dere cho a la libertad.

Utilizadas en exceso o de forma inadecuada, las sujeciones pueden ser interpretad as como una forma de “abuso”, “negligencia” o “maltrato”....”

A pesar de todas estas consideraciones éticas y legales desarrolladas a nivel internacional, en España actualmente no existe, en el plano estatal, legislación específica que regule el uso de sujeciones, aunque en el ámbito de los servicios sociales autonómicos se han desarrollado diferentes leyes y decretos que hacen referencia explícita a las sujeciones físicas, estableciendo límites a su uso:

- Art. 6 s), Ley 2/2007 de 27 de marzo, **Cantabria**: Derecho a no ser sujeto a ningún tipo de restricción física o intelectual, por medios mecánicos o farmacológicos sin prescripción y supervisión facultativa, salvo que exista peligro inminente para la seguridad física de la persona usuaria o de terceras personas. En este supuesto, los motivos de las medidas adoptadas deberán recogerse de forma razonada en la historia personal, precisarán supervisión facultativa antes de veinticuatro horas y comunicarse a sus familiares más cercanos y al Ministerio Fiscal.
- Art. 47.2.i) de la Orden de 4 febrero 2005 de la Conselleria Bienestar Social de la **Generalitat Valenciana**, 15 de febrero de 2005, Valencia: A los usuarios solamente les podrán ser aplicadas medidas de sujeción, por prescripción facultativa motivada y expresa, con indicación de las horas que ha de llevarse a

efecto, el tipo de sujeción y duración del tratamiento. Habrá de concurrir el consentimiento expreso y por escrito del usuario, o su representante legal, en su caso, e informándose de ello a la familia. El medio utilizado para la sujeción deberá contar con la correspondiente homologación. Caso de que el usuario o su representante legal no preste su consentimiento, el centro podrá exigir que dicho rechazo conste por escrito.

- Decreto 284/1996 modificado por el Decreto 176/2000, art. 5.1 g) **Cataluña**: Derecho a no ser sometido a ningún tipo de inmovilización o restricción física o farmacológica sin prescripción médica y supervisión, salvo que exista peligro inminente para la seguridad física del usuario o de terceras personas. En este último caso, las actuaciones efectuadas tendrán que justificarse documentalmente en el expediente asistencial del usuario.
- Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales – **Navarra**:
TÍTULO I.
 - Artículo 8. Derechos y deberes específicos de los usuarios de servicios residenciales: k. Derecho a no ser sometido a ningún tipo de inmovilización o de restricción física o tratamiento farmacológico sin prescripción facultativa y supervisión, salvo que exista peligro inminente para la seguridad física del usuario o de terceros. En este último caso, las actuaciones efectuadas se justificarán documentalmente y constarán en el expediente del usuario, en la forma que se establezca reglamentariamente. Asimismo, se comunicarán al Ministerio Fiscal.
 - Artículo 87. Infracciones muy graves: b) Someter a los usuarios de los servicios a cualquier tipo de inmovilización o restricción física o tratamiento farmacológico sin prescripción médica y supervisión, excepto en el supuesto de que exista peligro inminente para la seguridad física del usuario o de terceras personas.
- Ley de Servicios Sociales de **Illes Balears** 4/2009, de 11 junio. En su artículo 9.1.n) dispone:
 - Las personas usuarias de servicios residenciales tienen, además de los derechos reconocidos en el artículo 7, los siguientes: Derecho a no ser

sometidas a ningún tipo de inmovilización o de restricción física o tratamiento farmacológico sin su autorización, a menos que haya peligro inminente para la seguridad física de la persona usuaria o de terceras personas, o que haya prescripción facultativa, en ambos casos bajo supervisión.

- Decreto 79/2002, de 13 junio, que aprueba el Reglamento de Centros de Atención de Servicios Sociales de **Asturias**, que en su artículo 17.2 establece:

- 2. El contenido mínimo de las programaciones en lo que se refiere a servicios asistenciales para todos los centros de atención a servicios sociales será el siguiente:

c) Medidas de sujeción mecánica aplicadas a las personas usuarias: Al efecto de evitar autolesiones, dichas medidas deberán contar con la debida indicación facultativa o técnica documentada. No obstante, esta medida también podrá ser aplicada ante casos excepcionales y situaciones de emergencia con la autorización del director o directora o del responsable autorizado para atender a eventualidades, registrando documentalmente la aplicación y dando cuenta posteriormente al correspondiente facultativo o técnico responsable para que decida sobre su prescripción.

Los elementos utilizados para la sujeción mecánica serán de tipo homologado y cuando a una persona usuaria se le apliquen estas medidas será preciso intensificar la función de acompañamiento y de observación por parte del personal asistencial.

- Ley 12/2008, de 5 diciembre de Servicios Sociales del **País Vasco** de 2008, que en su artículo 91.1.

e) tipifica como infracción muy grave: Someter a las personas usuarias a cualquier tipo de inmovilización o restricción física o farmacológica sin prescripción médica y supervisión, a excepción de los supuestos en los que exista peligro inminente para la seguridad física de ésta o de otras personas, así como silenciar o encubrir dichas actuaciones.

- Ley 7/2009, de 22 diciembre, de Servicios Sociales de **La Rioja**, que en su artículo 85 b) tipifica como infracción muy grave: b) Someter a las personas usuarias de los centros o servicios a cualquier tipo de inmovilización o restricción física o farmacológica sin prescripción médica y supervisión, a excepción de los supuestos en los que exista peligro inminente para la integridad física de éstas o de otras personas, así como silenciar o encubrir dichas actuaciones.

6 Descripción del contexto profesional

6.1 La residencia

Perfil de residentes hay un 65 % de residentes con algún tipo de demencia diagnosticada, mientras que el resto son residentes que están en la residencia haciendo algún tipo de rehabilitación, o que la hicieron en su día y prefirieron quedarse ya en la residencia y cerrar su casa.

Divisiones: la residencia se divide en 4 plantas. En la planta baja hay 19 plazas divididas en habitaciones dobles e individuales. Se encuentran también tres salones comunes y el comedor general. Es una planta para gente que esta encamada o que tiene movilidad reducida, y de este modo pueden acceder a los salones comunes y el comedor más fácilmente. En el caso de los encamados, están en esta planta porque de esta manera se facilitan las rondas al equipo gerocultor.

En la primera planta se encuentran las personas con un deterioro cognitivo moderado y/o necesitan ayuda para los desplazamientos.

La segunda planta se encuentran las personas sin deterioro cognitivo, la mayoría son válidas, solo necesitan supervisión en momentos puntuales del día.

Y por último la tercera planta es una “unidad de demencias”. Donde se encuentran los residentes con deterioro cognitivo grave y/o trastornos de conducta. Esta planta es la única que cuenta con un comedor donde los residentes hacen todas sus comidas, y tienen su salón propio, es una unidad en la que se encuentra todo lo que los residentes

van a necesitar y es un espacio más recogido. Esto es algo muy importante para la orientación y para que las personas con demencia no se sientan perdidos.

Los fisioterapeutas van una hora al día a hacer movilizaciones con los residentes y la terapeuta y la psicóloga hacen los tratamientos no farmacológicos junto con el personal gerocultor, trabajando la relajación y la conexión con el medio con estimulación sensorial.

Vida en la residencia: en la residencia siempre se intenta que el residente elija que quiere hacer. Las posibilidades son varias y siempre intentamos que tengan una vida activa.

Horarios de comidas:

- Entre las 08.00 y las 10.00 es el desayuno.
- Comida:
 - Primer turno (residentes que necesitan que se les ayude a comer): 13.00-13.45
 - Segundo turno (residentes que no necesitan que se les ayude para comer): 14.00-15.00
- Merienda
 - Primer turno: 16.00-17.00
 - Segundo turno: 17.15
- Cena
 - Primer turno: 19.00-20.00
 - Segundo turno: 20.15-21.00

El horario del desayuno no tiene turnos porque varía según la hora a la que acabe cada uno de ducharse, las duchas empiezan a las 07.00. A la mayoría se les ducha ya que son asistidos, pero aun siendo válidos las auxiliares supervisan que están haciendo correctamente su ducha y no necesitan nada.

Desde las 09.00 hasta las 20.00 el gimnasio está abierto con un fisioterapeuta que está haciendo tanto sesiones grupales como sesiones individuales con residentes dependiendo de lo necesite cada uno.

CENTROS DE MAYORES LIBRES DE SUJECIONES

Alumna: M^a Rosalía león molina

La psicóloga está en el centro de lunes a viernes de 09.00 a 16.00. A primera hora supervisa desayunos y si hay trastornos conductuales en aseos, en el caso que los haya, se haría un plan de higiene individualizado con todo el equipo multidisciplinar para evitar estas crisis conductuales, averiguando el motivo que hace que se den estos episodios y poniendo medidas al respecto. A las 10.30 hace un grupo en el salón donde se lee el periódico y se debaten noticias, participa sobretodo la gente valida y/o con un deterioro cognitivo leve.

La terapeuta ocupacional está de lunes a viernes de 09.00 a 16.00, durante los desayunos lo que hace la terapeuta ocupacional es supervisar el comedor y ver si alguien necesita alguna ayuda técnica para comer de manera autónoma o trabaja la autonomía de las personas de una manera individualizada hasta las 11.00 donde empieza un taller cognitivo con un grupo de personas con deterioro cognitivo moderado

Hay servicio 24 horas de enfermería y el servicio médico es presencial 8 horas al día y esta localizable las 24 horas del día todos los días para cualquier urgencia.

En la residencia tenemos nuestros compromisos que son los siguientes:

- Te ayudamos a elegir el mejor cuidado: escuchamos y entendemos tus necesidades. Proporcionamos la información necesaria para tomar la decisión adecuada. Facilitamos tu elección con el asesoramiento de nuestros profesionales. Fomentamos la implicación de la familia.
- Eres único para nosotros: queremos conocerte para cuidarte como necesitas. Tenemos en cuenta tus costumbres y preferencias te tratamos con todo el respeto y cariño que mereces. Fomentamos un estilo de vida activo.
- Ésta es tu casa: un lugar seguro, confortable y tranquilo. El hogar donde compartir y disfrutar de tu tiempo libre con tu familia.
- Damos lo mejor de nosotros para ti: seleccionamos profesionales con vocación de cuidado. Proporcionamos continuamente la formación más adecuada. Nos interesa conocer tu opinión de cómo te cuidamos para poder mejorar.
- Somos expertos en demencia: desarrollamos programas de formación en colaboración con instituciones pioneras en el cuidado de personas con

demencia. Apoyamos a las familias para una mejor comprensión de la enfermedad y su evolución. Adaptamos los cuidados a las distintas fases de la enfermedad.

- Te cuidamos sin usar sujeciones: trabajamos para recuperar funcionalidades perdidas. Defendemos la libertad de movimiento de la persona. No contemplamos el uso de sujeciones como alternativa terapéutica. Colaboramos con expertos que nos asesoran en el proceso de eliminación de sujeciones.

Itinerario el residente desde que entra:

Dependiendo del caso, el pre ingreso es de una forma u otra, pero lo más habitual es que una persona con algún tipo de demencia no sea el primero que vaya buscando una residencia, casi siempre es su familia. La primera vez que una familia acude al centro para pedir información, es porque algún médico se lo ha recomendado debido a los cuidados que su familiar necesita. Es una primera entrevista cargada de emociones, ya sean remordimientos, culpabilidad, tristeza,... es un momento en el que las familias tienen que tomar una decisión muy dura. Escuchamos sus preocupaciones, sus necesidades, para poder ofrecerle lo que más se asemeje a sus expectativas, y en el caso que no sea posible, también explicarlo.

Lo que desde el centro exponemos siempre es que en todo momento vamos a necesitar su ayuda para poder atender adecuadamente a su familiar, tenemos que hacer juntos un mapa de vida en el que nos explican los gustos, aficiones, fobias que pueda tener el futuro residente, para que dentro de nuestras posibilidades poder llevarlo todo a cabo.

Siempre recomendamos a la familia que traigan a la persona que va a ingresar para que conozca el centro antes del ingreso, y se sienta participe de la decisión que van a tomar, porque va a ser su nueva casa y tiene que elegirla. Esto va a ayudar en la adaptación del residente al centro.

El día que ingresa el residente, le recibimos poco a poco el equipo técnico junto con su auxiliar referente, dándole la bienvenida. Digo poco a poco, porque es un momento muy difícil para el nuevo residente y lo que hay que evitar es agobiar a la persona en un día tan estresante como es el día que cierran su casa y empiezan una nueva vida.

Durante la primera semana todos los miembros del equipo técnico y sus auxiliares referentes vamos conociendo en profundidad las necesidades y expectativas del nuevo residente y su familia, para intentar que la adaptación sea lo más favorable posible para todos.

6.2 Intervención profesional de todo el equipo

6.2.1 Programas

6.2.1.1 AST (“All Staff Trained” Todo el Personal cualificado)

Cada seis meses se hace un curso de formación para todo el personal de la residencia, desde el director, al personal de limpieza, de cocina,... donde el Champion (persona que ha realizado el curso sobre demencias y como desatar al anciano previamente) explica los distintos tipos de demencias y como afectan a cada persona para que podamos darle el servicio más personalizado y podamos entender a nuestro residente ante cualquier demanda o, cuando este desorientado, poder ayudarle de una manera que no se sienta agredido.

En lo que se basa este programa es en que sabiendo un poco más sobre las demencias y como afectan a las personas, podemos entenderles y poder ayudarles mejor, dar un servicio de calidad a las personas más vulnerables.

Entendiendo a las personas con demencia con las que trabajamos va a ser más fácil trabajar todos juntos para concienciar y cambiar la “cultura de las sujeciones” dentro del centro, y así colaboraremos todos juntos para conseguirlo, porque si no estamos trabajando todos unidos en este programa, y creyendo en lo que se está haciendo, nunca se conseguirá.

Creo que este es la formación más importante del programa, si no estamos todos formados y entendiendo lo que se está trabajando, no habría nada.

6.2.1.2 Personal Best

Este programa consiste en ponerse en la piel del residente. Es una jornada en la que se lleva a cabo varias prácticas habituales de nuestra jornada habitual, como por ejemplo, nos ponen en las grúas como si fuésemos el residente para cambiarnos el pañal, nos dan de comer rápido, la comida fría y estando el auxiliar de pie, para que tengamos en cuenta como se sentirá el residente si no tenemos cuidado, también nos sientan en una silla de ruedas para que veamos lo mal que se puede sentir el residente si no le avisamos

cuando cogemos la silla de ruedas para llevarle a los diferentes sitios,...este programa nos ayuda a pensar cómo se sienten los residentes en determinadas situaciones, hay veces que se sienten inseguros con nuestra práctica, y no nos hemos dado cuenta hasta que lo “sufrimos” en nuestras carnes.

Se han iniciado o planificado diversas acciones para asegura que todo lo que realicemos este orientado hacia la mejora de la atención al residente.

El programa consiste en tres módulos de aprendizaje, seguido por una fase de implementación y revisión.

Los módulos se han diseñado para que los implemente el director de la residencia u otra persona asignada de su equipo.

Cada módulo incluye varias actividades para ayudar a los participantes a identificar como pueden mejorar la atención a sus residentes.

En una sesión se trataran los tres módulos y sus actividades. La sesión se finalizara con la elaboración de un plan individual *Personal Best* que concretara las acciones que deberías llevar a cabo para mejorar el servicio a los residentes.

Los módulos son los siguientes:

Módulo 1- introducción a *Personal Best*: ofrece un resumen del programa e induce a la gente a pensar sobre lo que hace que un servicio sea excepcional.

Módulo 2- *Personal Best*: de los residentes: ayuda a los participantes a identificar sus residentes individuales y comprender lo que quieren y necesitan de ellos.

Módulo 3- tu *Personal Best*: ayuda a los participantes a identificar lo que necesitan para alcanzar lo mejor de sí mismos y les hace evaluar sus fortalezas y necesidades de desarrollo individual. Esto permite a cada participante elaborar un plan *Personal Best* que sintetiza lo que realizara personalmente.

La fase de implementación y revisión del programa empieza con el acuerdo de cada participante con su manager del plan *Personal Best*. Es posible que otra persona haya dirigido los módulos, pero ya que la implementación y revisión forman parte de la evaluación continua del desempeño, es importante que sea el manager del participante quien efectúe las sesiones relacionadas a continuación:

Planificación *Personal Best*: esta es la oportunidad del manager para verificar que los individuos han identificado las acciones específicas que van a implementar y que se utilizaran de manera continuada para comprobar su progreso.

Revisión del progreso individual: es una sesión breve e informal para cotejar los progresos en el plan *Personal Best* y motivar. La sesión debería programarse para una fecha alrededor de cuatro semanas después del acuerdo del plan.

Revisión *Personal Best*: el propósito de la sesión es revisar el desempeño, contrastándolo con el plan *Personal Best* y acordar las acciones adicionales necesarias. Deberá tener lugar a las 15 semanas de la revisión del progreso individual informal y proporcionará una oportunidad al manager de comentar con el participante lo que está bien y lo que hay que desarrollar. En caso de que sea necesario, se deberán realizar ajustes y revisar a posteriori las acciones como parte del proceso continuo de supervisión y gestión de desempeño. Al implementarse con éxito todas las acciones del plan *Personal Best*, se debe conceder un certificado *Personal Best*.

Este programa consiste en ponerse en la piel del residente. Es una jornada en la que se lleva a cabo varias prácticas habituales en nuestra jornada habitual.

6.2.1.3 Compañeros en los cuidados

Objetivos

El éxito del programa se basa en que profesionales y familiares sean capaces de desarrollar lazos para potenciar la recíproca comprensión de necesidades, preocupaciones y perspectivas sobre los cuidados.

EL objetivo no consiste en que los familiares acaben haciendo las labores del auxiliar pero sí tener en consideración que después de haber estado cuidando al enfermo en el domicilio durante los años, resulta muy complicado dejar ese rol atrás y por lo tanto necesitan sentir que siguen siendo partícipes de la atención del familiar. De este modo se conseguirá una mejor adaptación a la residencia

Por lo tanto, la intervención con familias “Compañeros en los cuidados” tiene por objetivos:

- Promover la continuidad en los cuidados.
- Facilitar el desarrollo de nuevas relaciones dentro del centro.

Al finalizar la intervención con un porcentaje importante de familiares y plantilla los participantes deberían:

- Generar un mejor clima laboral y una mayor concienciación respecto a las cuestiones y a las necesidades de las familias.
- Haber materializado algunas propuestas de buenas prácticas encaminadas a fomentar la participación de la familia.
- Plan de acción con propuestas para mejorar la participación de las familias en la residencia.

En qué consiste el programa

El programa va dirigido de manera conjunta a familiares y profesionales. Por ello se crearan grupos mixtos de familiares y de profesionales en los cuales se fomentara la comprensión y el apoyo mutuo con la finalidad de mejorar las relaciones entre ambos colectivos y mejorar la atención al residente.

Siempre que se pueda sería necesario incluir dentro del equipo profesional al director/a del centro, o alguien con cierto poder decisorio formal, dado que tanto los familiares como los profesionales necesitan sentir que el equipo gestor está de acuerdo con resultados y propuestas que puedan surgir durante el trabajo de los grupos.

El número de personas recomendadas por grupo es de 16 (ocho familiares y ocho profesionales). El programa también puede ser desarrollado por separado, es decir por familiares o por profesionales.

Las sesiones de grupo serán moderadas por el Champion/Monitor.

El porcentaje de cobertura mínimo será del 15% de familiares del centro aunque lo deseable sería llegar al 25% de participación de los familiares de los residentes. Por lo tanto habrá que repetir esta misma intervención en función al número de camas de la residencia. Haremos 2, 3 o 4 grupos por residencia.

El Rol del Champion/Monitor

El Champion/monitor puede ser cualquier persona del equipo técnico con las siguientes características:

- Conocimientos sobre la problemática del familiar
- Capacidad para escuchar las opiniones de los demás sin emitir juicios.
- Habilidad para el manejo de grupos.
- Es preferible pero no necesario que tenga experiencia dando formación

Para que las sesiones transcurran de la mejor manera posible el monitor tendrá que hacer una adaptación inteligente del método y materiales aquí presentados. Las acciones concretas a realizar están abiertas a las necesidades y particularidades de cada centro. Cada Champion/Monitor invitará a los participantes con los criterios que se adapten mejor a sus circunstancias, etc

Organización de las sesiones

La intervención consta de cinco sesiones:



Sesión 1: Compartiendo información

Sesion2: Compartiendo los cuidados

Sesión 3: Desarrollando relaciones de ayuda

Sesión 4: Hacerlo funcionar

Sesión 5: El residente desconocido (optativa)

Las sesiones duran 90 minutos. Aunque de mutuo acuerdo se puedan acortar o alargar siempre y cuando los contenidos se ajusten a las sesiones. Por ejemplo: hacerlas en un día completo o en dos mañanas o tardes. Lo importante es que todos los participantes acudan a todas las sesiones porque unas se basan en las anteriores.

En las páginas siguientes se plantearán temas que familiares y trabajadores de los centros deberían debatir durante las sesiones. En la última parte de las sesiones se realizarán ejercicios basados en una lista de ejemplos de buenas prácticas relacionadas con los temas tratados en cada sesión.

Se recomienda que el grupo dedique entre 30 y 40 minutos en cada uno de los ejercicios

Al finalizar las cuatro sesiones el grupo elaborara un plan de acción con objetivos y compromisos concretos y personales de acción para lograrlos.

Reglas de juego

El Champion/Monitor debe garantizar que el grupo entiende y acepta las siguientes reglas básicas:

- Dentro del grupo todo el mundo tiene el mismo nivel, independientemente del rol jerárquico que desempeñe dentro de la residencia
- Todas las opiniones son bienvenidas y escuchadas por el resto de los participantes
- Cualquier problema de carácter personal que surja dentro del programa de formación se tratara dentro del grupo
- El Champion/Monitor tiene la facultad de dar y quitar la palabra a los participantes en caso de que el grupo hable en desorden

6.3 Trabajo social en la residencia

El trabajador social en la residencia es la persona de referencia para las familias. Es el que coordina al equipo técnico a la hora de trabajar con los residentes, es la persona que recibe en la residencia el día del ingreso al residente y su familia.

Es el encargado de elegir la planta adecuada para sus necesidades, en el que caso de que comparta habitación, intentar que su compañero sea lo más parecido al nuevo residente. Para esto, antes del ingreso, hay que hacer un pre ingreso (la mayoría de las veces a no ser que sea un ingreso de emergencia) donde se recopila los datos necesarios para que todos estemos preparados para recibir a la persona y que ésta sepa a quien se va a encontrar y como va a ser su ingreso. Para ello la familia o responsables del residente hablan con el trabajador social días antes de ingresar en el centro, para comentar en el estado físico y cognitivo que se encuentra el futuro residente. Hacemos juntos un mapa de vida, un poco para introducirnos las costumbre y preferencia a la vez que las fobias o manías que tenga la persona, para que dentro de nuestras posibilidades hacer una vida lo más similar posible. Después de esta entrevista o conversación telefónica, el trabajador social puede tener una idea de en qué planta el residente va a encontrar los cuidados necesarios y como puede integrarse mejor.

Resumen de las funciones del trabajador social:

1. Realizar la acogida al ingreso del nuevo residente, siendo así la persona de referencia para el familiar y residente durante la adaptación al Centro.
2. Elaboración y tramitación de: Declaración Jurada, fe de vida, autorizaciones, certificados, etc.
3. Informar sobre los horarios de comidas, de actividades, visitas...
4. Hacer el seguimiento continuo del residente, en cuanto a comidas, descanso, relaciones personales, participación en actividades...
5. Gestión de las sugerencias propuestas por los residentes y los familiares.
6. Facilitar la asistencia espiritual a los residentes que así lo soliciten.
7. Realizar cambios de habitaciones.
8. Informar y asesorar sobre prestaciones públicas.
9. Realizar cambios de mesa.
10. Actualizar datos personales y familiares de los residentes.
11. Fomentar la integración y participación de los residentes en la vida del centro.
12. Comercializar la residencia.

7 Programa desatar al anciano

7.1 Que hacíamos antes

Antes de que se implantara el programa desatar al anciano en la residencia, cuando ingresaba una persona que usaba cinturón abdominal desde el centro del que venía o desde su domicilio, el médico del centro continuaba con la prescripción de la sujeción y le pedía a la Trabajadora social del centro y al familiar responsable del nuevo residente, que firmaran la autorización de la sujeción como que estaban de acuerdo.

Había casos en los que la persona que ingresaba, venía de su domicilio y nunca había usado una sujeción física, y eran los familiares los que indicaban que querían que se sujetara al nuevo residente, ya que en casa a veces le mantenían en el sillón con una sábana, para evitar que se levantara y se cayera, entonces pedían que desde el centro se proporcionara algo para mantener seguro a su familiar. En esta ocasión, el médico del

centro escuchaba la indicación de la familia y se prescribía la sujeción para evitar problemas en un futuro.

En otras ocasiones se prescribía la sujeción física al día siguiente de ingresar, porque el nuevo residente estaba muy inquieto por el cambio, y se decidía atar por su seguridad, para evitar caídas. Cuando el medico informaba a la familia de que le íbamos a poner un cinturón abdominal, barandillas, cinturón en cama..., es cierto que la familia lo agradecía, porque lo que se le ofrecía era seguridad, era una solución a cualquier mal para el residente; si un médico te dice que lo mejor y más seguro para la persona es una sujeción, que es la única forma de evitarle un daño, es muy difícil que un familiar pueda estar en desacuerdo.

Una vez prescrita la sujeción, y autorizada por el trabajador social y el familiar responsable o el residente, el médico lo revisaba cada seis meses por si tenía que continuar o se retiraba. La retirada de la sujeción ocurría muy pocas veces, solo si la persona se recuperaba o se marchaba, porque de otra manera no iba a pasar dado el miedo que todos teníamos a que la persona se cayera o se hiciese daño.

Teniendo sujeciones no significaba que no hubiese caídas, las había igual o más que cuando la gente no tiene sujeción, la mayoría de las caídas eran en el baño a la hora de la ducha, esto se explica porque al estar la persona siempre sujeta y sin andar, pierde masa muscular y sus capacidades para mantenerse de pie o moverse han mermado, lo que aumenta el riesgo de caída en cualquier momento, y esto es lo que ocurría.

También había caídas estando con un cinturón abdominal atado al sillón, cuando la persona se intentaba levantar, al estar atada hacía más fuerza hasta que se caía hacia delante con el sillón incluido, es decir, una caída con consecuencias muy graves, ya que el sillón estaba pegado a la persona y encima de esta, lo que dificultaba a la persona salir y al personal levantarla sin hacerle más daño. Las consecuencias eran más graves que si se hubiese caído sin sujeción, a esto hay que añadir el nivel de estrés que sufre la persona en esos momentos en los que se quiere liberar.

7.2 Características del programa

Desde cada centro de la cadena para la que trabajo, un profesional del equipo técnico era elegido como Champion por su director, siendo la persona que va a recibir la formación directamente por miembros de la fundación María Wolff que tienen una

amplia experiencia en el uso racional de sujeciones y en el programa de desatar al anciano.

Este Programa está basado en la siguiente secuencia:

Investigación ➡ Formación ➡ Asesoramiento ➡ Divulgación

Las actividades desarrolladas por el Programa han sido las siguientes:

1.- Actividades de investigación científica

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 la formación de los profesionales de los centros es vital para implantar un uso racional de las sujeciones.

Se realizaron numerosos Cursos para formar a los diferentes miembros de los centros de mayores para implantar el programa de “Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer”.

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.

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.

7.3 Dinámica de trabajo

Cuando empezamos el programa desatar al anciano en el centro, eran 56 personas las que tenían prescrita algún tipo de sujeción.

Lo primero que tuvimos que hacer para implantar el programa en el centro, fue informar y explicar en profundidad a absolutamente todo el personal, sobre demencias y sensibilizarnos todos con lo que supone atar a una persona con deterioro cognitivo.

Una vez que todo el personal, desde limpieza hasta la dirección, estaba concienciado de la importancia de ser un centro libre de sujeciones, es cuando hicimos partícipe de este proyecto a las familias de los residentes.

Se hicieron reuniones informativas invitando a cada una de las familias de los residentes. En las primeras reuniones, nos acompañaron miembros de la fundación María Wolff para explicar sus estudios y experiencia, dando más peso a lo que nosotros estábamos explicando e incorporando en el centro.

Con las familias se hicieron reuniones informativas y también un programa que se llama compañeros en los cuidados, para explicar detenidamente con el resto del equipo qué era lo que se estaba trabajando y como necesitábamos la colaboración de todos para que este proyecto tuviese éxito. La familia es la que nos puede explicar lo que le gusta más y lo que le gusta menos al residente, y cómo reacciona ante ciertas prácticas, lo que nos va a ayudar a elegir un tratamiento o terapia determinada.

Cuando ya se estaba trabajando con las familias y éstas se mostraban receptivas y participativas, fue cuando el equipo técnico (formado por: medico enfermería, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicóloga y trabajadora social) junto con las auxiliares de referencia, empezamos a reunirnos una vez a la semana para hablar sobre 5 casos nuevos, y revisar/hacer seguimiento de los casos anteriores.

Comenzamos con los casos “más fáciles”, es decir, los que no tenían alteraciones de conducta y su riesgo de caída era bajo. Los riesgos de caída los valora el fisioterapeuta del centro a través de la escala de valoración de riesgo de caídas Downton.

Se tomó cada caso como único, de una manera individual, ya que lo que tratamos son personas y cada una reacciona a estímulos de una manera diferente, y es por eso que había que pensar en lo que funcionaría mejor con cada uno. Había que tener en cuenta muchos aspectos como su personalidad, sus fobias y miedos, y a partir de ahí, podíamos elaborar planes de desatar para cada uno, aunque en ocasiones, los resultados no fueron los esperados, de ahí la importancia del seguimiento y las revisiones de cada caso.

Una vez elaborado el plan de desatar a la persona, son la trabajadora social junto con el fisioterapeuta los encargados de hablar con las familias, explicándoles las medidas que se iban a tomar, ya que en todo momento pedimos su colaboración. Les entregábamos un formulario en el que firmaban la autorización de revocar la sujeción anteriormente pautada y consentida. Después se les iba informando del seguimiento de su familiar sin

sujeción, aunque en la mayoría de los casos eran las familias las que nos agradecían el cambio que veían después de que el residente estuviese sin sujeción.

Las revisiones/ seguimientos se llevaban a cabo cada semana con el equipo técnico y el auxiliar referente. Había casos en los que las medidas tomadas en la primera reunión no habían sido las adecuadas para la persona y tuvimos que ir probando diferentes maneras para evitar la sujeción, evitando a la vez que la persona sufriera cualquier tipo de daño, teníamos que proteger a la persona de lesiones graves que se pudieran ocasionar por caídas.

Los casos más difíciles se dieron, y hoy en día se siguen dando con las personas con trastornos conductuales. En la mayoría de estos casos se han sustituido las sujeciones por más supervisión por parte de todo el personal del centro. Complementando esto, han sido fundamentales los tratamientos no farmacológico, como por ejemplo la aromaterapia (se ha probado que la lavanda relaja a las personas), las terapias con animales y los talleres de relajación.

7.4 Reflexión de la experiencia

Haciendo este trabajo, he podido pensar en los diferentes sentimientos que experimenté durante la incorporación del programa a mi práctica profesional.

La primera vez que los profesionales de la fundación María Wolff de Madrid, se pusieron en contacto con el personal encargado de llevar a cabo el programa en su centro de trabajo, recuerdo perfectamente la sensación de angustia, de incredibilidad, incluso de enfado, porque sentíamos que era algo imposible.

Al escuchar que no usar un cinturón en una persona con riesgo de caída, era mejor para su salud, y que el riesgo era aun mayor cuando estaba “atado”, fue muy difícil de creer para todos. Lo peor de esto es que los que estábamos en esa primera reunión éramos los que teníamos que transmitir el mensaje al resto de la plantilla del centro, algo muy, muy complejo. Pero todo cambió cuando nos explicaron como lo habían hecho en sus centros colaboradores, fue apasionante ver historias reales, personas que antes no se comunicaban, ahora están respondiendo a estímulos, su conexión con el medio era algo inimaginable antes. Fue escuchando estos casos, y las técnicas que habían utilizado, lo que nos dio un empujón a todos, ya que habían casos similares en nuestros centros. Estábamos deseando llegar y explicárselo al resto del equipo para ponernos manos a la

obra. Pero cuando llegue a mi centro, me encontré con profesionales con la misma cara que puse yo al principio, me miraban diciendo: es imposible.

Empezar el programa fue duro, era cambiar la cultura en la residencia. Comenzando por el médico que prescribía la sujeción, quien tenía miedo a una denuncia por parte de las familias si el residente sufría una caída con consecuencias graves, hasta el equipo gerocultor que se mostraba reticente ya que antes al sujetar a una persona, la supervisión no era tan necesaria, como cuando se empieza a “desatar”.

Pero el hueso más duro de roer fueron las familias. Muchas familias tienen sentimientos de culpabilidad por el hecho de que su familiar esté en la residencia, y si a eso le añadimos un cambio de rutina, de perspectiva, de cultura en los cuidados, se convierte en algo muy difícil. En ese momento tenían que formar parte en la decisión de “desatar” a su familiar y correr el riesgo de que si se cayera, pudiese aumentar su sentimiento de no haberle cuidado o no haberle protegido.

Contar con el apoyo en esto de los profesionales de la fundación María Wolff fue fundamental. La mayoría de las familias no querían correr riesgos, no querían cambiar nada “por si acaso”, pero que alguien de fuera, expertos, les explicaran sus experiencias fue decisivo para el cambio.

Empezamos reuniéndonos con los casos en los que contábamos con el apoyo y la confianza de las familias, es decir, los primeros casos fueron nuestros “conejiillos de indias”, y gracias a éstos, otras familias se animaron a probar. Las reacciones fueron inmediatas, personas que se encontraban en un FAST 7 b (solo dice una palabra al día) a la semana de estar sin ninguna sujeción, contestaba a preguntas de: si o no, bueno o malo cuando su hija le preguntaba. Ésta hija empezó a visitar con más frecuencia a su madre, porque sentía que había recuperado el tiempo que antes no pudo disfrutar.

Hubo casos en los que fue muy difícil quitarle la sujeción al residente, era muy complicado evitar que se hiciese daño, fueron días de ensayo-error continuo hasta que dábamos con la manera adecuada para que la persona estuviese bien. Pero la verdad es, que estos fueron los mejores casos, porque esto hizo que se uniera el equipo, no solo al equipo técnico, sino que el equipo gerocultor se vio incluido en la toma de decisiones, porque la verdad es que el personal que atiende de manera continua a los residentes, son

los que mejor les conocen, los que saben sus reacciones, y son los que mejor nos podían y pueden guiar a la hora de decidir. Las reuniones de todo el equipo en algunos momentos fueron tensas, porque al final cada uno tiene una opinión sobre cada residente, y hasta que nos poníamos todos de acuerdo era costoso, pero fue esto lo que vieron también las familias, que el equipo estaba esforzándose por tomar medidas individuales para cada uno, y cuando veían los resultados en compañeros de su familiar, estaban deseando saber que teníamos pensado para ellos. Los resultados fueron increíbles, tanto para los residentes, que mejoraron su calidad de vida, como para sus familias que se sentían aliviados, felices, porque pudieron participar en el bienestar de su familiar.

Este programa ha contribuido a mejorar la calidad de vida de familias y residentes, a la vez que ha ayudado a mejorar la práctica profesional de cada una de las personas que trabajamos en el centro, ver los cambios positivos en los residentes es muy gratificante, el poder sentirte parte de ese bienestar es inmedible, pero también fue una oportunidad para conocernos los unos a los otros, de poder fundir puntos de vista tan diferentes como es la valoración del médico con la de un gerocultor, o la del fisioterapeuta con la de la psicóloga, pero sin esta fusión de puntos de vista, no habría sido posible llegar a tener los resultados conseguidos.

Durante todos los años de formación universitaria, siempre se ha hablado sobre la empatía, que “es la capacidad psicológica o cognitiva de sentir o percibir lo que otra persona sentiría si estuviera en la misma situación vivida por esa persona. Viene de un término griego que significa "emocionado". Consiste en intentar comprender los sentimientos y emociones, intentando experimentar de forma objetiva y racional lo que siente otro individuo.”¹⁹. En los principios del programa creo que cometía el error de empatizar con las familias y no tanto con el residente, es decir, contribuía a esa sobreprotección del anciano, sin analizar las consecuencias de esas medidas restrictivas para el que las tenía que sufrir. Y este programa me ayudo a reestructurar mi práctica y centrarme en la persona que teníamos que atender, que al final es lo que siempre deberíamos hacer.

¹⁹<http://www.significados.info/empatia/>

De esta experiencia me quedo con la satisfacción de poder trabajar en equipo por el bien de cada persona que atendemos. Estoy segura de que entre todos conseguiremos que este programa sea más popular, que algún día serán historia las sujeciones y que todos tendremos unos cuidados dignos hasta el final.

7.5 Casos

7.5.1 Caso A

Pepe tiene 81 años está casado con su mujer María de 78 años, totalmente válida, tienen dos hijas y un hijo que también están casados. Su mujer viene todas las mañanas a la residencia para estar con su marido hasta la hora de comer. Sus hijos se turnan para visitarle todos los fines de semana y poder pasar las tardes con él.

Pepe tiene diagnosticado Alzheimer desde hace cinco años, tiene tratamiento con un parche, que sirve para el mantenimiento del deterioro lo más estacionado posible, pero no es considerado una sujeción química, al principio del diagnóstico de Alzheimer le pautaron Lorazepan, que es un hipnótico, pero se le cambió por Quetiapina que es un antipsicótico de 25 mg, que dada la cantidad no se considera sujeción química. Pepe tiene episodios de agresividad porque siempre ha sido un hombre muy activo, y al ver que su movilidad ha mermado se frustra y arremete con compañeros y auxiliares de su planta. Él se encuentra en la unidad de demencias de la residencia donde se encuentran otros 22 residentes más con algún tipo de demencia y una dependencia alta.

Pepe tenía pautado cinturón abdominal, todo el día, ya fuese en la silla de ruedas, en el sillón o silla. Tenía pautado también barandillas, y cinturón en cama porque se levanta por las noches y puede caerse. Pepe quería deambular sin rumbo todo el tiempo y el riesgo de caída era alto, un día que deambulaba por su planta se cayó y se fracturo la cadera, le operaron y desde la residencia se hizo rehabilitación con él para que pudiera volver a andar de una manera autónoma, lo que se consiguió en un principio, pero no tenía estabilidad, lo que significa que desde entonces necesita ir siempre con alguien cuando anda, o con andador sería suficiente, pero por su deterioro cognitivo se olvida que necesita coger el andador cada vez que quiere desplazarse.

El equipo multidisciplinar en una reunión de “desatar al anciano” valoró el caso de Pepe viendo los riesgos y los momentos más inquietos que él tenía, para poder quitarle todas las sujeciones. Lo primero que se hizo fue quitarle el cinturón abdominal durante todo el

día, cambiándolo por mayor supervisión, no dejándole a él solo en ningún momento, los auxiliares deben andar con él en su planta cada dos horas, para que él no sienta la necesidad de andar sin rumbo, y esté más cansado. Los auxiliares andan sin parar con él durante 30 minutos, así Pepe se siente cansado y se queda tranquilo en el sillón. Por las noches ha sido lo más complicado ya que se levanta para ir al baño, se encuentra desorientado porque no identifica la habitación como la suya propia y busca irse a su casa. La familia ha traído cuadros, y fotos de su casa para personalizar más todavía la habitación y él se sienta más tranquilo, pero no había sido suficiente, por lo que le pusimos una cama baja, que va casi al suelo para que le sea más difícil levantarse por la noche para que tampoco se sienta agredido como con un cinturón o las barandillas, lo que hacía entonces es ir gateando hasta la puerta del baño y conseguir levantarse apoyándose en la puerta, lo que hicimos entonces fue quitar la puerta del baño, y poner el colchón en el suelo directamente, con una alfombra debajo para que no le dé frío, y unas colchonetas antideslizantes por todo el suelo, para evitar que se haga daño si consigue levantarse, desde entonces no se ha dado ningún golpe, porque muchas veces se golpeaba la cabeza contra la puerta del baño cuando intentaba levantarse.

7.5.2 CASO B

Viene a la residencia una Sra. de unos 58 años solicitando información para acudir al centro de día. Nos explica que la plaza que solicita es para su marido, un Sr. de 63 años, con un diagnóstico de demencia vascular.

Se encuentra en casa pero tiene picos de agresividad, tanto con él mismo como con los demás, por lo que en casa se encuentra sujeto con un cinturón abdominal en sillón y cinturón en cama. Además de sujeción farmacológica, lo que le hace pasar la mayor parte del día dormido, es incontinente, deambula con ayuda de otra persona, y necesita que le den de comer porque él no puede (por la medicación). Este Sr. Empezó a acudir a nuestro centro de día y pasaba el día según describí anteriormente por solicitud de la familia (su esposa y sus dos hijas) y porque su ingreso en centro de día fue antes de que el programa de desatar al anciano entrara en vigor en la residencia.

La vida de este Sr. era estar dormitando todo el día en el sillón y cuando se despertaba intentaba levantarse, y como estaba atado con un cinturón abdominal se agitaba más, gritando y autolesionándose para que le destararan y le dejaran marchar. Cuando tenía

estos picos de agresividad se le daba Haloperidol para calmarle, pautado por el neurólogo.

Cuando se iba a casa por la tarde, tenía que recogerlo su yerno porque a su mujer la agredía verbal y físicamente, la culpaba de la situación por la que él estaba pasando.

Su mujer no podía vivir más con él, no conseguía ducharle ningún día sin ser agredida, por las noches su marido no dormía, se pasaba las noches gritando porque al estar atado también en la cama se sentía preso y quería que alguien le ayudara, lo que hacía que su mujer tampoco pudiera dormir. Pasamos a ducharle entre 3 personas en la residencia lunes, miércoles y viernes, para que su mujer no tenga que hacer frente sola a esa situación. Después de varios meses este Sr. se quedó ingresado como residente permanente porque sus hijas estaban muy preocupadas por la vida que estaban llevando los dos.

Cuando ingreso el Sr. en la residencia su vida era la siguiente:

Seguía con la misma pauta de medicación que en su neurólogo le pautó en su momento, con ansiolíticos e hipnóticos cada 8 horas, medicación de rescate Haloperidol, para los momentos en los que se ponga agresivo tanto para el día como para la noche.

Cinturón abdominal todo el día en sillón y cinturón en cama además de muñequeras porque se quitaba el pañal por la noche y lo destrozaba, manchando toda la habitación, cada vez que lo hacía.

Al entrar en programa de desatar al anciano y enfermo de Alzheimer, nos reunimos el equipo multidisciplinar para valorar las sujeciones que tenía en el momento y como quitarlas.

Lo primero que hizo la doctora del centro es quitar la pauta de todos ansiolíticos e hipnóticos, eso sí, los quitó poco a poco para que él tampoco sufriera.

Le cambiamos las muñequeras por un body para dormir, que tiene la abertura por la espalda, lo que no le deja meterse las manos en el pañal y él tampoco se ve agredido estando atado con muñequeras, y así conseguimos que concilie el sueño mejor.

El cinturón en cama lo sustituimos por una cama baja que al estar casi a ras de suelo, le es muy difícil incorporarse y es una forma de dificultar que se levante de la cama / evitar una caída, sin que se vea castigado o retenido contra su voluntad. Alrededor de la cama se ponen colchonetas antideslizantes, por si consigue levantarse, reduzcamos las posibilidades de caída de esa manera.

Al quitarle los hipnóticos, hace que esté más estable a la hora de deambular, al principio iba del brazo con un auxiliar y también a hacer rehabilitación con el fisioterapeuta por las mañanas para hacer el taller de reeducar la marcha para conseguir su autonomía en los desplazamientos.

Desde que se han introducido estos cambios en el Sr. los episodios de agresividad se ha extinguido, su mujer viene todas las tardes para pasear con él, y disfrutar de su compañía. El residente pasa las mañanas paseando tranquilamente por su planta sin haber tenido ninguna caída.

8 Conclusiones y propuestas de mejora

Este programa es una idea innovadora en España, es una nueva manera de ver los cuidados en los centros de mayores. Se ha demostrado que se puede vivir y también morir con dignidad, y creo que tenemos que trabajar por conseguir que todo el mundo pueda tener una vida digna hasta el final. Estoy segura que si nos preguntan a cada uno de nosotros, si cuando lleguemos a nuestra vejez, queremos estar atados de pies y manos sin poder movernos, aunque físicamente si podríamos hacerlo, y ninguno quisiéramos estar atados por si acaso nos caemos, preferimos correr el riesgo, el mismo que corremos hoy en día, pero sintiéndonos libres, y no prisioneros sin haber cometido ningún delito, simplemente padecer una enfermedad degenerativa.

El principal problema que nos encontramos al aplicar este programa en los centros es la cultura que hay hoy en día, de la sobreprotección y el miedo a que nos denuncien por no haber cuidado bien del residente, por no haber evitado que se hiciese daño.

El problema no está solo en las familias de los residentes, el principal problema está en los profesionales que nos encontramos trabajando en este ámbito, y que no queremos

problemas legales ni morales, ya que si trabajamos en centros de mayores, la vocación por este trabajo es primordial, y no queremos que nadie sufra, pero lo que nos habían enseñado hasta ahora es que poniendo una sujeción estamos protegiendo a la persona. Aunque no nos habíamos parado a pensar, desgraciadamente muchas veces nos dejamos llevar por las normas de la institución para la que trabajamos o por las normas de la sociedad en general, y creo que ese es el problema, lo hacemos así porque siempre se ha hecho así, o porque todo el mundo lo hace, y no nos hemos parado a pensar el por qué, para qué,... Este programa nos ha dado la oportunidad de parar y pensar en lo que hacemos y cómo lo hacemos para poder cambiar, y ayudar a las personas en todos los aspectos de su vida, tanto físicamente evitando que se haga daño, como psicológicamente, haciendo que se sienta persona, tranquila y cuidada, sin perder su dignidad.

Creo que una prioridad hoy en día debería ser formar a todos los profesionales involucrados en la atención a personas mayores, ya sea en centros de mayores, hospitales, centros de día,... dar a conocer los beneficios de los centros libres de sujeciones, o el beneficio del uso racional de una sujeción, este es el mejor tratamiento que puede tener una persona.

Desde la universidad o centros de formación profesional, dependiendo de la formación que se vaya a recibir, creo que se podría introducir como parte de la metodología de trabajo, una parte en la que se explique detalladamente el uso racional de sujeciones físicas y /o químicas. Es muy importante, para que la práctica profesional en los centros cambie, que desde un principio se crea en la dignidad en los cuidados de la persona, y de esta manera llegará el día en el que gracias a las nuevas generaciones de profesionales de la salud y la atención psicosocial, serán historia el uso de sujeciones físicas y químicas, y se hablará más de tratamientos no farmacológicos.

9 Bibliografía

- CEOMA. “Programa Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer”. Coordinador del programa: Dr. Antonio A. Burgueño Torijano.
- Joaquín Giró Miranda (2006). Envejecimiento, autonomía y seguridad.
- Vicente Pérez Cano, María De Lujan Japón Belmonte y Gonzalo Musitu Ochoa (2006). La humanización empieza por el ingreso.
- Vicente Pérez Cano, José Luis Malagón Bernal, Luis Vicente Amador Muñoz, (2006). Vejez, autonomía o dependencia, pero con calidad de vida
- Julio Jesús López Ordiales (2004). Los malos tratos desde el punto de vista jurídico.
- Constitución Española de 1978.
- J. Javier Soldevilla Agreda, Universidad de La Rioja. Restricciones físicas en ancianos institucionalizados ¿una forma de maltrato?
- José Ignacio Santaolalla Sáez. Humanizar los cuidados en centros geriátricos.
- Estudio LG 2006-2008.
- Neufeld RR, Libow LS, Foley WJ, Dunbar JM, Cohen C, Breuer B. “Restraint reduction reduces serious injuries among nursing home residents”. The Commonwealth National Restraint Minimization Project, New York, New York, USA. J Am Geriatr Soc. 1999.
- BAZO ROYO, María Teresa; GARCÍA SANZ, Benjamín. Envejecimiento y sociedad: una perspectiva internacional. 2^a ed. Madrid:Editorial Médica Panamericana, 2005.
- AZNAR DÍAZ, Inmaculada, FERNÁNDEZMARTÍN, Francisco D.; HINOJO LUCENA, Francisco J. (coord.) Teoría y praxis en la formación integral de las personas mayores: una visión interdisciplinar.
- BLÁZQUEZ MARTÍN, Diego (ed.). Los derechos de las personas mayores: perspectivas sociales, jurídicas, políticas y filosóficas.Madrid: Dykinson, 2006.

➤ Bibliografía en línea:

- “Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con Respecto a las Aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio de Oviedo)”. http://ier.isciii.es/er/pdf/er_ovied.pdf
- Burgueño Antonio, “Atar para Cuidar: Uso de Sujeciones Físicas y Químicas en Personas Mayores dependientes que reciben cuidados prolongados”.
<<http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/5E315864-34F9-4236-9319-931E610416DB/107054/usodesujecionesenpersonasmayores1.pdf>>
- Como se eliminan las sujeciones, guía para la eliminación de sujeciones físicas y químicas en centros de atención sociosanitaria y domicilios , basada en la Norma Libera-Ger de la Fundación Cuidados Dignos
<http://www.acpgerontologia.com/documentacion/eliminar-sujeciones-cuidados-dignos.pdf>