

Ámbito temático 3. Uso de restricciones en entornos de cuidado institucional y propuestas de alternativas desde un marco de derechos humanos.

Personas Mayores

Jorge Gracia Ibáñez
Universidad San Jorge (Zaragoza)

Carla Bonell Pagano
Universidad Carlos III de Madrid

ÍNDICE

1.- MARCO CONCEPTUAL DEL CONCEPTO DE RESTRICCIONES.....	3
2.- PREVALENCIA Y TIPOLOGÍA DE USO DE RESTRICCIONES EN RECURSOS DE CUIDADO INSTITUCIONAL (ESPECIALMENTE ENTORNOS RESIDENCIALES).....	5
2.1.-PREVALENCIA.....	5
2.2.-TIPOLOGÍA.....	8
2.3.- JUSTIFICACIONES DE SU USO.....	10
2.3.1.- <i>Razones preventivas</i>	10
2.3.2.- <i>Razones médico-sanitarias</i>	12
2.3.3.- <i>Razones organizacionales</i>	13
2.3.4.- <i>Razones asociadas a la falta de formación profesional</i>	15
2.4.- EFECTOS NEGATIVOS DE LAS RESTRICCIONES.....	18
2.5.- RESTRICCIONES Y MALTRATO INSTITUCIONAL	21
3.- ANÁLISIS DE ALTERNATIVAS AL USO DE RESTRICCIONES EN OTROS PAÍSES.....	25
4.- RECOMENDACIONES DE ALTERNATIVAS AL USO DE RESTRICCIONES	28
4.1.- CAMPAÑAS Y PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN.....	28
4.1.1.- <i>Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer – CEOMA</i>	28
4.1.2.- <i>Fundación Cuidados dignos – Proyecto Libera Care</i>	31
4.1.3.- <i>Dignitas Vitae y Lares Comunidad Valenciana– Programa “No sujetes”</i>	32
4.2.- NORMATIVA APLICABLE Y PROTOCOLOS.....	33
4.3.- RECOMENDACIONES Y BUENAS PRÁCTICAS	34
4.3.1.- <i>Programa de eliminación de sujeciones en centro residencial en Zaragoza</i>	35
4.3.2.- <i>Deprescripción</i>	36
4.4.- FORMACIÓN DE PROFESIONALES	38
5.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	39
5.1.-CONCLUSIONES.....	39
5.2.-RECOMENDACIONES.....	41

1.- Marco conceptual del concepto de restricciones

Debemos partir del concepto de restricciones que se maneja en este estudio. Se entienden como “actos u omisiones por parte de otra(s) persona(s) que tengan el efecto o el propósito de restringir el movimiento de un individuo y la libertad de decidir y/o actuar de forma independiente”. En este sentido “se trata de limitaciones a la libertad de elección y a la capacidad de control sobre las decisiones que afectan a tu propia vida”. Las restricciones “pueden ser físicas, farmacológicas, pero también tienen que ver con normas y pautas que limitan derechos de las personas”.

El uso inadecuado de estas restricciones tiene impactos negativos en el bienestar del colectivo de las personas mayores institucionalizadas. Por eso mismo, tanto su descripción y definición como su categorización han sido aspectos ampliamente abordados por la literatura especializada gerontológica nacional e internacional. Desde hace algún tiempo, se ha puesto el foco en los problemas éticos asociados a su empleo (sobre todo de restricciones físicas y farmacológicas), cuyo uso excesivo e inadecuado se percibe como un problema global, una mala práctica, una vulneración de derechos y, en determinados supuestos, una manifestación de maltrato institucional. En esta línea, también en España se han emprendido campañas de sensibilización entre los profesionales para limitar el uso de las restricciones en el ámbito geriátrico, planteado proyectos de buenas prácticas limitativas en centros residenciales y aprobado diversas normativas autonómicas que regulaban su uso.

Son varias las denominaciones que se utilizan para referirse a las restricciones en el campo geriátrico y gerontológico. En la literatura especializada se habla indistintamente de sujeciones, contenciones y restricciones. No obstante, para la SEGG, en algunos casos, “con todas estas sinonimias, lo que se pretende no es más que eludir, de una forma artificiosa, el reconocimiento del uso de las mismas; no pudiendo así dimensionar o cuantificar su magnitud real”¹.

Lo cierto es que la elección de una denominación u otra implica matices de significado importantes en el campo de las personas mayores. Se *sujeta* a alguien para que no se caiga, esto es, para evitarle un daño o un peligro. Se trata de *contener* a alguien que sobrepasa un límite para mantenerlo dentro de este. La palabra sujeción tiene un matiz de dominio que no debería caber en la práctica geriátrica y, además, abarca no solo la acción sino también el medio o instrumento físico empleado que puede ser, por ejemplo, un cinturón de seguridad abdominal o una muñequera. Por el contrario, la contención puede realizarse también, por ejemplo, con el encajonamiento de una silla con una mesa. Por ello, la base de la contención está no en el dispositivo utilizado sino en la intención y, por ejemplo, una barandilla en una cama tendría la consideración de contención solo si se utiliza para que una persona no se levante². Finalmente, el concepto de restricción, que es el que utilizamos preferentemente en este estudio, añade la idea de limitación: de movimientos, de autonomía, de libertad. Por ello, hace más visible la idea de que, tanto en su dimensión mecánica como farmacológica, implican una restricción (es decir, una

¹ SEGG-SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA y GERONTOLOGÍA, *Documento de consenso sobre sujeciones mecánicas y farmacológicas*, 2014, disponible en https://www.segg.es/media/descargas/Documento_de_Consenso_sobre_Sujeciones.pdf (última consulta 6 febrero 2023), p.11.

² RUBIO DOMINGUEZ, J., “Contención mecánica de pacientes. Situación actual y ayuda para profesionales sanitarios”, *Revista de calidad asistencial*, vol.32 (3), 2016, pp. 172-177, p. 173.

limitación o una disminución) de derechos. Además, permite englobar bajo una categoría común otras formas de restricciones como la imposición de normas y pautas limitadoras de derechos.

No obstante, en algunas guías disponibles se habla de *sujeciones* y de *restricciones*, no como sinónimos sino como conceptos diferenciados. Se entiende como *sujeción* “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”. Y como *restricción*, “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 constreñir la libre circulación o capacidad de toma de decisiones de uno/a mismo/a o de una tercera persona”³.

En el contexto español la labor de la mencionada Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG) es un referente ineludible en la tarea de fijar un concepto y una tipología de consenso en torno a las restricciones geriátricas. El término que se emplea preferentemente en sus documentos informativos y de trabajo es el de *sujeciones*. En la literatura especializada no suele existir una definición general que englobe todas las formas de restricciones en el ámbito geriátrico. Habitualmente se suelen definir solamente las dos formas consensuales. En este sentido, podemos rescatar como definiciones con un elevado consenso internacional las siguientes: por un lado, se entiende por *sujeción física o mecánica* “la limitación de la libertad de movimientos de una persona, o su actividad física, o el normal acceso a cualquier parte de su cuerpo, con cualquier método físico aplicado sobre ella, o adyacente a ella, del que no puede liberarse con facilidad”⁴; por otro lado, como *sujeción química o farmacológica* entendemos “un medicamento que se utiliza para controlar el comportamiento o restringir la libertad de movimiento del paciente y que no es un tratamiento estándar para la condición médica o psicológica del mismo”⁵.

Como apunta la Sociedad Española de Geriátrica Gerontología (SEGG), en el documento de 2014 en el que fijó su posición acerca de la cuestión, la importancia del uso de restricciones “viene determinada porque afectan a algunos derechos fundamentales de la persona como la libertad y a algunos de los principios y valores básicos como la dignidad, la autonomía, la autoestima y el bienestar personal; además de los problemas de salud que pueden desencadenar”⁶. En el caso de las personas mayores, la controversia respecto al uso en instituciones destinadas a su cuidado, especialmente en centros sociosanitarios y residencias, se centra en la dificultad de ponderación de la necesidad de las mismas en algunos casos y las repercusiones físicas, éticas, morales e incluso legales

³ FUNDACIÓN CUIDADOS DIGNOS, *Guía para la eliminación de sujeciones físicas y químicas en centros de atención sociosanitaria y domicilios*, Fundación Cuidados Dignos, 2011, p.8, disponible en <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/eliminar-sujeciones-cuidados-dignos.pdf> (última consulta 16 de febrero de 2023).

⁴ En el ámbito de la geriatría suelen ser utilizados como sinónimos, pero en otros ámbitos tales como infancia, adolescencia o discapacidad, la contención física es la realizada *cuerpo a cuerpo* entre el cuidador y la persona atendida, sin mediación de ningún dispositivo. Por todo ello, parece más exacto la calificación de mecánica que de física. RUBIO DOMINGUEZ, J., “Contención mecánica de pacientes. Situación actual y ayuda para profesionales sanitarios”, cit., p.173.

⁵ BURGEÑO, Antonio, *Atar para Cuidar: Uso de Sujeciones Físicas y Químicas en Personas Mayores dependientes que reciben cuidados prolongados*, 2008, p.4, disponible en <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/DB50F783-BEE9-494D-A6617F7A50AC6302/107054/usodesujecionesenpersonasmayores1.pdf> (última consulta 6 de febrero 2023).

⁶ SEGG-SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA y GERONTOLOGÍA, *Documento de consenso sobre sujeciones mecánicas y farmacológicas*, 2014, cit., p.9.

que conllevan⁷. Esta tensión entre justificación de las restricciones/sujecciones en algunos casos (muy tasados) y la conciencia de sus efectos negativos junto con el reconocimiento de la necesidad de caminar hacia la erradicación de las mismas emerge en el discurso de algunas de las personas entrevistadas:

(...) el concepto de sujeción hay que erradicarlo. Ahora, sí tiene una justificación fuerte tanto ética como médica, eh... hay casos que qué bueno que pueden tener más beneficio que riesgo, pero ya sabemos por la literatura científica que la sujeción, hace más daño que beneficio a las personas, las deteriora, las hace caer si lo que buscamos que la persona no se caiga y le hace un daño espectacular al organismo y a y a la calidad de las personas. Tenga o no tengan deterioro, tengan o no demencia, tengan o no fragilidad, eh... las sujeciones, hay que buscar sujeción cero. Por qué hay otro tipo de hacer las cosas para que las personas estén seguras y con más calidad de vida (EPM6-13.03-Tercer Sector revisada).

Como se concluye José Augusto García Navarro, presidente de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG), en el *Documento Técnico Cuidado Sin Sujeciones* de 2023 que actualiza el texto citado de 2014 reforzando la posición anti sujeciones de la Sociedad que preside, “no sujetar no es una receta terapéutica simple, sino la garantía de los derechos fundamentales de todas las personas, especialmente las personas mayores con discapacidad que suelen tener un grado enorme de complejidad clínica y social y una elevada vulnerabilidad ante cualquier agresión externa”⁸. Ese enfoque de derechos para defender la erradicación de estas prácticas también emerge, de forma no menos clara y contundente, en los resultados de la investigación cualitativa propia:

Vamos creo que, desde un enfoque de derechos básico, tratar a una persona como una persona humana implica que yo no tenga que estar eh atada ni sujeta a absolutamente nada. O sea, no encuentro ningún motivo que pueda justificar que eso lo hagan (EPM7-14.03-Tercer Sector).

2.- Prevalencia y tipología de uso de restricciones en recursos de cuidado institucional (especialmente entornos residenciales)

2.1.-Prevalencia

Los estudios sobre prevalencia en el uso de restricciones físicas y farmacológicas en España son escasos. Los estudios internacionales son más abundantes y algunos de ellos permiten la comparación entre países. Por ejemplo, un estudio transnacional de 2009 descubrió grandes variaciones (de hasta 5 veces) en la prevalencia del uso de restricciones físicas: desde una media del 6% en Suiza, el 9% en EE. UU., el 20% en Hong Kong, el

⁷ BRIONES PERALTA, M. A., y RODRIGUEZ MARTÍN, B., “Efectividad de las intervenciones dirigidas a reducir las sujeciones físicas en personas mayores de 65 años institucionalizadas”, *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, vol.52 (2), 2017, pp. 93-101, p.94.

⁸ SEGG-SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA y GERONTOLOGÍA, *Documento Técnico Cuidado sin Sujeciones*, 2023, p.9, disponible en <https://www.segg.es/media/descargas/Guia-Cuidado-sin-sujeciones.pdf> (última consulta 30 de julio 2023).

28% en Finlandia y más del 31% en Canadá. En ese mismo estudio, la prevalencia del uso de antipsicóticos oscilaba entre el 11% en Hong Kong, entre el 26-27% en Canadá y EE. UU., el 34% en Suiza y casi el 38% en Finlandia⁹. Mientras que un estudio bastante anterior, de final de la década de los 90 y limitado a restricciones físicas, pero en el que se incluía a España, mostraba una prevalencia muy baja en Dinamarca, Islandia y Japón (menos del 9%). En Francia, Italia, Suecia y EE. UU se observó una prevalencia de entre el 15% y el 17%, mientras que en España fue de casi el 40%¹⁰. Sobre esa misma fecha, en España, las cifras de prevalencia de sujeciones físicas en residencias de mayores mostraban valores extremos desde el 0% hasta el 98%¹¹.

En un estudio más reciente se analizó a través de la observación la prevalencia del uso de restricciones físicas en centros de larga duración en España¹² con una muestra de 920 residentes, arrojando como resultado una prevalencia más elevada (84,9%) que la registrada en estudios de otros países con prevalencias promedios de 62 a 68% en países como Canadá, Irlanda del Norte y Taiwán; 50% en el caso de Holanda y 26,2% en el caso de Alemania. Algunas de las razones identificadas por los autores fueron: la creencia generalizada de que las restricciones previenen caídas y permiten proveer cuidados más seguros, sobre todo, en el caso de las barandillas laterales; la falta de entrenamiento del personal de enfermería sobre el manejo de problemas conductuales y psicológicos de los residentes, asumiendo como una de las pocas alternativas el uso de restricciones; la ausencia de una regulación nacional efectiva sobre el uso de restricciones en centros de cuidados de larga duración en España.

Un estudio relevante sobre prevalencia en el uso diario de restricciones en el caso de España es un “benchmarking anónimo” que se llevó a cabo en 2008 y del que participaron 63 centros residenciales. El objetivo del estudio era examinar la frecuencia del uso de las sujeciones y los factores asociados. Por lo tanto, se buscaba determinar si este uso guardaba relación con el tamaño del centro, la titularidad (pública o privada), la antigüedad, la ubicación (urbana o rural), la pertenencia un grupo, la proporción de residentes con demencia y el uso de barandillas¹³.

Luego de analizar el perfil de cada una de las residencias y de los residentes, se arrojaron resultados relevantes como que: a. La variable “inmovilizados físicamente” tenía una correlación significativa con las variables demencia y residentes que utilizaban barandillas en la cama; b. La variable “inmovilizados físicamente a diario” mostraba una

⁹ FENG, Zhanlian, HIRDES, John P., SMITH, Trevor F., FINNE-SOVERI, Harriet, CHI, Iris, DU PASQUIER, Jean-Noel, GILGEN, Ruedi, IKEGAMI, Naoki, MOR, Vincent, “Use of physical restraints and antipsychotic medications in nursing homes: a cross-national study”, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol.24 (10), 2009, pp. 1110-1118.

¹⁰ LJUNGGREN, Gunnar, PHILLIPS, Charles D., SGADARI, Antonio, “Comparisons of restraint use in nursing homes in eight countries”, *Age Ageing*, vol.26 (2), 1997, pp. 43-47.

¹¹ BRIONES PERALTA, M. A. y RODRIGUEZ MARTÍN, B., *Efectividad de las intervenciones dirigidas a reducir las sujeciones físicas en personas mayores de 65 años institucionalizadas: una revisión sistemática*, cit., p.94.

¹² ESTÉVEZ-GUERRA, Gabriel J., FARIÑA-LÓPEZ, Emilio, NÚÑEZ-GONZÁLEZ, Eduardo, GANDOY-CREGO, Manuel, CALVO-FRANCÉS, Fernando, & CAPEZUTI, Elizabeth A., “The use of physical restraints in long-term care in Spain: A multi-center cross-sectional study”, *BMC Geriatrics*, vol.17 (29), 2017, pp. 1-7.

¹³ BURGUEÑO TORIJANO, Antonio, “Prevalencia comunicada de sujeciones físicas. Resultado de la aplicación de un sistema de información para un benchmarking anónimo entre residencias españolas del Programa desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer”, *Revista Agathos: Atención Sanitaria y Bienestar*, vol.8 (1), 2008, pp. 4-11, p. 3.

relación muy moderada con las variables: residentes con problemas de comportamiento, residentes con úlceras por presión, residentes que están en silla todo o la mayor parte del tiempo y residentes ocasional o frecuentemente incontinentes de vejiga; c. Con respecto al tamaño de las residencias, se encontró que los centros con menos de 60 residentes utilizaban más sujeciones (25,91%) que los de más de 60 (15,67%); d. En cuanto a la titularidad, las residencias privadas (16,05%) mostraron un menor uso de sujeciones que las residencias públicas (27,23%); e. En relación a la antigüedad del centro, se encontró un mayor uso de sujeciones en residencias "jóvenes", es decir, de menos de 5 años (23,07%) en comparación con las residencias de 6 a 10 años (12,75%) y las de más de 10 años (15,45%); En cuanto a la ubicación, las residencias en el ámbito urbano (26,09%) mostraron un elevado uso de sujeciones con respecto a las residencias en el ámbito rural (13,49%); Finalmente, se obtuvieron resultados en los que las residencias que pertenecían a un grupo utilizaban más sujeciones (19,24%) que aquellos que no pertenecían a ningún grupo (15,85%)¹⁴.

En todo caso, el estudio advierte que los resultados deben ser tomados con precaución para evitar conclusiones apresuradas, debido a que la muestra era muy pequeña, de manera que estos resultados no eran representativos de todo el sector. Por lo anterior, el estudio llamaba a la necesidad de seguir investigando para poder mejorar la significación de los resultados, descifrar las claves de la variabilidad y poder brindar explicaciones sobre las razones para un mayor o menor uso de sujeciones¹⁵.

En ese mismo año se llevó a cabo un estudio sobre prevalencia del uso de dispositivos de sujeciones físicas en residencias públicas de personas mayores en la comunidad de Madrid sobre un número de residentes valorados de 5.346, con una edad promedio de 84,9 años, de los cuales el 71% eran mujeres y 14,7% tenían grado de dependencia leve; 7,4% con dependencia moderada, y 26,8% con dependencia severa, arrojó como resultado una prevalencia del 8,4%, pero agregándoles el uso de barandillas en la cama aumentó al 20,8%; en el 62,6% de las veces se utilizó un solo dispositivo y 71,4% de las sujeciones se utilizó a diario y 28,6% de forma no permanente. El tipo de dispositivo más utilizado fueron las barandillas (63,4%), seguidos de los mecanismos para la restricción de tronco (17,8%); las sillas de sujeción (15,9%) y restricción de miembros (3%). De acuerdo con el número de sistemas de sujeción usados para cada residente, se observó que en la mayoría de los casos sólo se utiliza un dispositivo (62,6%). Finalmente, se obtuvo que la proporción de residentes sometidos a dispositivos de sujeción mecánica sin tener ningún tipo de deterioro cognitivo ni dependencia para las AVD fue de un 3,9% y que el 22,4% de las barandillas se utiliza sobre personas mayores sin deterioro cognitivo¹⁶. En cualquier caso, de los discursos de varios de los informantes de la investigación se desprende que hay una percepción de que la prevalencia de sujeciones en España continúa siendo elevada, a pesar de que se están poniendo medidas por ejemplo desde fiscalía para un mayor control de esas situaciones:

Sigue ocurriendo con regularidad y es por eso que la fiscalía ha puesto en marcha campañas donde los fiscales se presentan en los centros residenciales a ver si hay o no

¹⁴ BURGUEÑO TORIJANO, Antonio, *Prevalencia comunicada de sujeciones físicas*, cit., p. 7.

¹⁵ BURGUEÑO TORIJANO, Antonio, *Prevalencia comunicada de sujeciones físicas*, cit., p. 9.

¹⁶ GALÁN CABELLO, Carlos María, TRINIDAD, Diego, RAMOS CORDERO, Primitivo, GÓMEZ FERNÁNDEZ, Juan Pedro, ALASTRUEY RUIZ, Jesús Gregorio, ONRUBIA PECHARROMAN, Antonio, LÓPEZ ANDRÉS, Engracia, HERNÁNDEZ OVEJERO, Hilario, "Uso de sujeciones físicas en una población anciana ingresada en residencias públicas", *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, vol.43(4), 2008, pp. 208-213.

hay sujeciones puestas, físicas o químicas, desde cuánto tiempo hace que la revisaron y etc., etc. (...) O sea que sí, sí, sigue habiendo desgraciadamente. (EPM1-23.02-Científico).

Finalmente, es pertinente agregar que no sólo hay escasez de estudios sobre prevalencia, sino que, además, los pocos estudios han develado que los profesionales cuidadores de personas mayores en residencias no siempre registran en la historia del paciente los datos relacionados con el uso de dispositivo de restricción física, dado que, como se ha demostrado en previo estudio, para muchos profesionales “su aplicación se ha convertido en un acto rutinario, durante el cual no se reflexiona sobre su conveniencia y consecuencias, más que una práctica basada en la evidencia”¹⁷ o porque no consideran ciertos dispositivos como restricciones, incluso, aun cuando limita la libertad de movimiento de la persona sobre quien se aplica, lo que podría explicar, entre otras razones, su uso frecuente.

2.2.-Tipología

La tipología de las restricciones resulta en el ámbito de la geriatría y de la gerontología más consensual. La SEGG establece, varios ejes de clasificación para determinar una tipología compleja de las mismas¹⁸:

- *Atendiendo a los métodos de aplicación:* sujeciones físicas o mecánicas y sujeciones químicas o farmacológicas.
- *Según los diferentes dispositivos, utensilios o equipos:* muñequeras, tobilleras, cinturón abdominal o pelviano, peto torácico, cinturón de cama, barandillas de camas, sábanas, etc.
- *En función del carácter temporal con el que se apliquen:* agudas, episódicas o esporádicas (aquellas que se utilizan de forma excepcional y puntual en determinados momentos horas y días - en general menos de 2, 3 días - en los que la persona sufre un episodio agudo de excitación y agitación entrando en una situación de riesgo y no es posible calmarle de otra forma); crónicas o permanentes (aquellas cuya utilización es superior a 2-3 días o una semana, en muchos casos diariamente y, a menudo, sin pautas y revisión adecuadas, o, si se revisan, corroboradas de forma indefinida).

Dentro de las restricciones mecánicas, otros autores distinguen entre *parcial* (en la que únicamente se limita la movilidad bien del tronco, bien de una extremidad) o *total* (aquella en la que se emplean sistemas de inmovilización globales que impiden la mayoría de los movimientos del paciente). La primera de ellas, la parcial, se utiliza fundamentalmente para evitar caídas, arrancamiento de vías u obstrucciones posturales que dificulten el paso de la medicación¹⁹. En aquellos casos en los que se utilizan como

¹⁷ FARIÑAÑLÓPEZ, Emilio, ESTÉVEZ-GUERRA, Gabriel J., NÚÑEZ GONZÁLEZ, Eduardo, PÉREZ HERNÁNDEZ, Domingo G., GANDOY CREGO, Manuel, “Use of physical restraints on the elderly: attitudes, knowledge and practice among nursing staff”, *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, vol.48 (5), 2013, pp. 209-15, p. 213.

¹⁸ SEGG-SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA y GERONTOLOGÍA, *Documento de consenso sobre sujeciones mecánicas y farmacológicas*, cit., p.11-12

¹⁹ RUBIO DOMINGUEZ, J., *Contención mecánica de pacientes. Situación actual y ayuda para profesionales sanitarios*, cit., p.173.

conceptos diferenciados sujeciones y restricciones, cada una de ellas se divide a su vez en *voluntarias* e *involuntarias*. Dentro de las sujeciones, atendiendo al carácter que se le da a ese elemento o la intencionalidad con la que ha sido colocada, se habla de sujeciones *restrictivas* (cuando se utiliza como elemento que la persona no puede retirar fácilmente y restringe su libertad de movimientos o normal acceso a parte de su cuerpo) o *no restrictivas* (como elemento que permita a la persona mantener una posición corporal correcta y lo más fisiológica posible). Tanto las restricciones como las sujeciones con carácter restrictivo, voluntarias e involuntarias, se dividen en *menores (minor)* y *mayores (major)* en función de lo limitantes que puedan resultar para cada persona²⁰. Esta clasificación da lugar a una serie de categorías más problemáticas como la sujeción involuntaria con carácter restrictivo menor en una persona que no tiene capacidad para expresar su voluntad o expresa no querer utilizar la sujeción y se utiliza para mantener una normal convivencia y siempre y cuando la persona lo tolere bien. Sería un ejemplo de este caso la persona con deterioro cognitivo a la que se le coloca un *body* que impide que se quite el pañal y esparza su contenido por la habitación.

También dentro de ese carácter más problemático estaría, con más razón, la sujeción involuntaria con carácter restrictivo mayor que implica el uso de una sujeción con carácter restrictivo en una persona que no tiene capacidad para expresar su voluntad o expresa no querer utilizar la sujeción y no se utiliza para mantener una normal convivencia en el centro porque ni influye en ella ni la favorece y/o la persona no la tolera bien. Sería un ejemplo la persona con deterioro cognitivo a la que se le coloca un cinturón abdominal para que no se levante de la silla o sillón, para que no deambule, para que no moleste, para hacer más cómodo el trabajo de las y los profesionales. Pero, un dispositivo en principio menor puede ser considerado mayor según las circunstancias y así en una residencia, la persona se quita el pañal, pero si no esparce su contenido por la habitación y esa actitud no supone una disrupción en la convivencia con el resto de los residentes y sus familias, aunque ello pudiera suponer un inconveniente en el trabajo de las personas de la organización, la utilización del *body* podría equivaler a un caso de restricción mayor.

Otra categoría conflictiva sería la sujeción involuntaria sin carácter restrictivo que fundamentalmente se coloca para corregir una postura corporal incorrecta, pero aplicada a una persona que no posee la capacidad de comunicar su voluntad respecto al uso de esa sujeción. En esos casos, existen otras alternativas o dispositivos (cojines en cuña, almohadones, etc.) más seguros para mantener una posición corporal sin necesidad de usar, sin la intención de restringir, por ejemplo, un cinturón abdominal para mantenerle erguida en la silla. Los casos en los que se restringe la movilidad de la persona y ésta no puede expresar su voluntad, pero no se utiliza ningún elemento de sujeción, serían considerados según esta tipología como un mal menor involuntario, al tratarse de una alternativa al uso de sujeciones que evita los efectos negativos de la sujeción restrictiva, es segura y reduce el riesgo de sufrir caídas y sus consecuencias e intenta proteger los derechos fundamentales de la persona, buscando siempre cuidarle con la mayor dignidad posible. Sería un ejemplo de esta categoría sentar a la persona en un asiento muy bajo, del que le cueste levantarse, pero al que no se le sujeta. Este método limita su movilidad con el objeto de que tarde más en levantarse del asiento, y de esa forma a las personas cuidadoras les dé tiempo a acudir en su ayuda, mientras se está levantando y antes de que se caiga (menor) o el uso de una silla sin patas desde la que se dificulta más el que la

²⁰ FUNDACIÓN CUIDADOS DIGNOS, *Guía para la eliminación de sujeciones físicas y químicas en centros de atención sociosanitaria y domicilios*, cit., p.9.

persona pueda ponerse en pie (mayor). Estos dispositivos se utilizarían en personas con serias dificultades para mantener el equilibrio, con grave deterioro cognitivo y que no cesa de deambular²¹.

2.3.- Justificaciones de su uso

Antes de analizar las alternativas al uso de las restricciones, debemos plantearnos las razones que se esgrimen por ciertos sectores profesionales para justificar su uso, entre las que podemos identificar: razones preventivas, razones médico-sanitarias, razones disciplinarias, razones organizacionales y razones por falta de formación profesional.

2.3.1.- Razones preventivas

Son diversas las razones que se esgrimen a la hora de aplicar las restricciones sobre personas mayores institucionalizadas, que parte por la consideración de las características de los residentes, pues estos procedimientos se aplican de manera prioritaria en personas frágiles que presentan riesgo de caídas, dificultades en la movilidad o escaso control sobre la postura corporal, consumidores de neurolépticos, con problemas de micción, desorientación, deterioro cognitivo y presencia de alteraciones conductuales como inquietud, deambulación errática o agitación²². Atendiendo a estas características, se ha creado un discurso legitimador del uso de restricciones por parte de los profesionales basada en la dificultad de lidiar con este tipo de residentes, partiendo del supuesto de que su empleo sirve como medio de seguridad para el paciente y forma de control de dichas alteraciones conductuales, así como para evitar la deambulación errática o como facilitadores de la administración de medicación. Por ejemplo, en la investigación primaria cualitativa las dificultades para evitar la deambulación que pueden llevar a justificar el uso de sujeciones son descritas por una de las personas informantes del siguiente modo:

(...) y luego las deambulatorias. En las camas, en los sillones se vive mejor porque hay más personal, es más fácil estar atenta, pero cuando hay deambulación libre, los centros tienen escaleras, puertas de salidas, estamos en medio de un barrio, en medio de un pueblo, o estamos a las afueras, lo que sea, ahí hay más dificultad (EPM14-24.03-Tercer Sector).

Sin duda, una de las razones esgrimidas con más frecuencia para usar restricciones físicas es la prevención de caídas²³. No obstante, algunos estudios han demostrado que existe una alta asociación entre el uso de restricciones y la escasa movilidad, la dependencia de la atención y el riesgo de caer desde la opinión del personal de enfermería²⁴. Como señalan algunos autores, la visión de que “los mayores deben ser

²¹ FUNDACIÓN CUIDADOS DIGNOS, *Guía para la eliminación de sujeciones físicas y químicas en centros de atención sociosanitaria y domicilios*, cit., p.9-11.

²² SEGG-SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA y GERONTOLOGÍA, *Documento Técnico Cuidado sin Sujeciones*, cit., p.19.

²³ HUIZING, AR., “Why do we use physical restraints in the elderly?”, *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, vol.38 (1), 2005, pp. 19–25.

²⁴ HAMERS, Jan PH., GULPERS, Math JM., STRIK, Willem, “Use of physical restraints with cognitively impaired nursing home residents”, *Journal of Advanced Nursing*, vol.45(3), 2004, pp. 246–251.

restringidos debido a que son más propensos a caer y sufrir lesiones graves” o que “el deber moral de proteger del daño requiere restricciones” son en realidad mitos, puesto que no existen suficientes evidencias acerca de que las prácticas restrictivas ayuden a prevenir caídas²⁵. Estos mitos están sustentados a su vez en los prejuicios y estereotipos negativos que existen alrededor de lo que significa ser una persona mayor como, por ejemplo, la idea de la “pérdida de autonomía” o de que se encuentran en peores condiciones físicas y mentales que el resto de las personas, lo que justifica que “sus decisiones no sean tenidas en cuenta y sean excluidas o se enfrenten a restricciones o límites a la hora de ejercer sus derechos o de acceder a bienes y servicios”²⁶.

Con base en estos estereotipos, los profesionales asistenciales desarrollan un temor frente a la idea de que las personas mayores a su cargo puedan caerse y hacerse daño, lo que les hace percibir que en ciertas circunstancias sin el uso de las restricciones la caída es un hecho inminente, por ello, en algunos casos, los cuidadores después de una caída accidental acto seguido restringen la movilidad de la persona mayor²⁷. Por ende, lo que motiva la aplicación de las restricciones es un tema de seguridad, pero no sólo por velar la seguridad del residente, sino también por la seguridad del cuidador, quien vive también con el temor de enfrentar una denuncia por negligencia en el cuidado de no restringir a la persona mayor y que por ello esta se caiga y se lesione. Así lo ha develado una de las profesionales entrevistadas en la presente investigación, para quien el uso de la restricción responde a un tema de seguridad, por un lado, de la integridad del paciente frente a la posibilidad de caerse y lesionarse, pero también de seguridad para sí mismos en un contexto en el que la no aplicación de restricciones puede pasar por falta de seguridad, fundamento para una posible denuncia por parte de la familia de los residentes.

(...) Y a veces la seguridad absoluta, que no existe nunca, o la apariencia de seguridad lo estamos viendo con el pacto al que hemos llegado dentro del acuerdo de acreditación y calidad con el asunto de la, no diría limitación, diría la erradicación de las sujeciones. En España, y ahí somos una anomalía, atamos a la gente. Y o bien los atamos físicamente cuando tienen deterioros cognitivos o bien los atamos químicamente o farmacológicamente. Esto en otros países es delito. Y aquí es lo normal. O sea, la posición de los familiares muchas veces, de los propios centros, es por la seguridad, porque es una persona que se levanta por las noches, deambula a las 3 de la mañana, igual no hay nadie para tal y se va a caer. Se puede caer y... Entonces por su seguridad lo atan (EPM18-11.04-Nacional).

(...) no tenía que haber estado abierta en ese momento, no sé qué, y que alguien se ha ido pues a dar un garbeo a Salamanca. Y bueno, podemos hasta recibir denuncias por parte de la familia. Cosas que pasan y no pasa nada. Y si ha habido una falla en seguridad o tal, inmediatamente localizado, porque ya digo, están geolocalizados. Pero hay que asumir riesgos. La vida tiene esa cosa de buena, o sea, que me puedo dar un paseo por el bosque y me puede comer el lobo. Claro, lo otro es vivir en burbujas donde la vida no es al final vivible. Y hay que tomar decisiones y no por los demás. O sea, pretender también... Nos pasamos el día decidiendo por los demás, que no, que no... La

²⁵ EVANS, Lois K., STRUMPF, Neville, “Myths about elder restraint”, *The journal of nursing scholarship*, vol.22 (2), 1999, pp. 124-128.

²⁶ BARRANCO, MC., VICENTE, I., *La discriminación por razón de edad en España*, cit., p. 6.

²⁷ Cfr., HUANG, Hui Chi, HUANG, Yu Tai, LIN, Kuan Chia, KUO, YONG, Fang, “Risk factors associated with physical restraints in residential aged care facilities: a community-based epidemiological survey in Taiwan”, *Journal of Advanced Nursing*, vol.1(70), 2014, pp. 130-143.

gente tiene que poder decidir e incluso afrontar sus riesgos. Pero comprender esto en entornos protectores o sobre protectores que muchas veces hemos construido, pues generan eso, la denuncia, ¿no? Que falló aquí o tal. Pues no siempre, a veces detrás de lo que hay es precisamente dignidad de la gente. Y asumir riesgos. No son entornos inseguros, pero pueden ocurrir accidentes (EPM18-11.04-Nacional).

No obstante, como ya hemos indicado, los estudios siguen demostrando que ningún tipo de restricciones evitan caídas o disminuyen el riesgo de su ocurrencia²⁸. Por el contrario, sí existe un amplio compendio de estudios que demuestran que las restricciones, paradójicamente, generan más daño en las personas mayores, redundando en el empeoramiento de la salud de la persona mayor hasta el punto de causarle la muerte. Asimismo, se ha constatado que la reducción del número de restricciones físicas no conduce a un aumento en el número de caídas o en la gravedad de las lesiones relacionadas con ellas²⁹.

En definitiva, “hoy se sigue justificando el uso de sujeciones porque, con ellas se evitan caídas, porque cuidar sin usar sujeciones es inseguro para algunas personas con demencia, porque evitarlas implica contar con más personal, o porque las familias exigen seguridad absoluta para sus seres queridos incapaces de tener cuidado por sí mismos, y también se sigue pensando que se pueden evitar sujeciones físicas utilizando a cambio sujeciones químicas, o que los fármacos antipsicóticos son siempre útiles para controlar la conducta de las personas con demencia”³⁰.

2.3.2.-Razones médico-sanitarias

Desde una lógica asistencialista, la aplicación de las restricciones viene justificada por razones terapéuticas y con el fin de controlar y modificar el comportamiento. Después de la prevención de caídas, otra razón muy utilizada en centros residenciales para aplicar restricciones a personas mayores es la de evitar que los residentes interfieran en la aplicación del tratamiento en razón a su diagnóstico; específicamente existe la preocupación de que la manipulación de los dispositivos terapéuticos³¹ genere situaciones peligrosas principalmente para ellos mismos, como podría ser una hemorragia si se arrancan una vía venosa. Por ejemplo, en algunos estudios se identificó una alta prevalencia del uso de restricciones en personas mayores para evitar la extracción de

²⁸ Cfr., CAPEZUTI, Elizabeth, MAISLIN, Greg, STRUMPF, Neville, EVANS, Lois K., “Side rail use and bed-related fall outcomes among nursing home residents”, *Journal of the American Geriatrics Society*, vol.1 (50), 2002, pp. 90-106.

²⁹ Cfr., CAPEZUTI, Elizabeth, MAISLIN, Greg, STRUMPF, Neville, EVANS, Lois K., “Side rail use and bed-related fall outcomes among nursing home residents”, *Journal of the American Geriatrics Society*, vol.1 (50), 2002, pp. 90-106; CAPEZUTI, Elizabeth, STRUMPF, Neville, EVANS, Lois K., GRISSO, Jeane Ann, MAISLIN, Greg, “The relationship between physical restraint removal and falls and injuries among nursing home residents”, *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, vol.1 (53), 1998, pp. 47-52; DUNN, Karen S., “The effect of physical restraints on fall rates in older adults who are institutionalized”, *Journal of Gerontological Nursing*, vol. 10(27), 2001, pp. 40-48.

³⁰ BURGEÑO TORIJANO, Antonio, “Tolerancia cero a las sujeciones en ancianos. Difícil pero no imposible”, *Informaciones psiquiátricas*, vol.212 (2), pp. 153-168, p. 155.

³¹ FARIÑA-LÓPEZ, Emilio, ESTÉVEZ-GUERRA, Gabriel J., GANDOY-CREGO, Manuel, POLO-LUQUE, Luz M., GÓMEZ-CANTORNA, Cristina, CAPEZUTI, Elizabeth A., “Perception of Spanish Nursing Staff on the Use of Physical Restraints”, *Journal Nursing Scholarship*, vol.46 (5), 2014, pp. 322-330.

tubos³² y desplazamiento de sondas nasogástricas³³. Incluso, en la etapa terminal, algunos estudios muestran como pacientes con dispositivos terapéuticos son restringidos a través del uso de fármacos como antibióticos, ansiolíticos y antidepresivos, junto con otro tipo de restricciones, en una práctica de baja calidad y poco respetuosa de la dignidad humana de estas personas³⁴.

El deterioro cognitivo, la desorientación y las alteraciones conductuales son comunes en las personas en centros residenciales de mayores, por lo que otra de las razones esgrimidas por los cuidadores es la necesidad de controlar comportamientos como la deambulación, la agitación y la agresividad, así como para controlar a las personas “inquietas” y evitar que estos residentes molesten a los demás³⁵. Aun cuando estos comportamientos parecen estar ampliamente asociados con la demencia, existen algunos estudios plantean que estos también podrían ser una forma de manifestarse en relación con necesidades no satisfechas por parte del personal cuidador³⁶. En este sentido, hay una estrecha relación con las razones organizacionales que analizaremos en el siguiente apartado. En estas circunstancias, el personal asistencial debe, en concordancia con una atención centrada en la persona, identificar la causa raíz de la incomodidad de la persona, para poder atenderla y así controlar la situación, sin necesidad de recurrir a ningún tipo de restricciones.

2.3.3.-Razones organizacionales

Adicionalmente, la permanencia de estas prácticas se justifica, también por motivos organizacionales, como la falta de formación del personal, plantillas de trabajadores reducidas, que no permiten una supervisión frecuente, y ausencia de

³² HUANG, Hui Chi, HUANG, Yu Tai, LIN, Kuan Chia, KUO, YONG Fang, “Risk factors associated with physical restraints in residential aged care facilities: a community-based epidemiological survey in Taiwan”, *Journal of Advanced Nursing*, vol.1 (70), 2004, pp. 130-143.

³³ MAMUN, K., LIM, Jaekun, “Use of physical restraints in nursing homes: current practice in Singapore”, *Annals of the Academy of Medicine of Singapore*, vol.2 (34), 2005, pp. 158-162.

³⁴ DI GIULIO, Paola, TOSCANI, Franco, VILLANI, Daniele, BRUNELLI, Cinzia, GENTILE, Simona, SPADIN, Patrizia, “Dying with advanced dementia in long-term care geriatric institutions: a retrospective study”, *Journal of Palliative Medicine*, vol.7 (11), 2008, pp. 1023-1028.

³⁵ Cfr., LUDWICK, Ruth, MEEHAN, Anita, ZELLER, Richard, O'TOOLE, Richard, “Safety work: initiating, maintaining, and terminating restraints”, *Clinical Nurse Specialist*, vol.2(2), 2008, pp.81-87; PELLFOLK, Tony, SANDMAN, Per-Olof, GUSTAFSON, Yngve, KARLSSON, Stig, LÖVHEIM, Hugo, “Physical restraint use in institutional care of old people in Sweden in 2000 and 2007”, *International Psychogeriatrics*, vol.24(7), 2012, pp. 1144-1152; SAARNIO, Reetta, ISOLA, Arja, “Nursing staff perceptions of the use of physical restraint in institutional care of older people in Finland”, *Journal of Clinical Nursing*, vol.19, 2010, p. 3197-3207.

³⁶ Cfr., COHEN-MANSFIELD, Jiska, “Agitation in the elderly: Definitional and theoretical conceptualizations”, en HAY, Donald P., KLEIN, David T., HAY, Linda K., GROSSBERG, George T., KENNEDY, John S., (Eds.), *Agitation in patients with dementia: A practical guide to diagnosis and management*, American Psychiatric Publishing Inc., Washington, 2003, pp. 1-21; KOLANOWSKI, AM., WHALL, AL., “Toward holistic theory-based intervention for dementia behavior”, *Holistic Nursing Practice*, vol.14(2), 2000, pp. 67-76.

protocolos³⁷. Ese escaso ratio de profesionales por residente aparece en la investigación cualitativa como dificultad para la erradicación de las sujeciones:

¿Sabes qué pasa? Que aquí tienes un tema kafkiano, qué es fundamental. Las residencias de mayores tienen una ratio de personal muy bajo y eso es un tema que hay que mejorar. Hay que incrementar mucho el número de profesionales. Pero además tienes que sumarle el hecho de que ahora tienes dificultad para encontrar profesionales con lo cual incluso ahora te encuentras con quien quisieras contratar una enfermera no encuentras para poder contratar, por esa diferencia de salario que hay y la formación. ¡Y dices hombre!, si ya tenía pocas enfermeras y encima no las encuentro, tengo todavía menos enfermeras (EPM1-23.02-Científico).

En consecuencia, como emerge en el discurso de varias de las personas informantes, la eliminación de las sujeciones implica una gran inversión y una mejora de las condiciones organizacionales y de trabajo del sector:

¡Claro que hay que eliminar las sujeciones físicas de las residencias! Pero con un presupuesto adecuado, eso cuesta muuuucho [sic] dinero. Para eliminar las sujeciones físicas hay que poner personal y hay que poner personal muy bien formado. ¿Cómo vas a decir que voy a eliminar las sujeciones físicas? ¡Qué bonito! Cuando tienes un trabajador por la noche cuidando a 50 personas con deterioro cognitivo. Y si se levanta una y se hace pipí, viene la otra y pisa el pipí de la anterior y se cae. ¿Cómo puedes eliminar las sujeciones en estas condiciones? Es todo como una terrible pesadilla (EPM4-09.03-Científica).

El uso de las restricciones físicas, aunque estas se sigan percibiendo como poco deseables e incluso como formas de maltrato, puede verse como una actitud menos grave que otras formas de maltrato si se considera que con su uso se evitan caídas o se utilizan en personas “difíciles de cuidar”, por ejemplo, con demencia. En un estudio cualitativo portugués reciente, por ejemplo, se concluía que, aunque la legislación regulaba la contención en Portugal y su uso excesivo en un contexto institucional, su uso está reconocido en las prácticas institucionales y también se justifica para minimizar la carga de trabajo o en casos de escasez de personal asistencial. Es difícil separar estos supuestos de un problema más general de la calidad de la asistencia, arraigado en prácticas y políticas más amplias de los centros. Es más fácil culpar a los trabajadores/as de esos centros asistenciales, que disponen de menos recursos, que a un sistema organizativo que atraviesa la cadena jerárquica: reguladores, gestores del personal y, solo en una última instancia, profesionales que efectivamente prestan los cuidados³⁸. Conclusión básicamente compatible y coherente con el análisis que hace en España La SEGG al considerar el factor de la cultura institucional fuertemente arraigada para la que las sujeciones son “tradicionalmente consentidas por nuestra cultura y por los poderes públicos, sobre excepciones establecidas para situaciones extremas o lugares de internamiento cuya razón de ser no es, de modo directo, el cuidado de las personas, sino que atienden a otras finalidades que poco o nada tiene que ver con la atención asistencial a las personas mayores, como son las problemáticas organizacionales asociadas a

³⁷ RODRIGUEZ SÁNCHEZ, M.^a Inmaculada, RODRIGUEZ CABELLO, M.^a Paz, MARTÍNEZ MARTÍN, M.^a Luisa, “Modelo de cuidados sin sujeciones en residencias de ancianos. Revisión narrativa”, *Gerokomos*, vol.32(4), 2021, pp. 239-244, p. 243.

³⁸ GIL, Ana P., “Care and mistreatment – two sides of the same coin? An exploratory study of three Portuguese care homes”, *International Journal of Care and Caring*, vol.2(4), 2018, pp. 551-573, p. 569.

procesos de trabajo deficientes que en modelos no centrados en la persona acaban abocando al uso de sujeción”³⁹.

También en la investigación cualitativa, algunas de las profesionales del tercer sector entrevistadas plantean un análisis similar aplicable a España:

Eso es inhumano, eso es inhumano, hay que buscar... y al final eso simplemente es que no está ni justificado por la seguridad de la persona, o sea, es por comodidad de las profesionales, de la institución, de bueno es que como tengo poco personal no puedo estar pendiente de todo el mundo y es la única forma... bueno pues entonces tendrás que regular tú ciertas cosas por arriba, pero no es la solución que una persona esté en un sillón, en una silla o en su cama atada prácticamente (EPM7-14.03-Tercer Sector).

En el fondo es una falta de recursos humanos, de apoyos, de estructuras físicas, de centros, que realmente estén adaptados a las necesidades de las personas y no a la practicidad de lo laboral, a la eficiencia de lo laboral para terminar cuanto antes (EPM14-24.03-Tercer Sector).

En cualquier caso, en la línea de las sujeciones cero, se manifestaron varias de las personas informantes en la investigación propia, al considerar que suponen una violación de derechos:

Por eso le decimos ¿oye sujeciones cuantas hay que tener? Cero ¿Cómo cero? Sí, sí, cero, sujeciones cero, nada. NINGUNA. La sujeción solamente está justificada en casos muy puntuales, donde una persona pueda lesionarse a sí misma o lesionar a la persona que le cuida, de forma muy puntual, si puede ser inferior a 24 horas y con una supervisión continua que compruebe la sujeción al menos cada 2 horas. Y no hay personal para hacer eso con lo cual sujeción cero, no hay más (EPM1-23.02-Científico).

Por eso mismo, la postura de la SEGG se ha ido clarificando, consciente de que el Documento de Consenso de 2014 había servido en demasiadas ocasiones “administrativamente como excusa para sujetar en exceso, pero con norma, protocolo o guía, de una forma segura, cumpliendo lo que marca la legalidad actual”⁴⁰. En el documento de 2021, abrazando de forma inequívoca un abordaje basado en los derechos, se concluye: “Todo ello hace que en adelante lo normal sea no sujetar y si se produce un uso de sujeción, este deba ser excepcional y siempre temporal en un corto periodo de tiempo, porque debemos tener un máximo respeto a las personas, a su dignidad y a su autonomía personal”⁴¹.

2.3.4.-Razones asociadas a la falta de formación profesional

En relación con las características organizacionales y el uso de restricciones, la literatura especializada ha identificado que un factor determinante para una mayor prevalencia del uso de restricciones es la falta de formación profesional, que bien puede abarcar diversas áreas como falta de conocimiento del uso de dispositivos de restricción y las consecuencias físicas y psicológicas que estas generan en la persona a quienes se les aplica; en el manejo de las situaciones críticas y posibles complicaciones; así como, de

³⁹ SEGG-SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA y GERONTOLOGÍA, *Documento Técnico Cuidado sin Sujeciones*, cit., p. 34.

⁴⁰ SEGG-SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA y GERONTOLOGÍA, *Documento Técnico Cuidado sin Sujeciones*, cit., p. 11.

⁴¹ SEGG-SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA y GERONTOLOGÍA, *Documento Técnico Cuidado sin Sujeciones*, cit., p. 12.

alternativas de cuidados sin sujeciones en personas mayores y, sobre todo, en aquellas con deterioro cognitivo.

Con respecto a la falta de conocimiento sobre el uso de dispositivos y sus efectos negativos en las personas a quienes se les aplican, se ha demostrado que los profesionales del cuidado ignoran desde asuntos procedimentales con efectos jurídicos del uso de dispositivos, por ejemplo, como las condiciones en que estas deben ser aplicados (mediando consentimiento informado del paciente, su representante, así como la comunicación a la familia y el deber de registrarlo en el historial de la persona) hasta el impacto tanto físico como psicológico del uso de las restricciones⁴². En cuanto a esto último, los profesionales suelen desconocer que el uso de restricciones puede generar efectos negativos a nivel físico como lesiones cutáneas, incontinencia o pérdida de la capacidad física e, incluso, la muerte,⁴³ así como a nivel psicológico los sentimientos de vergüenza, incomodidad o humillación que genera en las personas una provisión de cuidados negligente⁴⁴.

La falta de conocimientos sobre alternativas a las restricciones constituye también un factor determinante en la mayor o menor prelación del uso de restricciones. En las últimas décadas del siglo pasado algunos estudios demostraron que los profesionales del cuidado de personas mayores no eran capaces de proporcionar alternativas al uso de restricciones⁴⁵, en principio, porque muchos creían que no existían tales⁴⁶, o, porque eran escasas las intervenciones que se conocían para lidiar con los comportamientos de los residentes sin el uso de restricciones⁴⁷; algunos otros consideraban que cualquier alternativa debía tender a mantener a salvo a las personas de caídas y lesiones, lo que debía implicar necesariamente la limitación de la movilidad⁴⁸. Si bien a lo largo de los años se han impartido formaciones a los profesionales de cara a la provisión de cuidados libres de restricciones o únicamente como último recurso, responsable y respetuoso con la dignidad humana de las personas a quienes se les aplica, la mayoría siguen creyendo

⁴² FARIÑANLÓPEZ, Emilio, ESTÉVEZ-GUERRA, Gabriel J., NÚÑEZ GONZÁLEZ, Eduardo, PÉREZ HERNÁNDEZ, Domingo G., GANDOY CREGO, Manuel, “Use of physical restraints on the elderly: attitudes, knowledge and practice among nursing staff”, *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, vol.48 (5), 2013, pp. 209-15.

⁴³ Cfr. SUEN, Lorna K.P., LAI, Yi Chang., SHING WONG, Thomas Kwok, CHOW, Susan K., KONG, SKF, HO, J.Y.L., KONG, Tak-Kwan, LEUNG, J.S.C., WONG, I.Y.C., “Use of physical restraints in rehabilitation settings: staff knowledge, attitudes and predictors”, *Journal of Advance Nursing*, vol.55 (1), 2006, pp. 20-28; SUEN, Lorna K.P., “Knowledge, attitude and practice of nursing home staff towards physical restraints in Hong Kong nursing homes”, *AJN*, vol.5 (2), 1999, pp.73-86.

⁴⁴ Cfr., MOORE, Kirsten, HARALAMBOUS, Betty, “Barriers to reducing the use of restraints in residential elder care facilities”, *Journal of Advance Nursing*, vol.58 (6), 2007, pp. 532-540.

⁴⁵ Cfr., STRUMPF, Neville, EVANS, Lois K., “Physical restraint of the hospitalized elderly: perceptions of patients and nurses”, *Research in Nursing & Health*, vol.37 (3), 1988, pp.132-137; HARDIN, Sally B., MAGEE, Rose, STRATMANN, Diane, VINSON, Mary Hite, OWEN, Marilyn, ET AL., “Extended care and nursing home staff attitudes toward restraints. Moderately positive attitudes exist”, *Journal of Gerontological Nursing*, vol.20(3), 1994, pp. 23-31.

⁴⁶ Cfr., RETSAS, Andrew P., CRABBE, Heather, “Use of physical restraints in nursing homes in New South Wales, Australia”, *International Journal of Nursing Studies*, vol.35(3), 1998, pp.177-183.

⁴⁷ CHIEN, Wai-Tong., “The use of physical restraints to psychogeriatric patients in Hong Kong”, *International Journal of Nursing Studies*, vol.20(6), 1999, pp. 571-586.

⁴⁸ LEE, Diana T., CHAN, MC., TAM, EP., YEUNG, WS., “Use of physical restraints on elderly patients: an exploratory study of the perceptions of nurses in Hong Kong”, *Journal of Advanced Nursing*, vol.29(1),1999 pp. 153-159.

que no existen buenas alternativas a las restricciones o dudan de que la retirada de las mismas redunde en un beneficio para la persona, por lo que aún los/las profesionales consideran necesaria la aplicación diaria de sujeciones⁴⁹.

De acuerdo con un estudio sobre actitudes, conocimientos y prácticas en el uso de restricciones físicas con personas mayores por parte enfermeras y auxiliares en residencias geriátricas en Islas Canarias⁵⁰, el 69,8% del total de las encuestadas reconoció tener una formación limitada sobre restricciones físicas y el 98,7% las había aplicado en alguna ocasión. Teniendo en cuenta estos y otros datos, se estableció una relación entre el conocimiento, la actitud y la práctica del uso de restricciones físicas, en tanto que se demostró que los profesionales con mayores conocimientos mostraron una actitud menos favorable al uso de restricciones físicas. Por el contrario, cuanto más bajos eran los conocimientos y más favorable era la actitud hacia la restricción, peor era la práctica en el uso de la misma. Estos resultados coincidieron con otros estudios que detectaron que en los centros donde los conocimientos del personal eran deficientes, las actitudes resultaban más favorables a su aplicación y la prevalencia del uso de restricciones más elevada⁵¹.

Con respecto al nivel de conocimientos, se encontró una desinformación en aspectos relevantes: sólo un 32% de los profesionales confirmó que conocía la existencia de buenas alternativas a las restricciones; el 69,1% de los profesionales ignoraba que las restricciones físicas estuviesen asociadas con la muerte de pacientes; una parte importante de la muestra afirmó que no comunicaba a la familia los motivos de la aplicación de las restricciones, y el 61,9% no veía necesario pedir un consentimiento informado. En términos generales, la muestra evidenció conocimientos limitados en el manejo de problemas asistenciales como los conductuales en los que suelen percibir las restricciones como la única estrategia de cuidado⁵².

Esto evidencia la imperiosa necesidad de promover la formación profesional desde un enfoque de derechos a partir del cual se les brinde los conocimientos y herramientas necesarias para cuidar sin restricciones y enfocando todos los esfuerzos en la satisfacción de las necesidades particulares de cada persona, pues el conocer los efectos nocivos a la salud que trae consigo las restricciones para las personas sobre quienes se aplica y saber que se pueden evitar haciendo uso de otras alternativas, genera en el

⁴⁹ FARIÑA-LÓPEZ, Emilio, ESTÉVEZ-GUERRA, Gabriel J., NÚÑEZ GONZÁLEZ, Eduardo, PÉREZ HERNÁNDEZ, Domingo G., GANDOY CREGO, Manuel, “Perception of spanish nursing staff on the use of physical restraints”, *Journal Nursing Scholarship*, no.5(46), 2014, pp. 322-330.

⁵⁰ FARIÑA-LÓPEZ, Emilio, ESTÉVEZ-GUERRA, Gabriel J., NÚÑEZ GONZÁLEZ, Eduardo, PÉREZ HERNÁNDEZ, Domingo G., GANDOY CREGO, Manuel, “Use of physical restraints on the elderly: attitudes, knowledge and practice among nursing staff”, *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, vol.48(5), 2013, pp. 209-15.

⁵¹ Cfr., PELLFOLK, Tony J., GUSTAFSON, Yngve, BUCHE, Gosta, KARLSSON, Stig, “Effects of a restraint minimization program on staff knowledge, attitudes, and practice: a cluster randomized trial”, *Journal of the American Geriatrics Society*, vol.58(1), 2010, pp. 62–69; KARLSSON, S., BUCHT, G., ERIKSSON, S., SANDMAN, PO., “Factors relating to the use of physical restraints in geriatric care settings”, *Journal of the American Geriatrics Society*, vol.49(12),2001, pp.1722–1728; JANELLI, Linda M., SCHERER, Yvonne K., KUHN, Merrily Mathewson, “Acute/critical care nurses’ knowledge of physical restraints”, *Journal for Nurses in Staff Development*, vol.10(1), 1994, pp.6-11.

⁵² FARIÑA-LÓPEZ, Emilio, ESTÉVEZ-GUERRA, Gabriel J., NÚÑEZ GONZÁLEZ, Eduardo, PÉREZ HERNÁNDEZ, Domingo G., GANDOY CREGO, Manuel, *Use of physical restraints on the elderly: attitudes, knowledge and practice among nursing staff*, cit., pp. 212-213.

personal asistencial una actitud negativa frente al uso de las restricciones y mayor disposición de aplicar las alternativas a estas. La falta de conocimiento sobre cómo manejar los problemas conductuales de las personas sujetas a cuidado y el consecuente recurso al uso de restricciones ha sido revelado por una de las informantes de la investigación cualitativa:

Yo creo que más o menos te lo he dicho es decir eso sí queremos provocar un cambio necesitamos plantillas estables y suficientes, es decir, ¿por qué a lo mejor hago un uso más intensivo de condición de sujeciones químicas o mecánicas? Pues en algunas ocasiones puede ser debido a falta de personal o falta de conocimientos y habilidades para tratar eso, es decir, si yo una persona que deambula sé cómo tratarla, probablemente no me molestará que deambule, tendría una zona segura para que deambule, habré hablado con la familia sobre qué sucede cuando se produce una caída, etcétera. Y no pasará nada si yo no tengo información ni personal ni nada, que haré, pues intentar contener esa contener esa deambulación que provoca más estrés, por tanto, luego, no solo lo atare, también le tendré que dar medicación etcétera etcétera, etcétera... pero está todo muy vinculado (EPM12-17.03- Autonómico).

2.4.- Efectos negativos de las restricciones

Como se deriva de un reciente metaanálisis sobre el tema, no se han hallado estudios que demuestren que el uso de las restricciones mejore la atención a las personas mayores institucionalizadas y se considera una práctica clínica de pobre calidad, ya que provoca numerosas complicaciones de diferente gravedad e incluso mortales⁵³. De esta forma, en ancianos frágiles podría tener importantes consecuencias negativas, algunas directas (asfixia, isquemia, compresión del plexo braquial, magulladuras o laceraciones) y otras indirectas (úlceras por presión, incontinencias urinaria y fecal e incremento de las tasas de mortalidad). Asimismo, suelen empeorar la confusión y agitación de los residentes, generándoles humillación, miedo, retraimiento y otros trastornos emocionales⁵⁴.

Algunos autores han ahondado en el impacto de las restricciones físicas en lesiones por golpes y caídas que se producen cuando las personas mayores intentan desasirse de las mismas. De acuerdo con un estudio sobre restricciones aplicadas en residencias para personas mayores, se evidenció que aquellas a quienes se les aplicaba restricciones tenían tres veces más probabilidades de sufrir una lesión en una caída o incidente relacionado que aquellos a quienes no se les aplicaba restricciones⁵⁵. Otros estudios empíricos concluyeron que muchas caídas ocurrían después de que se eliminaran las restricciones, lo que se explicaba porque las restricciones disminuían el tono muscular, la marcha y el equilibrio, aumentando así el riesgo de caídas y lesiones⁵⁶.

⁵³ RODRIGUEZ SÁNCHEZ, M.^a Inmaculada, RODRIGUEZ CABELLO, M.^a Paz, MARTÍNEZ MARTÍN, M.^a Luisa, *Modelo de cuidados sin sujeciones en residencias de ancianos. Revisión narrativa*, cit. p. 242.

⁵⁴ RODRIGUEZ SÁNCHEZ, M.^a Inmaculada, RODRIGUEZ CABELLO, M.^a Paz, MARTÍNEZ MARTÍN, M.^a Luisa, *Modelo de cuidados sin sujeciones en residencias de ancianos. Revisión narrativa*, cit., p. 242.

⁵⁵ GUTTMAN, Rosalie, ALTMAN, Roy, KARLAN, Mitchell, “Report of the council on scientific affairs: Use of restraints for patients in nursing homes”, *Archives of Family Medicine*, vol.8(2), 1999, pp. 101–105.

⁵⁶ Cfr., SCHNELLE, John F., SMITH, Rick L., “To use physical restraints or not?”, *Journal of the American Geriatrics Society*, vol.44(6), pp. 1996,727-728; TINETTI, Mary, LIU, Wen-Liang, GINTER,

Riesgos similares también han sido asociados con el uso de drogas psicoactivas como restricciones químicas. Entre las reacciones tóxicas a estas drogas, especialmente en las personas mayores, se identifican los mareos, temblores, discinesia tardía, aumento de la agitación y la confusión, deshidratación, estreñimiento e incontinencia urinaria. Además, se ha demostrado que un mayor riesgo de caídas y fracturas de cadera está asociado con el consumo de drogas psicoactivas entre las personas mayores y que las secuelas del consumo de drogas psicotrópicas (mareos, agitación y confusión, por ejemplo) conducen a una mayor restricción que aquella que se genera con los aparatos mecánicos⁵⁷.

En la investigación cualitativa, uno de los/las profesionales entrevistados referencia específicamente los efectos negativos de las sujeciones químicas:

Hay de manera muy sencilla ya que la gente no necesita atención sobre todo la gente con demencia y trastornos de comportamiento que es tenerlos tranquilos y para tenerlos tranquilos pues es tan fácil como subir la dosis de psicotrópicos para que estén más dormiditos y eso es una práctica que yo no te diría generalizada, pero es una práctica común que aún pasa en las residencias. Y eso hay que evitarlo, porque eso es una manera de sujeción química, que acaba generando caídas, que acaba generando desnutrición, que acaba degenerando en incontinencia, que acaba generando irritabilidad, que en los casos de demencia acaba generando más desorientación, etc. (EPM1-23.02-Científico).

Por otra parte, estudios enfocados en el impacto del uso de restricciones en la salud mental de las personas mayores hospitalizadas ha desvelado una serie de afectaciones psicológicas que no suelen ser mencionadas en los estudios sobre los efectos negativos de las restricciones en los contextos residenciales. Así, por ejemplo, se ha dado cuenta que la aplicación de restricciones puede devenir en trauma por la aplicación misma de la restricción, generando un efecto antiterapéutico; en revictimización y retraumatización, dado que, después de la aplicación de restricciones, los pacientes experimentan retraumatización de abusos en el pasado. Para algunos ha implicado revivir previas experiencias de violación y abuso sexual, para otros, experiencias pasadas de abuso infantil; en sentimiento de ser ignorado por el personal asistencial (por ejemplo, al haber hecho caso omiso al documento firmado por pacientes donde no autorizaban el uso de restricciones físicas) y el sentimiento posterior de vergüenza y aislamiento; en sentimiento de inutilidad al asociar la práctica de las restricciones como un tratamiento subhumano; en sentimientos de ser castigados que a su vez generan sentimientos de baja autoestima, impotencia y sensación de no tener el control de su propia vida⁵⁸.

En las dos últimas décadas diversos estudios han hecho una estimación del número de accidentes ocasionados por el uso de restricciones físicas, especialmente de aquellos que estarían vinculados con la muerte de un paciente, los cuales han ocurrido en

Sandra F., “Mechanical restraint use and fall-related injuries among residents of skilled nursing facilities”, *Annals of Internal Medicine*, no.116, 1992, pp.369-374; TINETTI, Mary, LIU, Wen-Lian, MAROTTOLO, Richard A., GINTER, Sandra F., “Mechanical restraint use among residents of skilled nursing facilities: prevalence, patterns, and predictors”, *JAMA*, no.265, 1991, pp.468-471.

⁵⁷ GUTTMAN, Rosalie, ALTMAN, Roy, KARLAN, Mitchell, “Report of the council on scientific affairs: Use of restraints for patients in nursing homes”, *Archives of Family Medicine*, vol.8(2), 1999, pp. 101-105.

⁵⁸ CUSACK, Pauline, CUSACK, Frank Patrick, MCANDREW, Sue, MCKEOWN, Mick, DUXBURY, Joy, “An integrative review exploring the physical and psychological harm inherent in using restraint in mental health inpatient settings”, *International Journal of Mental Health Nursing*, vol.27(3), 2018, pp. 1162-1176.

su mayoría en centros gerontológicos, habiéndose producido también en hospitales y en la comunidad. Fariñas et al.⁵⁹, identificaron como uno de los accidentes más recurrentes la asfixia mecánica, ocasionada por la mala colocación de un dispositivo de restricción que genera una presión en cuello, tórax o parte superior del abdomen, dificultando la entrada de aire en los pulmones. Este tipo de asfixia puede ser causada por estrangulación, asfixia postural o posicional por suspensión (a persona queda colgada del mecanismo, normalmente a nivel del tórax o de la zona abdominal) o sofocación por compresión toracoabdominal (la persona queda atrapada en alguna parte de la cama, como por ejemplo entre el colchón y la barra lateral). Es relevante mencionar que las muertes asociadas con restricciones físicas, no solamente ocurren por la mala colocación del dispositivo, sino por el hecho mismo de restringir al paciente, toda vez que esto genera estrés físico y emocional en la persona a quien se le aplica, acompañado de ansiedad intensa, resistencia y agitación, lo que desencadenaría una fuerte descarga de glucocorticoides y catecolaminas, las cuales podrían sobreestimular el corazón y provocar una arritmia fatal en pacientes con enfermedad vascular previa.

Como explica la SEGG, “debe recordarse que no es el dispositivo en sí mismo lo que convierte un determinado procedimiento en una sujeción, sino el efecto que éste genere sobre la persona”⁶⁰. Por ejemplo, las barras laterales son sujeciones cuando interfieren en la libertad de movimiento de la persona, esto es, para evitar que se baje de la cama, pudiendo entonces ser consideradas restricciones. Pero cuando se utilizan a petición de la persona para impedir una caída cuando duerme o como ayuda para apoyar su cuerpo en la cama o para salir de ella, estos dispositivos pueden verse como un producto de apoyo. En ese sentido, del estudio de casos se han identificado ciertos factores que combinados incrementan los riesgos de que las restricciones, sobre todo las físicas, generen los efectos negativos en la persona sobre quien se aplica, entre los que se puede identificar:

a) *las características del paciente*, no en tanto a tal, sino por la aplicación de estos dispositivos en personas con características específicas que suelen manipular constantemente el dispositivo, quedando atrapados en ellos, y sin posibilidad de liberarse o de pedir ayuda a su cuidador/a;

b) *el dispositivo de restricción* ya sea por su incorrecta aplicación (por ejemplo, la inadecuada colocación de un cinturón que comprime la zona abdominal o el tórax de los pacientes), por el desgaste de los materiales o un incorrecto ajuste de las piezas que, en el caso de las barras laterales, puede ser origen de un accidente;

c) *la falta de supervisión constante*, relacionada directamente con el bajo ratio de personal y su escasa formación. Por ejemplo, la reducción de la plantilla de personal suele reducirse en determinados períodos, en especial durante los fines de semana y en horario nocturno. Esto es particularmente problemático, dado que la evidencia empírica indica que la mayor parte de los accidentes suceden de noche⁶¹.

⁵⁹ FARIÑA LÓPEZ, Emilio, “Problemas de seguridad relacionados con la aplicación de dispositivos de restricción física en personas mayores”, *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, vol.46(1), 2011, pp. 36-42.

⁶⁰ SEGG-SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA y GERONTOLOGÍA, *Documento Técnico Cuidado sin Sujeciones*, 2023, cit., p. 18.

⁶¹ FARIÑA-LÓPEZ, Emilio, CAMACHO CÁCERES, Amador J., ESTÉVEZ-GUERRA, Gabriel J., BROS I SERRA, Montserrat, “Accidentes asociados al uso de restricciones físicas en ancianos con trastornos

2.5.- Restricciones y maltrato institucional

En definitiva, el uso de sujeciones se opone a los principales objetivos de los cuidados prolongados, es decir, lograr el máximo grado de independencia física y mental o capacidad funcional, y la mejor calidad de vida posible. La persona sometida a sujeción física se enfrenta a una pérdida de autonomía, dignidad y autoestima⁶². Desde esta perspectiva, las restricciones físicas y farmacológicas en sí mismas constituyen un acto de violencia las más de las veces, aunque sea violento para pretendidamente proteger a alguien. Y los actos de violencia han de ser revisados siempre, desde un punto de vista ético y legal⁶³. En este sentido, y debido a los efectos negativos de las restricciones, su percepción por parte tanto de profesionales como de usuarios y familiares de residencias como una forma de maltrato institucional, que supone una corrupción de los cuidados⁶⁴, resulta crucial como requisito para poder detectarlos e intervenir adecuadamente.

A pesar de la dificultad de encontrar una definición unitaria de maltrato a las personas mayores, suele aceptarse como una definición de referencia, avalada por un cierto consenso, la definición que propone la Organización Mundial de la Salud en la conocida *Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato de las personas mayores*. En este documento se define el maltrato a personas mayores como “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”⁶⁵.

Podríamos decir, por lo tanto, que hay tres ejes que conforman la identidad de los malos tratos a las personas mayores: un vínculo, a priori significativo y personalizado, que genera expectativa de confianza, el resultado de daño o riesgo significativo de daño (condición necesaria pero no suficiente) y la intencionalidad o no intencionalidad (la intencionalidad sería condición suficiente, pero no necesaria)⁶⁶. El maltrato puede tener lugar en diferentes ámbitos: el ámbito estructural y social, el ámbito familiar y/o domiciliario y el ámbito institucional⁶⁷.

En el caso de las restricciones que nos ocupa es relevante el maltrato que se produce en el ámbito institucional que abarca todas aquellas situaciones de maltrato que se producen en el espacio de las instituciones, considerando como tales los hospitales, las

cognitivos: estudio de tres casos”, *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, vol.44(5), 2009, pp.262–265.

⁶² BURGEÑO TORIJANO, Antonio, *Atar para Cuidar: Uso de Sujeciones Físicas y Químicas en Personas Mayores dependientes que reciben cuidados prolongados*, cit., p. 3.

⁶³ BURGEÑO TORIJANO, Antonio, *Atar para Cuidar: Uso de Sujeciones Físicas y Químicas en Personas Mayores dependientes que reciben cuidados prolongados*, cit., p. 3.

⁶⁴ BURGEÑO TORIJANO, Antonio, *Atar para Cuidar: Uso de Sujeciones Físicas y Químicas en Personas Mayores dependientes que reciben cuidados prolongados*, cit., p. 3.

⁶⁵ OMS, UNIVERSIDADES DE TORONTO Y RIERSON, INPEA, “Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato a las personas mayores”, *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, vol.6 (37), 2002, pp. 332-333, p. 332.

⁶⁶ MOYA BERNAL, Antonio, BARBERO GUTIÉRREZ, Javier, *Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación*, Observatorio de Personas Mayores, 2005, disponible en <http://www.copib.es/pdf/imserso-malostratos-01.pdf> (última consulta 15 de febrero de 2023), p. 25.

⁶⁷ TABUEÑA LAFARGA, Merce, MUÑOZ IRANZO, Jordi, FABÁ RIBERA, Josep, *Violencia: Tolerancia cero. La sensibilización y la prevención de los malos tratos a las personas mayores*, La Caixa, Barcelona, 2016, p. 18, disponible en https://eimamaltrato.files.wordpress.com/2016/10/sensibilitzacio_esp.pdf (última consulta 25 marzo de 2023).

residencias geriátricas, los centros de día, los centros de respiro, los centros sociosanitarios, tanto de dependencia pública como privada⁶⁸. Con todo, ello no significa que algunas de estas restricciones no se apliquen en el ámbito familiar. Algunos de los informantes sugieren que, en esos casos, deberíamos tener en cuenta el factor de *invisibilidad* al realizarse en un entorno doméstico frente al mayor control y supervisión al que están sujetos los centros residenciales y otros dispositivos y servicios para personas mayores.

La comparativa entre personas en residencias y domicilio. Podemos sacar muchos datos de aquí, pero grosso modo comparten las mismas cosas, comparten lo mismo solo...yo le añado a domicilio la invisibilidad. No se cuantifica, no se mide, no se inspecciona... y en residencias está todo el mundo pendiente, más o menos, pero bueno hay 40 ojos viendo lo que está sucediendo (EPM6-13.03-Tercer Sector).

Si, los hay en domicilios, en hospital, los hay por todas partes. Solo que en residencias se controla, se inspeccionan, se supervisan, se forma a los equipos. Y en domicilio es como tantas otras cosas, está invisibilizado, pero existen igualmente. Está incluso, en residencias se puede intentar bajar porque hay muchos profesionales. ...pero en los domicilios... ¿Quién entra en los domicilios a ver esto? (EPM6-13.03-Tercer Sector).

Podemos definir el maltrato institucional como “cualquier legislación, programa, procedimiento, actuación u omisión procedente de los poderes públicos o privados, o derivados de la actuación individual del profesional de estos que conlleve abuso, negligencia o detrimento de salud, de la seguridad, del estado emocional o del estado de bienestar físico, o que los derechos de las personas mayores no sean respetados”⁶⁹. Dentro de los principales tipos de maltrato identificado según su naturaleza (físico, psicológico, sexual, financiero, negligencia, autonegligencia, abandono y vulneración de derechos), tanto el uso de restricciones o confinamientos no apropiados en las camas, en las sillas, o en una habitación⁷⁰ como el empleo inapropiado de fármacos⁷¹ se considera como una manifestación de maltrato físico.

En la literatura especializada sobre maltrato institucional son citadas igualmente con frecuencia, a partir de la clasificación establecida por Kayser Jones, cuatro dimensiones⁷²: la *infantilización* (tratar al anciano como a un niño irresponsable del que uno no se puede fiar), la *despersonalización* (proporcionar servicios de acuerdo con criterios generales que desatienden necesidades particulares de cada usuario), la *deshumanización* (ignorar a la persona mayor, despojarla de su intimidad y negarle la posibilidad de asumir decisiones sobre su vida) y, finalmente, la *victimización* (ataques a

⁶⁸ TABUEÑA LAFARGA, Merce, MUÑOZ IRANZO, Jordi, FABÁ RIBERA, Josep, *Violencia: Tolerancia cero. La sensibilización y la prevención de los malos tratos a las personas mayores*, cit., p.18.

⁶⁹ UNIÓN DEMOCRÁTICA DE PENSIONISTAS Y JUBILADOS DE ESPAÑA (UDP), *Prevención de malos tratos a personas mayores*, 2018, p. 11, disponible en https://www.mayoresudp.org/wp-content/uploads/2021/04/Actualizacion-contenido-cuaderno-21-malos-tratos-6_9_2018-1-1.pdf (última consulta 15 de febrero de 2023).

⁷⁰ Cfr., TABUEÑA LAFARGA, C. Mercedes, “Los malos tratos y vejez: un enfoque psicosocial”, *Intervención Psicosocial*, vol.15 (3), 2006, pp. 275-292.

⁷¹ MOYA BERNAL, Antonio, BARBERO GUTIÉRREZ, Javier, *Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación*, cit. p. 25.

⁷² Cfr, KAYSER-JONES, Jeanie, “Care of the Institutionalized Aged in Scotland and the United States: A Comparative Study”, *Western Journal of Nursing Research*, vol.1 (3), 1979, pp. 190-200; KAYSER-JONES, Jeanie, “Mealtime in nursing homes: the importance of individualized care”, *Journal of Gerontological Nursing*, vol.3 (22), 1996, pp. 26-53.

la integridad física y moral mediante amenazas, intimidación, insultos, chantaje, robo o castigos corporales).

El uso inadecuado de restricciones es una manifestación tanto de *despersonalización* como de *deshumanización*. Las instituciones y centros en las que existe un uso excesivo e inadecuado de restricciones y que no abordan debidamente las consecuencias negativas de las mismas muestran cómo el cuidado, en determinados contextos alejados de modelos centrados en la persona, puede llegar a convertirse en mecánico y automático cuando es proporcionado sin referencia a sus necesidades individuales y su perspectiva y, en consecuencia, los usuarios ser fácilmente etiquetados de desobedientes, agresivos o agitados⁷³. Esos contextos institucionales en los que se considera que lo importante y lo que proporciona valor como profesionales es tener el conocimiento técnico sobre las estrategias y protocolos a seguir en cada momento olvidan que se trabaja con y para personas y que, por tanto, la calidad humana debe estar presente tanto como la técnica. Esto es debido, entre otras razones, a la persistencia de un modelo tradicional biomédico que se ha centrado sobre todo en estos aspectos técnicos⁷⁴.

Si pensamos en los principios básicos de la bioética (no maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia) el más directamente afectado es precisamente el más básico de todos ellos, el de *no maleficencia*. Este principio en la práctica clínica y, específicamente geriátrica, supone no realizar acciones contraindicadas y promover y realizar aquellas que están claramente indicadas, valorando adecuadamente la razón beneficio/riesgo. Tiene una alta exigibilidad moral y su conculcación implica siempre la realización de malos tratos. Junto con el principio de *justicia*, marca el mínimo de deberes que deben ser comunes a todos los individuos, definiendo la ética profesional en sus mínimos y la ética pública de una sociedad, y por ello su cumplimiento es exigido también en el Derecho. Desde este punto de vista, respetar el principio de *no maleficencia* supone tanto no utilizar sedantes para evitar que la persona mayor moleste, como no utilizar sujeciones físicas injustificadas, ante la falta de personal⁷⁵.

Pero si además pensamos en un sentido más amplio de restricciones, más allá de las físicas y farmacológicas, también se conecta con el maltrato y el modelo de las instituciones totales al que, en determinados supuestos, se aproximan algunas residencias. Este modelo fue caracterizado por Goffman como lugares de residencia y de trabajo en donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un considerable periodo de tiempo comparten en su encierro una rutina diaria administrada formalmente. En esas instituciones el personal está orientado a la vigilancia y a que las normas y reglas –que él denomina ceremonias- se cumplan, a que el statu quo funcione, a que los internos hagan lo que se les ha dicho que deben hacer. La relación siempre es jerárquica y hasta el profesional de menor rango puede “ordenar” a los internos que deben/pueden hacer⁷⁶. Por ello es preciso desarrollar mejores políticas organizacionales

⁷³ Cfr., BROOKER, Dawn, “What is Person Centred Care for people with dementia?”, *Reviews in Clinical Gerontology*, vol.3(13),2004, pp. 215-222.

⁷⁴ PÉREZ ROJO, Gema, VELASCO VEGA, Cristina, LÓPEZ, P., NORIEGA GARCÍA, Cristina, CARRETERO ABELLÁN, M^a Isabel, LÓPEZ MARTÍNEZ, Javier, “De los malos tratos al buen trato en las personas mayores. Nuevo paradigma en la evaluación”, *Revista de victimología*, nº6, 2017, pp. 57-80, p. 66.

⁷⁵ MOYA BERNAL, Antonio, BARBERO GUTIÉRREZ, Javier, *Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación*, cit. p. 120.

⁷⁶ Cfr., GOFFMAN, Erving, *Asylums. Essay on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*, Anchor Books-Random House, New York, 1961, pp. 3 y ss.; PINAZO HERNANDIS, Sacramento,

que venzan la violencia sistemática, aquella que proviene de la misma organización (horarios rígidos en las actividades de los centros –horario de levantar/acostar, horario de comidas, tipos y horario de actividades-, horarios rígidos de trabajo para los profesionales, alta rotación de personal, baja cualificación de muchos profesionales que atienden a personas mayores en las residencias, estrés laboral, sobrecarga de tareas, sueldos bajos, atención centrada en el servicio o en la organización)⁷⁷.

En el caso concreto de las personas mayores en centros residenciales, la SEGG introduce el interesante concepto de “mayor ausente”. Que lo puede ser por varios motivos: primero, porque está ausente del que ha sido su domicilio y hogar durante muchos años; segundo, puede estar ausente de sí mismo porque ha perdido sus capacidades físicas o cognitivas, en tercer lugar, y como consecuencia de esas dos ausencias, fácilmente puede conducir a que otros tomen el control de uno mismo. En muchos casos, las dos primeras ausencias (del hogar y de sí mismos) pueden ser inevitables, “y la respuesta frente a la vulnerabilidad que conllevan son los cuidados”⁷⁸. Pero la tercera de esas ausencias, en las que el mayor queda ausente del proceso de decisión sobre él mismo “puede (y debe) ser evitada porque nadie tiene derecho a expulsar a otro de sí mismo y a tomar sus decisiones por él”⁷⁹. Por ello, “ante la vulnerabilidad inevitable, procede la aceptación y los cuidados; ante la creada por los otros, procede la prevención para evitarla y, cuando se ha llevado a cabo, la denuncia y la reparación”⁸⁰.

En esta línea, al menos en el ámbito de las residencias de personas mayores los avances en los últimos años han sido importantes con la implantación, cada vez más extendida de un modelo de atención centrado en la persona. Un modelo “que cuenta con la recomendación de la comunidad científica y los Organismos Internacionales. El cuidado a largo plazo es más que satisfacer las necesidades básicas; se trata de preservar los derechos de las personas mayores, las libertades fundamentales y la dignidad humana”⁸¹. En este sentido “estamos ante la irrupción de un modelo de cuidados nuevo en el que se cuida con la persona, apoyando sus objetivos vitales y sus intereses, protegiendo lo más profundo del ser, valorando a cada persona como única e irrepetible, valiosa en cualquier circunstancia, preservando el proyecto vital de cada uno y permitiendo que se mantenga el sentido de la vida que cada uno considere; se trata de evitar un modelo de relación sociosanitaria en el que uno decide y ayuda, y el otro recibe y acepta”⁸².

Al fin y al cabo, como señaló una de las profesionales entrevistadas, tal vez la clave para erradicar las sujeciones sea el cambio en la cultura institucional y la conciencia

“Infantilización de las personas mayores en el contexto residencial”, *Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales*, nº41, 2013, pp. 252-282, p. 270.

⁷⁷ PINAZO HERNANDIS, S., *Infantilización de las personas mayores en el contexto residencial*, cit., p. 270.

⁷⁸ SEGG-SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA y GERONTOLOGÍA, *Documento Técnico Cuidado sin Sujeciones*, cit., p. 11.

⁷⁹ SEGG-SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA y GERONTOLOGÍA, *Documento Técnico Cuidado sin Sujeciones*, cit., p. 44

⁸⁰ SEGG-SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA y GERONTOLOGÍA, *Documento Técnico Cuidado sin Sujeciones*, cit., p. 44.

⁸¹ SEGG-SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA y GERONTOLOGÍA, *Documento Técnico Cuidado sin Sujeciones*, cit., p. 24.

⁸² SEGG-SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA y GERONTOLOGÍA, *Documento Técnico Cuidado sin Sujeciones*, cit., p. 25.

de que implican una vulneración de los derechos de las personas que se ven sometidas a las mismas:

Nos tiene que hacer daño, nos tiene que provocar sufrimiento ver como un ser humano está sujeto, física o farmacológicamente que es por donde empezamos. Empezamos por los medicamentos y nos dejamos nos dejamos nos dejamos y cuando nos damos cuenta, estamos pegados a una silla con un cinturón. Porque la sociedad nos crea la cultura de que están velando por nuestra seguridad y no, no es así (EPM6-13.03-Tercer Sector)

3.- Análisis de alternativas al uso de restricciones en otros países

Las alternativas al uso de restricciones responden a un cambio de paradigma en la forma en que se deben prestar los cuidados que pasa por derribar mitos y conjeturas sobre el uso de restricciones. Algunos estudios señalan que la transición a un cuidado libre de sujeciones implica la formación de los profesionales asistenciales y de las familias sobre el uso de restricciones⁸³, así como consultas a expertos e intervenciones que provean de herramientas, y estrategias alternativas a todas las restricciones. En consecuencia, la mayoría de las intervenciones tendientes a proveer alternativas al uso de restricciones han sido enfocadas desde la formación del personal asistencial; otras intervenciones han combinado esta estrategia con otros como la formación con asesoría especializada al personal, la elaboración de planes individualizados para cada paciente, cambios en las políticas asistenciales de los centros, o las intervenciones multicomponente, que combinan varias de esas acciones⁸⁴.

Recientemente un estudio sobre la efectividad de las intervenciones para la prevención del uso de restricciones físicas en residencias de personas mayores en países como Holanda, Alemania, Noruega y Suecia, concluyó que este tipo de intervenciones orientadas a la formación profesional y las de tipo multicomponentes reducen la tasa de uso de la restricción física y aumentan el conocimiento sobre la reducción de la restricción para los proveedores de atención y promueven actitudes y comportamientos positivos, sobre todo, aquellos dirigidos por enfermeros especialistas o dirigentes de unidades, y reconoce las intervenciones multicomponentes como estrategia valiosa para reducir las restricciones físicas de los personas mayores en residencias⁸⁵.

Otros estudios encontraron que la remoción de las restricciones físicas y la implementación de las alternativas de cuidado era un proceso complejo y costoso, sobre todo, cuando de pacientes con deterioro cognitivo se trata, quienes requieren de una serie de alternativas combinadas. En una investigación a finales del siglo pasado se identificó cinco diferentes alternativas, a saber: medioambientales; intervenciones de enfermería; actividades fisiológicas y psicosociales. Las más utilizadas en un rango de prelación

⁸³ Cfr., MAYHEW, Patricia A., CHRISTY, Kimberla, BERKEBILE, Janis, MILLER, Colleen, & FARRISH, Anita, “Restraint reduction: Research utilization and case study with cognitive impairment”, *Geriatric Nursing*, vol.20 (6), 1999, pp. 305-308.

⁸⁴ BRIONES-PERALTA, MA., RODRÍGUEZ-MARTÍN, B., *Efectividad de las intervenciones dirigidas a reducir las sujeciones físicas en personas mayores de 65 años institucionalizadas: una revisión sistemática*, cit., p. 94.

⁸⁵ LIANG, Su-Hua, HUANG, Tzu-Ting, “The optimal intervention for preventing physical restraints among older adults living in the nursing home: A systematic review”, *Nursing Open*, vol.10 (6), pp. 3533–3546.

fueron: las medioambientales (por ejemplo, adaptaciones y asientos para sillas de ruedas); intervenciones de enfermería (por ejemplo, supervisión y asistencia adicionales); psicosocial (por ejemplo, la orientación de la realidad); fisiológico (por ejemplo, el tratamiento de infección); y, actividades (por ejemplo, participación en actividades estructurales)⁸⁶.

A diferencia de estas posturas, otros estudios encontraron que promover un ambiente libre de restricciones no implicaba alternativas costosas ni tampoco requería personal adicional. Por el contrario, demostraron que con un plan individualizado de cuidado que permitiera una comunicación e interacción entre el personal asistencial, los residentes y sus familias, además de la evaluación de equipos multidisciplinares y la rehabilitación para mejorar la independencia funcional de la persona y la educación del personal y las familias, se daban las condiciones para remover las restricciones, como ocurrió, por ejemplo, con las barandillas de las camas⁸⁷.

En una reciente revisión de investigaciones sobre intervenciones para eliminar y reducir restricciones físicas se mencionan cinco enfoques, a saber: a) desvanecimiento de la restricción; b) capacitación del personal; c) evaluación y modificación de condiciones anteriores; d) modificación de los criterios de liberación de la restricción; y e) tratamiento conductual exitoso⁸⁸. Entre ellos el enfoque del *desvanecimiento de la restricción* ha sido considerado una de los más efectivos y más utilizado en las últimas tres décadas en personas con discapacidades del desarrollo, con el fin de manejar comportamientos autolesivos sin tener que recurrir a medidas coercitivas restrictivas y violentas. En este enfoque se eliminan los dispositivos de restricción y protección mecánica. Aunado a ello la formación profesional como plan organizacional para la reducción uniforme de restricciones ha mostrado resultados positivos⁸⁹.

Existe un acuerdo generalizado sobre la necesidad de eliminar el uso de restricciones en personas mayores. Sin embargo, la transición a un modelo libre de restricciones ha sido un proceso difícil, debido entre otras cosas, a la falta de información sobre alternativas al uso de las restricciones. En ese entendido, algunos estudios se han centrado en la búsqueda de alternativas, para las cuales la tecnología ha sido una aliada. Estos trabajos han demostrado que ciertas tecnologías de vigilancia pueden ser utilizadas en residencias de personas mayores y personas con demencia⁹⁰. Algunas de estas tecnologías son los sensores infrarrojos en camas o sillas que detectan el movimiento y posteriormente envían una alarma al personal de enfermería. Otros ejemplos son los chips

⁸⁶ Cfr., WERNER, Perla, COHEN-MANSFIELD, Jiska, KOROKNAY, Vivian, & BRAUN, Judith, “Reducing restraints: Impact on staff attitudes”, *Journal of Gerontological Nursing*, vol.20 (12), 1994, pp. 19-24.

⁸⁷ Cfr., COHEN, Camille, NEUFELD, Richard, DUNBAR, Joan, PFLUG, Linda, AND BREUER, Brenda, “Old problem, different approach: Alternatives to physical restraints”, *Journal of Gerontological Nursing*, vol.22(2), 1996, pp. 23-29; KOCH, S., LYON, C., “Case study approach to removing physical restraint”, *International Journal of Nursing Practice*, nº3(7), 2001, pp. 156-161.

⁸⁸ Cfr., WILLIAMS, Don E., “Reducing and eliminating restraint of people with developmental disabilities and severe behavior disorders: an overview of recent research”, *Research in Developmental Disabilities*, vol.31(6), pp-1142-1148.

⁸⁹ NANJEGOWDA RAVEESH, Bevinahalli, GOWDA, Guru S., GOWDA, Mahesh, “Alternatives to use of restraint: A path toward humanistic care”, *Indian Journal of Psychiatry*, vol.61 (4), 2019, pp. 693-697.

⁹⁰ Cfr., BHARUCHA, Ashok J., ANAND, Vivek, FORLIZZI, Jodi, DEW, M^a Amanda, REYNOLDS, Charles, STEVENS, Scott, WACTLAR, Howard, “Intelligent assistive technology applications to dementia care: current capabilities, limitations, and future challenges”, *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, no.2, 2009, pp. 88-104.

sembrados en la ropa de los residentes o zapatos que están programados para cerrar o abrir puertas, o el uso del Posicionamiento Global Sistema (GPS) para evaluar la ubicación del residente. De acuerdo con un estudio llevado a cabo en residencias de personas mayores en Holanda, los dispositivos de tecnología de vigilancia pueden dar a los residentes más libertad de movimiento, al tiempo que se asegura al personal de enfermería que los residentes están relativamente seguros⁹¹.

Sobre la reducción y eliminación de restricciones en el ámbito domiciliario, una investigación que tenía como objetivo desarrollar una guía práctica basada en la evidencia para ayudar a los cuidadores a optimizar la atención domiciliar de personas mayores de acuerdo con la experiencia belga, identificó cuatro tipos de riesgos/comportamientos, a saber: caídas, agitación y confusión, deambulación y comportamiento delirante, que a menudo conducen al uso injustificado de restricciones (físicas). Para cada riesgo de comportamiento, las alternativas se subdividen en *evaluar y revisar las posibles causas médicas o fisiológicas* (p. ej., polifarmacia, dolor/malestar, hambre y saciedad vejiga); *optimizar el entorno* (p. ej., eliminar obstáculos físicos); *alternativas en y alrededor de la cama* (por ejemplo, una cama de altura ajustable); *apoyo a la persona* (por ejemplo, fomentar el movimiento físico e introducir actividades placenteras que coincidan con las preferencias del paciente, intereses y habilidades); *apoyo para caminar* (por ejemplo, zapatos de apoyo, andador); y transferir dentro o fuera de la cama, asiento o silla⁹².

Algunas alternativas al uso de restricciones han sido contempladas en el ámbito hospitalario que pueden ser también aplicables en los entornos residenciales en personas mayores con o sin deterioro cognitivo. Por ejemplo, en hospitales psiquiátricos en Finlandia han optado por un enfoque dialógico de persona a persona, con base en el cual se han establecido tres alternativas comunes⁹³:

- Intervenciones de enfermería: La sola presencia del personal de enfermería y el establecimiento de conversaciones con los pacientes hace que estos se comprometan a reducir la agresión.
- Acuerdos multiprofesionales con pacientes: Se ha evidenciado que los acuerdos que involucran médicos, personal de enfermería y pacientes sobre medicación, dosis, criterios de restricción y aislamiento hacen que el paciente participa en el tratamiento y se torne cooperativo y menos agresivo.
- Uso de la autoridad/poder, ya sea en forma de personal de guardia o en forma de persona con autoridad (enfermera superior o médico tratante). Su presencia y una conversación con los pacientes ayudan a controlar la agresión sin necesidad de restricciones.

⁹¹ BOEKHORST, Selma, DEPLA, M.F.I.A., FRANCKE, A.L., TWISK, Jos., ZWIJSEN, Sandra A., HERTOOGH, Cees M.P.M., “Quality of life of nursing-home residents with dementia subject to surveillance technology versus physical restraints: an explorative study”, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol.28 (4), 2013, pp. 356-63.

⁹² SCHEEPMANS, Kristien, DIERCKX DE CASTERLÉ, Bernadette, PAQUAY, Luois, VAN GANSBEKE, Hendrick, MILISEN, Koen, “Reducing physical restraints by older adults in home care: development of an evidence-based guideline”, *BMC Geriatrics*, no.169, 2020, pp. 1-14, p.9.

⁹³ KONTIO, Raija, VÄLIMÄKI, Maritta, PUTKONEN, Hanna, KUOSMANEN, Lauri, SCOTT, Anne, JOFFE, Grigori, “Patient restrictions: Are there ethical alternatives to seclusion and restraint?”, *Nursing Ethics*, n°17, 2010, pp. 65–76.

4.- Recomendaciones de alternativas al uso de restricciones

4.1.- Campañas y programas de intervención

4.1.1.-Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer – CEOMA

Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer es una iniciativa que nació en el año 2003, impulsada por el Dr. Antonio Burgueño en alianza con CEOMA, encaminada a conseguir que las personas mayores y enfermos de Alzheimer vivan libres de restricciones de cualquier tipo y en cualquier lugar o momento, motivada por las evidencias surgidas en la literatura científica que posicionaba a España como el país en el que más se utilizaba sujeciones en personas mayores y enfermos de Alzheimer⁹⁴.

Desde el inicio de su implementación, el programa Desatar buscó el uso racional de todo tipo de sujeciones, para lo cual desarrolló los siguientes objetivos, a saber: definir el problema e investigar sobre él; informar y educar a los agentes interesados; formar a profesionales; y dar soporte técnico y asesoramiento a organizaciones⁹⁵. En el marco de esta iniciativa se ha recolectado datos empíricos relativos a las razones por las cuales se hacía uso de las sujeciones físicas, siendo la más común el miedo de los profesionales al riesgo de caídas de las personas a su cargo, así como de sus consecuencias legales. Por lo anterior, se concluyó que el uso de sujeciones físicas respondía a una necesidad de los trabajadores o de la organización, más que a una necesidad de la persona sujeta de cuidados.

Con la puesta en marcha de la intervención en varios centros, se dieron cuenta que mantener cierto grado de tolerancia al uso de sujeciones llevaba a no lograr su eliminación aun siendo posible, por lo que se cambió la intervención de los centros, pasando de las campañas de información y formación de profesionales en la reducción-racionalización del uso de sujeciones a la apuesta por campañas de tolerancia cero y la promoción de centros libres de sujeciones, recurriendo a un sistema de acreditación para reconocer públicamente el mérito de dichos centros, lo que ha servido para que todos los que existen sean conocidos, y para que se afiancen más en el logro conseguido⁹⁶. A partir de este cambio en la intervención, los centros participantes han demostrado que es posible la eliminación de las sujeciones sin aumento de personal ni serios conflictos con los familiares y sin mayor incidencia de quejas o demandas. Más aún, sin que ello conlleve a una menor seguridad de los residentes.

Adquirir una actitud de tolerancia cero por parte de los y las profesionales supone afrontar un conflicto ético entre el deber de cuidar y proteger y el deber de respetar a la persona y promover su autonomía aceptando cierto grado de riesgo como parte esencial

⁹⁴ FUNDACIÓN IBERDROLA, *Guía para personas mayores y familiares. Uso de sujeciones física y química con personas mayores y enfermos de Alzheimer*, 2014, disponible en http://ceoma.org/wp-content/uploads/2014/06/04_guia_para_personas_mayores.pdf (última consulta 24 de febrero de 2023), p.16.

⁹⁵ FUNDACIÓN IBERDROLA, *Guía para personas mayores y familiares. Uso de sujeciones física y química con personas mayores y enfermos de Alzheimer*, cit., p. 12.

⁹⁶ BURGUEÑO TORIJANO, Antonio, *Programa Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer- España*, CEOMA, 2017, disponible en http://ceoma.org/wp-content/uploads/2017/02/resumen_historico_desatar.pdf (última consulta 25 de marzo de 2023).

de un buen cuidado⁹⁷. Se trata de una actitud común en otros ámbitos sanitarios y se enmarca en la *prevención cuaternaria* que actúa sobre las consecuencias negativas de las intervenciones médicas. La *tolerancia cero* establece como regla la no utilización de sujeciones, una regla que puede tener excepciones, pero solo para situaciones extremas y puntuales⁹⁸. En la misma línea y desde otras instancias se entiende como cuidado sin sujeciones (o *cuidado no sujeciones*) la “atención asistencial en la que la sintomatología conductual problemática asociada al deterioro cognitivo, se aborda sin la utilización de medidas de sujeción restrictiva físicas o químicas, lo que favorece el desarrollo del paciente como persona libre y con derechos”⁹⁹.

Para hacer posible la eliminación de las sujeciones en los centros, el programa Desatar propone: ir a por todas desde el principio. Tolerancia cero desde el inicio de la intervención; huir de protocolos, guías o normas; trazar una estrategia propia, para cada centro, que siempre incluya una línea de prevención de nuevas sujeciones, de manera que cada centro junto con el equipo del programa Desatar desarrollen sus propios procedimientos y estrategias de acuerdo a sus desafíos particulares; especializarse en el cuidado a personas con demencia por su especial riesgo de ser objetos de sujeciones; y un uso apropiado de fármacos psicotrópicos, de manera que puedan utilizarse sin fines restrictivos¹⁰⁰.

Una de las estrategias desarrolladas por el programa Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer ha sido la intervención de los centros de personas mayores para orientarlos en la eliminación de las sujeciones físicas, con el fin de evitar sus consecuencias, es decir, pérdida de función cognitiva, de funcionamiento físico, pérdida de la continencia, pérdida de la integridad de la piel, pérdida de apetito (riesgo de desnutrición), e incluso muerte súbita y muerte por estrangulación. En términos generales, el sufrimiento psicológico y el daño o lesiones físicas en las personas mayores sujetas a cuidados. Son los denominados centros libres de sujeciones. Gracias al programa Desatar y a la promoción de la tolerancia cero en el uso de las sujeciones físicas, en España existen decenas de centros libres de sujeciones, y otros que se encuentran trabajando para la eliminación total o la reducción de su prevalencia¹⁰¹.

Después de varios años de experiencia trabajando con muchos centros, el programa Desatar ha aprendido que para lograr la transformación de las entidades en centros libres de sujeciones no es recomendable la aplicación de métodos o fórmulas estándares para la eliminación de las sujeciones, sino que, por el contrario, cada centro -acompañado por un equipo del programa Desatar- cree su propio método, a partir del conocimiento y reconocimiento de sus fortalezas y debilidades sobre las que han de actuar. Una cosa que ha aprendido el Programa Desatar es que solo los centros que se han posicionado en una tolerancia cero y han ido a por todas desde el principio, son los que

⁹⁷ BURGEÑO TORIJANO, Antonio, *Tolerancia cero a las sujeciones en ancianos. Difícil pero no imposible*, cit., p. 154.

⁹⁸ BURGEÑO TORIJANO, Antonio, *Tolerancia cero a las sujeciones en ancianos. Difícil pero no imposible*, cit., p.154.

⁹⁹ FUNDACIÓN CUIDADOS DIGNOS, *Guía para la eliminación de sujeciones físicas y químicas en centros de atención sociosanitaria y domicilios*, cit. p.9-11.

¹⁰⁰ CEOMA Confederación Española de Organizaciones de Mayores, <https://ceoma.org/desatar/diferencias-del-programa/> (última consulta 10 de marzo de 2023).

¹⁰¹ ALFA Y OMEGA, <https://alfayomega.es/desatar-un-programa-para-liberar-a-los-mayores-de-las-sujeciones/> (última consulta 10 de marzo de 2023)

han logrado convertirse en centros libres de sujeciones¹⁰². Esta experiencia de *centros que desatan* se refleja en las entrevistas:

Al final es como todo. A mí, hace 20 años decías, “¡ay, madre mía! ¿Cómo se ha quitado las sujeciones que se van a caer, que se van a matar?” Pero al final luego vas viendo que son cambios, pues eso, son cambios... primero tienes que empezar a creer en eso. Nosotros llevamos muchos años, a ver, ya trabajando en la línea de sujeciones libres y vas viendo otras medidas, vas viendo cómo hacerlo, vas incorporando. Pues es que hay medidas que no son invasivas, que no limitan. (EPM3_24.02_Tercer Sector).

Para incentivar esta transformación en las organizaciones y sus profesionales, el Programa Desatar ha creado el sistema de acreditación de los centros libres de sujeciones. De tal manera que cuando se sabe de un centro libre de sujeciones se le invita a ser comprobado y a que se dé a conocer públicamente esa condición. Para poder ser acreditado, el centro deberá someterse a la intervención de comprobación que busca verificar si lo que acredita es una realidad. La acreditación inicial tiene una validez de un año. Transcurrido ese primer año sin el uso de sujeciones, el centro debe solicitar una nueva comprobación. Superada esta segunda comprobación, el centro se entenderá acreditado en su totalidad y no necesitará someterse a futuras comprobaciones, puesto que, de acuerdo con la experiencia del Programa Desatar, se ha comprobado que si después de un año un centro no ha utilizado sujeciones es porque este ha logrado un cambio cultural de la organización y de cada uno de sus responsables y profesionales que se traducirá con seguridad en que no volverá a utilizarlas¹⁰³.

- *Plataforma Nacional sin Sujeciones para luchar contra el uso de sujeciones físicas y químicas con pacientes – CERMI*

En 2017, en la sede de la Fundación ONCE de Madrid se presentó la Plataforma Nacional Sin Sujeciones que tenía por objetivo luchar contra el excesivo uso de restricciones físicas y químicas en las prácticas de cuidado que se desarrollan en los entornos sanitarios y sociales con las personas mayores, personas con discapacidad, especialmente con enfermedad mental, y pacientes. Esta plataforma está conformada por varias entidades que han aunado esfuerzos en la lucha por la instauración de un modelo de cuidados respetuoso de la dignidad humana y de los derechos de las personas mayores y personas con discapacidad, entre las que se encuentran CERMI, Dignitas Vitae, la Fundación Cuidados Dignos, Help Age International, la Fundación Pilares, Lares, la Unión Democrática de Pensionistas (UDP) y el Consejo General de Enfermería.

Con esta plataforma se pretende sensibilizar a la sociedad, a la ciudadanía española, a los profesionales que se dedican al cuidado, al personal, al servicio de la administración, a la clase política y a las asociaciones de familiares y los proveedores de servicios sobre la provisión de cuidados libre de restricciones que debe prestarse a personas mayores en situación de dependencia, personas con discapacidad, especialmente personas con enfermedad mental, y pacientes, en los distintos niveles y sectores asistenciales de cuidado (residencias, viviendas colectivas, centros sociales, centros sociosanitarios, hospitales, atención primaria y atención domiciliaria), para lo cual buscan promover acciones encaminadas a la reducción y erradicación de esta práctica y a la

¹⁰² CEOMA Confederación Española de Organizaciones de Mayores, <https://ceoma.org/desatar/centros-libres-de-sujeciones/que-significa-ser-centro-libre-de-sujeciones/> (última consulta 10 de marzo de 2023).

¹⁰³ CEOMA Confederación Española de Organizaciones de Mayores, <https://ceoma.org/desatar/centros-libres-de-sujeciones/registro-de-centros-libres-desujeciones/> (última consulta 10 de marzo de 2023).

protección de la dignidad y los derechos de las personas cuidadas o que reciben apoyos para su autonomía¹⁰⁴.

Para la consecución de sus objetivos, el plan de abordaje implicaba, entre otras acciones, la creación de un programa de formación para las entidades tanto sanitarias como sociales, pactado con todas las comunidades autónomas; la aprobación de una normativa de obligado cumplimiento para todas las comunidades autonómicas que proteja los derechos de las personas que reciben cuidados o apoyos en su autonomía personal, asegurándoles el derecho a poder optar por una atención sin sujeciones físicas ni farmacológicas; el desarrollo de políticas de cuidados sin sujeciones y que se planteen exigencias para las organizaciones con respecto a cómo afrontar la situación actual de los cuidados; y la “revisión del actual marco normativo la tutela de adultos así como la participación activa de fiscalía en garantía de la libertad de decisión de la persona, tanto respecto a las sujeciones como a su propio ingreso en un centro u organización sea esta del ámbito sanitario, social o sociosanitario¹⁰⁵”.

4.1.2.-Fundación Cuidados dignos – Proyecto Libera Care

Atendiendo a las directrices establecidas por la Plataforma Nacional Sin Sujeciones, la fundación *Cuidados dignos* -entidad promotora dicha plataforma- ha desarrollado el proyecto *Libera Care* cuyo objetivo principal es la introducción de un nuevo paradigma del cuidado en las personas mayores que pivota sobre la dignidad de la persona cuidada, el cual es desarrollado a través de cuatro pilares,: modelo de cuidado de “autonomía beneficente” como primer pilar; modelo de cuidado que tiene como eje a la persona, como segundo pilar; modelo de gestión denominado modelo de Vida y Persona, como tercer pilar; y la metodología GCES (Gestión, Control y Eliminación de Sujeciones) que tiene como indicador el uso de sujeciones (físicas y/o químicas), como cuarto y último pilar.

El Modelo Vida y Persona propone un “modo de hacer” entendiendo por este un modo de hacer las cosas, pero no como un molde para hacer copias, sino como un ejemplo que servir de guía para que una organización a través de la autoorganización basada en el desarrollo de las personas que trabajan en ella y en su empoderamiento vaya generando una nueva manera de trabajar orientada a la Calidad de Vida y los Cuidados Individualizados, Personalizados e integradores de los derechos de las personas cuidadas y sus familias o representantes, deviniendo consecuentemente en el empoderamiento de las personas cuidadas haciéndolas dueñas de su propio proyecto de vida¹⁰⁶.

Para lograrlo, este proyecto propone la eliminación de sujeciones como indicador de calidad de vida y respeto a la dignidad y derechos de la persona cuidada. Para ello, ha creado una metodología que establece una serie de pasos para gestionar y eliminar su uso, la cual ha sido denominada Metodología “GCES” (Gestión, Control y Eliminación de

¹⁰⁴ PLATAFORMA NACIONAL SIN SUJECIONES (PNSS), <https://psinsujeciones.wixsite.com/psinsujeciones> (última consulta 24 de julio de 2023).

¹⁰⁵ PLATAFORMA NACIONAL SIN SUJECIONES (PNSS), *Manifiesto de la Plataforma Nacional sin Sujeciones. Por la Dignidad y los Derechos de las Personas Mayores, Personas con Discapacidad, Personas con problemas de Salud Mental y Pacientes*, 2017, disponible en https://0cb7472a-8cf7-45ff-b550-15423a02585d.filesusr.com/ugd/fa22b7_2f16db4906a749e390e4c60ab3d7fe06.pdf (última consulta 24 de julio de 2023).

¹⁰⁶ FUNDACIÓN CUIDADOS DIGNOS, *Proyecto Libera-Care*, 2020, disponible en https://cuidadosdignos.org/wp-content/uploads/2020/07/PROYECTO-LIBERA-CARE_web.pdf (última consulta 24 de julio de 2023).

sujeciones). Dicha metodología representa el tercer pilar del proyecto y propone el trabajo en cuatro áreas: a) Gestión del cambio de cultura No Sujeciones; b) Motivación de las Personas Cuidadas; c) Concienciación de Familiares o Representante; d) Método de vigilancia. El desarrollo de estas cuatro áreas se realiza a través de programas de formación y capacitación de profesionales del ámbito sanitario y sociosanitario; profesionales de las Administraciones Públicas del ámbito sanitario y sociosanitarios; familiares, cuidadores formales e informales de personas dependientes. Pero también, a través de programas de sensibilización como jornadas a profesionales sectoriales y a población en general¹⁰⁷.

Al igual que en el programa *Desatar al anciano* y al enfermo de Alzheimer – CEOMA, la iniciativa de la Fundación Cuidados Dignos ha creado un programa de acreditación de los centros residenciales de personas mayores como un reconocimiento interno al trabajo de profesionales que han emprendido el camino de la eliminación total de restricciones en el cuidado de personas mayores y avanzan hacia el Modelo de Atención Centrada en la Persona (ACP), así como el reconocimiento externo de la sociedad en general que reconoce en estos centros un modelo a seguir. Esta certificación se lleva a cabo a partir de la Norma Libera-Care la cual proporciona las reglas que debe seguirse para garantizar una rigurosa gestión de las sujeciones (físicas y químicas), así como la posibilidad de su eliminación en las organizaciones. Esta norma ha establecido tres fases de evaluación para obtener la certificación como centro libre de sujeciones, a saber: Fase 1 “Libera Inicio”; Fase 2 “Libera Calidad de Vida”; Fase 3 “Libera Dignos”.

En términos generales, la aplicación de esta norma implica el inicio de un proceso de cambio organizacional en el que se hace primero un diagnóstico de los procesos internos de trabajo en el centro y desde allí un equipo formado por profesionales del centro movilizan los recursos humanos y materiales para lograr el cambio a un modelo de cuidados libre de sujeciones¹⁰⁸.

4.1.3.-Dignitas Vitae y Lares Comunidad Valenciana– Programa “No sujetos”

Guiados por los mismos objetivos y bajo la misma filosofía de cuidados libres de restricciones, la asociación Dignitas Vitae y Lares Comunidad Valencia -también entidades gestoras de la PNSS- han propuesto el programa *No sujetos: Centros Libres de Sujeciones*, que busca promover una cultura de cuidados sin sujeciones a las personas mayores en todos los servicios gerontológicos, así como en un modelo centrado en la persona. Para ello ha establecido tres fases las cuales se superan en proceso de dos o tres años, pues lo que se busca es implantar un cambio cultural profundo y una modificación de los centros. Las fases son: Fase I, consistente en el diagnóstico del centro y la puesta en marcha de cursos de formación y sensibilización de todos los integrantes del centro; Fase II, que se lleva a cabo a partir de sesiones presenciales de consultoría con todos los profesionales de los centros con quienes se realiza estudios de casos, valoración de alternativas, planificación de la intervención, desarrollo de pautas de intervención, seguimiento e implantación de protocolos; finalmente, la Fase III, de evaluación y

¹⁰⁷ FUNDACIÓN CUIDADOS DIGNOS, *Proyecto Libera-Care*, 2020, disponible en https://cuidadosdignos.org/wp-content/uploads/2020/07/PROYECTO-LIBERA-CARE_web.pdf (última consulta 24 de julio de 2023).

¹⁰⁸ FUNDACIÓN CUIDADOS DIGNOS, <https://cuidadosdignos.org/libera-care> (última consulta 24 de julio de 2023).

acreditación en la que se evalúan los resultados, se hace un diagnóstico final y se procede a la acreditación completa de las tres fases. Existen distintas acreditaciones conforme se van superando las fases, pero al superar las tres se entiende que el centro está libre de restricciones¹⁰⁹.

4.2.- Normativa aplicable y protocolos

Tal y como se recoge en la Instrucción núm. 1/2022 de la Fiscalía General del Estado no existe una normativa específica reguladora de las contenciones a nivel estatal, de aplicación a las personas mayores¹¹⁰. No obstante, es de interés reseñar la regulación general y sectorial que incide sobre la adopción de estas restricciones:

- La Recomendación (2014)2, de 19 de febrero, del Comité de ministros del Consejo de Europa sobre la promoción de los derechos humanos de las personas mayores, específicamente indica que “las personas mayores que reciben atención institucional tienen derecho a la libertad de movimiento. Cualquier restricción deberá ser legal, necesaria y proporcionada y conforme con el derecho internacional. Deberán existir medidas de control adecuadas para la revisión de dichas decisiones. Los Estados miembros deberán garantizar que cualquier limitación individual para una persona mayor se implementará con el consentimiento previo libre e informado de dicha persona, o como respuesta proporcional a un riesgo de daños. Finaliza el documento este apartado interesando que los Estados miembros deberán garantizar que existe una autoridad u organismo competente e independiente responsable de la inspección de las instituciones residenciales (tanto públicas como privadas) así como mecanismos de reclamación efectivos y de fácil acceso, y corregir cualquier deficiencia en la calidad de la atención”.

A nivel autonómico existen disposiciones normativas en las que se regula el uso de sujeciones en personas mayores, entre ellas:

- El Decreto foral 221/2011, de 28 de septiembre, por el que se regula el uso de sujeciones físicas y farmacológicas en el ámbito de los servicios sociales de la comunidad foral de Navarra, en especial a los servicios de atención residencial y de atención diurna de las áreas de personas mayores, discapacidad y enfermedad mental. En este se incluye A su vez debe tenerse presente la Orden Foral 186/2014, de 2 de abril, por la que se aprueba el Protocolo para el Uso de Sujeciones en los Centros Residenciales de Tercera Edad y Discapacidad.
- La Ley 6/1999, de 7 de julio, de Atención y Protección a las Personas Mayores en Andalucía, reconoce el derecho a la integridad, física y moral, y a un trato digno tanto por parte del personal del centro o servicio como de los otros usuarios (art. 20.2) y tipifica como infracción grave «la vulneración del derecho a la integridad física y moral, siempre que no constituya infracción penal» (art. 52 i).

¹⁰⁹ DIGNITAS VITAE, <https://dignitasvitae.es/no-sujetes-centros-libres-de-sujeciones/> (última consulta 24 de julio de 2023).

¹¹⁰ FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO, *Instrucción núm. 1/2022, de 19 de enero, sobre el uso de medios de contención mecánicos o farmacológicos en unidades psiquiátricas o de salud mental y centros residenciales y/o sociosanitarios de personas mayores y/o con discapacidad*, 2022, disponible en https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2022-2221 (última consulta 22 de marzo de 2023).

4.3.- Recomendaciones y buenas prácticas

El ya mencionado programa *Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer* recoge y sistematiza una serie de recomendaciones generales para la elaboración de un protocolo para la eliminación de sujeciones en centros residenciales¹¹¹. En primer lugar, se destaca la absoluta necesidad de que el protocolo desarrolle el procedimiento de aplicación de la sujeción física con detalle: incluyendo la aplicación en sí, tipos de dispositivos, personas entrenadas para aplicarlas y responsables de la supervisión y control. Además, se recomienda la elaboración de folletos informativos en los que se recoja esa información de forma completa y claramente accesible, dirigidos tanto a usuarios como familiares. El propio programa tiene en su página web una guía pensada para los residentes y sus familiares que se puede adaptar a cada centro¹¹². Para una adecuada gestión es también fundamental la implementación de un buen sistema de información que suponga un adecuado y fiable registro de sujeciones, caídas y problemas de conducta, con los que obtener patrones individuales, ambientales y organizativos, sobre la base de los cuales poder actuar en la prevención de forma más eficaz y mantenido a lo largo del tiempo.

En estas recomendaciones se destaca como uno de los factores organizacionales determinantes de uso de sujeciones, y también de barandillas en las residencias es la política de vida nocturna, que si es tendente a que las personas no se levanten ni salgan de sus habitaciones puede forzar a ser muy restrictivos, hasta el extremo de utilizar sujeciones. Se insiste en que no se debe permitir el uso por conveniencia de restricciones, entendido como aquel uso de sujeciones que se traduce en un ahorro de trabajo o esfuerzo, o de recursos, y no en el mejor beneficio para la persona sometida a esas medidas. Igualmente se deben evitar las sujeciones aplicadas por seguridad, cuando la seguridad de la persona está amenazada por factores externos a ella, como es por ejemplo la posibilidad de acceder a zonas de riesgo, o porque la persona es colocada en una silla o una cama inadecuadas. En el caso de que se establezcan plazos de revisión de las sujeciones en el protocolo, es necesario diferenciar entre las sujeciones que ya existen desde hace tiempo, de las de reciente o nueva aplicación, sobre las que hay que actuar con especial celo para su eliminación o evitarlas.

Finalmente, se hace hincapié en la importancia de vincular el protocolo con otros y otras guías o pautas que permitan al centro trabajar en la prevención del uso de sujeciones, más que en la reacción. En esta línea, es necesario asociar el protocolo de sujeciones con protocolos de manejo de caídas, protocolo de manejo de conductas, y guías de uso racional de fármacos en general, y de fármacos psicotrópicos en particular, que deben estar actualizados y en uso rutinario en el centro. El cambio, como apuntaron algunas de las personas entrevistadas en la investigación cualitativa, puede generar miedos infundados a las consecuencias y su superación requiere de varios factores: un marco jurídico institucional adecuado, adecuación del espacio, mejora de las condiciones de trabajo.

Todo eso lo que ha provocado es que haya miedos infundados, ¿no? “me voy a caer”, deambulación, los sueltan..., pero claro, si el centro estuviera realmente adaptado

¹¹¹ CEOMA Confederación Española de Organizaciones de Mayores, http://ceoma.org/wp-content/uploads/2014/07/recomendaciones_generales.pdf (última consulta 17 de febrero de 2023).

¹¹² CEOMA Confederación Española de Organizaciones de Mayores, http://ceoma.org/wp-content/uploads/2014/07/folleto_informativo_destar_2012.pdf (última consulta 17 de febrero de 2023).

y hubiera personal suficiente para atender a todas las realidades, ese miedo no lo tendríamos porque sería muy difícil que pasara (EPM14-24.03-Tercer Sector).

Pero sí que entendemos que hay sujeciones que no tienen razón de ser, nunca la tuvieron y que en el 2023 no..., hay otras que cuesta más, que hay más dificultad, pero con más recursos, con otra organización del espacio sería mucho más fácil (EPM14-24.03-Tercer Sector).

4.3.1.-Programa de eliminación de sujeciones en centro residencial en Zaragoza

Un ejemplo concreto de buenas prácticas sobre sujeciones físicas en centros de cuidados para personas mayores es el referido al estudio experimental, longitudinal y prospectivo que se llevó a cabo en un centro residencial de atención sociosanitaria a personas mayores en situación de dependencia situado en Zaragoza¹¹³, que tuvo como objetivo principal la disminución del porcentaje de los usuarios de sujeciones físicas de un 51,43% al 25%.

El estudio se llevó a cabo durante 1 año- junio 2018 a junio 2019- a través de los siguientes pasos: primero, recopilación de información sobre los casos concretos en los que se aplicaba sujeción y las causas de la aplicación. De allí resultó que, de los 70 residentes, el 51,43% de los usuarios era objeto de algún tipo de sujeción (barandillas en cama, cinturón en silla...). A partir de esta información, se determinó un objetivo que facilitara la línea de acción, por lo que se acordó disminuir el uso de sujeciones a un 25%, lo que representaba una reducción importante de sujeciones; segundo, se establecieron reuniones multidisciplinares (personal del área de la salud y trabajadores sociales) y de periodicidad semanal en las que se estudiaba, caso a caso, la aplicación de sujeciones físicas, de manera que se evaluaba si era necesario mantenerlas, aplicar un cambio de sujeción o eliminarla por completo; tercero, con la información recabada de la reuniones, se diseñó un programa de eliminación de sujeciones atendiendo las necesidades particulares para cada usuario y un programa de formación impartida de manera presencial por centros con experiencias en la eliminación de sujeciones con el fin de erradicar la creencia generalizada de profesionales y familiares de que el uso de sujeciones era considerada como una medida preventiva de accidentes¹¹⁴.

Se confeccionaron dos tipos de registro: uno para el control de las sujeciones aplicadas y otro para el control durante su eliminación, ambos llevados de manera conjunta, de acuerdo con lo establecido en el Protocolo de Buenas Prácticas de Sujeciones del Gobierno de Aragón. A partir de estos controles se registró que el 35,5% del total de sujeciones indicadas se aplicaban en sedestación y el 64,5% restante en sujeciones en cama, siendo las barandillas la sujeción más empleada. En cuanto a las causas del uso de este tipo de sujeción, se evidenció que en un 40,62% de los casos se utilizaba bajo la creencia de prevenir caídas, sin causa o hecho previo que lo justificara; mientras que en un 31,25% de los casos se derivó de un hecho puntual y temporal y en un 28,12% el uso

¹¹³ HERRANZ MEDINA, Celia, SANCHO GIL, Laura, MALLOR LÓPEZ, Elsa, VALER PELARDA, Ana Carmen, GARCÉS CARDÓS, M^a Teresa, SANCHO GARCÍA M.^a Mar, “Implantación de un programa de eliminación de sujeciones, Revista Sanitaria de Investigación”, *Revista Sanitaria de Investigación*, vol.2(10), 2021, pp. 1-11, pp. 11.

¹¹⁴ HERRANZ MEDINA, Celia, SANCHO GIL, Laura, MALLOR LÓPEZ, Elsa, VALER PELARDA, Ana Carmen, GARCÉS CARDÓS, M.^a Teresa, SANCHO GARCÍA M.^a Mar, *Implantación de un programa de eliminación de sujeciones*, cit., p. 4.

de la barandilla estaba justificado. Además, se concluyó que la aplicación de esta sujeción era indistinta en personas con la capacidad de deambular, con o sin ayuda técnica, que para personas que no podían andar. A partir de estos datos, se llevaron a cabo las líneas de acción en el proceso de eliminación de barandillas.

Por otro lado, en los casos de sedestación, un 26,66% de los casos respondía a una causa temporal y como prevención de caídas; un 33,33%, la causa era justificada; y un 40% la causa era justificada, pero se podía eliminar. A partir de estos datos, se procedió a realizar los distintos cambios (mobiliario, ambientales, posturales) para transitar a la adquisición de sujeciones menos restrictivas (sillones pupitre, sillones basculantes, manoplas) y la sustitución de las aplicadas con anterioridad al estudio (cinturones abdominales y abdominopélvicos, chalecos de sujeción y muñequeras).

Los resultados del proyecto han sido contundentes: entre junio y diciembre de 2018 se redujo el uso de sujeción de 51,43% a 41,43%; entre enero y marzo de 2019 se redujo de 38,57% a 32,85%, manteniéndose el decrecimiento en el siguiente trimestre hasta lograr en junio de 2019 una reducción al 25% del uso de sujeciones. Estos datos confirman la eficacia y aprobación de la implementación de este programa de eliminación de sujeciones físicas.

4.3.2.- Deprescripción

De acuerdo con cifras del Eurostat¹¹⁵, la esperanza de vida ha aumentado en España, incrementando el número de personas mayores de 65 años, lo que ha traído como consecuencia el aumento de las comorbilidades y este a su vez la polifarmacia, entendida como el consumo de 5 o más medicamentos. Si bien los fármacos deben suponer beneficio para la salud y la calidad de vida de las personas mayores, lo cierto es que su consumo trae aparejado una serie de complicaciones de las que podemos destacar, entre otras, el aumento de las interacciones farmacológicas, la falta de adherencia terapéutica, el incremento de reacciones adversas a medicamentos (RAM) y la mayor probabilidad (uno de cada 5 pacientes) de recibir un fármaco inapropiado¹¹⁶. Por lo anterior, surge la necesidad de contrarrestar o disminuir los efectos indeseables de los fármacos en las personas mayores, para lo cual han surgido en los últimos años estudios que apuntan a la aplicación de la deprescripción como herramienta para mejorar la prescripción en mayores.

La deprescripción es un proceso de retirada de medicamentos considerados inapropiados, que es supervisado por un profesional de la salud con el objetivo de mejorar los resultados clínicos de los pacientes¹¹⁷. Por lo tanto, implica una revisión sistemática de la medicación, en aras de concluir en la disminución, el cambio o la retirada de dosis de un medicamento, así como lograr la mejor relación riesgo/beneficio de los fármacos. Por ello, para iniciar con el proceso de deprescripción se sugiere someter cada

¹¹⁵ EUROSTAT, disponible en <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00028/default/table?lang=en> (última consulta 15 de marzo de 2023).

¹¹⁶ GARCÍA PLIEGO, Rosa Ana, BAENA DÍEZ, José Miguel, HERREROS HERREROS, Yolanda, ACOSTA BENITO, Miguel Ángel, “Deprescripción en personas mayores: es el momento de pasar a la acción”, *Atención Primaria, Elsevier*, n. 54, 2022, pp. 1-9, p. 2.

¹¹⁷ ARRIAGADA, Leonardo, CARRASCO, Tamara, ARAYA, Mikol, “Polifarmacia y deprescripción en personas mayores”, *Revista Médica Clínica Los Andes*, vol.31 (2), 2020, pp. 204-210, p. 206.

medicamento al siguiente escrutinio: evaluar si existe indicación de uso, si está teniendo algún beneficio para el paciente, si existe contraindicación o cascada de la prescripción. Luego, avanzar hacia la ponderación de los riesgos respecto a los beneficios potenciales; continuar identificando si la enfermedad o síntoma para el que está siendo utilizado el medicamento testeado se encuentra estable o no, y si existe suficiente expectativa de vida para obtener los beneficios de su uso. Según cada respuesta volver a preguntarse cuál es la probabilidad de que aparezcan síntomas de abstinencia a la retirada o empeoramiento de la enfermedad y con ello determinar si se avanza hacia la discontinuación o a la disminución de dosis, o si es necesario volver a la terapia¹¹⁸.

A partir de las respuestas de ese escrutinio, el proceso de retiro sigue las siguientes etapas: 1. Revisión del tratamiento, es decir conocer qué está tomando el paciente, si tiene problemas con alguna medicación, si le cuesta tomarla o si la puede costear; 2. Valoración la efectividad del tratamiento, es decir si se está cumpliendo con los objetivos, si hay riesgo de efectos secundarios, y midiendo los beneficios y perjuicios percibidos por el paciente; 3. Detección de medicación potencialmente inadecuada y, por tanto, identificar qué fármacos deprescribir; 4. Valoración de opciones para optimizar el tratamiento; 5. Desescalada terapéutica¹¹⁹.

En consecuencia, en la tercera etapa se debe aplicar la herramienta de la deprescripción, teniendo en cuenta las características del paciente y, por consiguiente, qué prescripción es más adecuada o con mejor ratio riesgo/beneficio. Una vez seleccionados los fármacos que se van a deprescribir, se planea el orden en que se van a suspender, de acuerdo con la ratio riesgo/beneficio y según la opinión del paciente y, para aquellos fármacos que no puedan suspenderse de manera inmediata, se procede a bajar la dosis progresivamente para evitar síntomas de retirada. De manera que, aunque no se suspenda el fármaco, se pueda encontrar la dosis baja más eficaz que reduzca el riesgo de efectos adversos¹²⁰.

Es importante reconocer que durante todo el proceso de revisión del medicamento la toma de decisiones debe ser compartida, teniendo en cuenta no sólo la opinión del personal médico y de los cuidadores, sino también la opinión del paciente con respecto a sus expectativas de vida y preferencias personales. Pactar con el paciente la «desescalada farmacológica» es esencial para conseguir el éxito, estableciendo plazos (con el paciente, con los cuidadores y/o con otros profesionales sanitarios) para valorar la adherencia a la deprescripción y detectar nuevas dificultades¹²¹.

Finalmente hay que agregar que cada vez más se presentan estudios sobre el beneficio de la deprescripción, midiendo el impacto de acuerdo al tipo de medicamento. Así, la deprescripción de la benzodiazepina en personas mayores tiene una tasa de éxito de un 27% a un 84%, dependiendo de la intervención utilizada. En el caso de otros medicamentos tales como antidepresivos, betabloqueadores entre otros, disminuye significativamente las caídas, los costos en medicamentos, mejora la movilidad e impacta

¹¹⁸ ARRIAGADA, Leonardo, CARRASCO, Tamara, ARAYA, Mikol, *Polifarmacia y deprescripción en personas mayores*, cit., p. 207.

¹¹⁹ GARCÍA PLIEGO, Rosa Ana, BAENA DÍEZ, José Miguel, HERREROS HERREROS, Yolanda, ACOSTA BENITO, Miguel Ángel, *Deprescripción en personas mayores*, cit., p. 3.

¹²⁰ GARCÍA PLIEGO, Rosa Ana, BAENA DÍEZ, José Miguel, HERREROS HERREROS, Yolanda, ACOSTA BENITO, Miguel Ángel, *Deprescripción en personas mayores*, cit., p. 7.

¹²¹ GARCÍA PLIEGO, Rosa Ana, BAENA DÍEZ, José Miguel, HERREROS HERREROS, Yolanda, ACOSTA BENITO, Miguel Ángel, *Deprescripción en personas mayores*, cit., p. 8.

positivamente en la calidad de vida relacionada con la salud al cabo de un año de seguimiento¹²².

4.4.- Formación de profesionales

Entre las acciones empleadas en investigaciones previas destacan las intervenciones formativas dirigidas a los miembros del equipo interdisciplinar de centros residenciales con el objetivo de reducir o eliminar las sujeciones físicas en personas mayores. Algunas de estas intervenciones han promovido la formación específica para el personal, la combinación de formación con asesoría especializada al personal, la elaboración de planes individualizados para cada paciente, cambios en las políticas asistenciales de los centros, o las intervenciones multicomponente, que combinan varias de esas acciones. Sin embargo, los estudios que han analizado la efectividad de estas intervenciones muestran resultados controversiales, de manera que algunos concluyen que las intervenciones basadas en programas de formación combinados con asesoría personalizada al personal de los centros son capaces de reducir el uso de sujeciones físicas; otros estudios no encuentran disminución en el uso de sujeciones físicas tras este tipo de intervenciones; mientras que los estudios basados en intervenciones multicomponentes sí reportan una disminución en el uso de las sujeciones físicas¹²³.

Por lo anterior, Briones-Peralta analiza los estudios de efectividad de las intervenciones formativas para la prevención, reducción o eliminación de sujeciones físicas en residencias de mayores, develando que, de todos los tipos de intervenciones formativas analizados, incluidas las dirigidas a miembros del equipo interdisciplinar de los centros, aquellos que han reportado mejoras significativas en el uso de las restricciones son: a. Las intervenciones dirigidas a todo el personal del centro, familiares y tutores legales, combinados con asesoría especializada y/o alternativas al uso de sujeciones; b. Las intervenciones basadas en un programa formativo a todo el personal a través de la implementación de una guía elaborada a tal efecto; c. Las intervenciones formativas que implican a toda la organización, e incluso aquellas que cuentan con respaldo de una regulación legal, por lo que se concluyó que ambos aspectos deben ser considerados a la hora de planificar e implementar futuras intervenciones¹²⁴.

A este respecto, la SEGG aboga por articular e implementar una formación no solo de los y las profesionales sino también de las familias. En la que la formación de los y las personas trabajadoras en estas instituciones debe ser amplia, abarcando formación “en demencias, en trastornos de conducta y su manejo, disfagias, manejo de conductas desafiantes, prescripción adecuada de psicofármacos, programas de prevención de caídas”. Y la dirigida a los familiares “debe ir encaminada a descubrir cuáles son los beneficios de este modelo y mostrar cómo actuar en los nuevos espacios libres de

¹²² ARRIAGADA, Leonardo, CARRASCO, Tamara, ARAYA, Mikol, *Polifarmacia y deprescripción en personas mayores*, cit., p. 208.

¹²³ BRIONES PERALTA, M.^a Ángeles, y RODRIGUEZ MARTÍN, Beatriz., *Efectividad de las intervenciones dirigidas a reducir las sujeciones físicas en personas mayores de 65 años institucionalizadas*, cit., p.94.

¹²⁴ BRIONES PERALTA, M.^a Ángeles, y RODRIGUEZ MARTÍN, Beatriz., *Efectividad de las intervenciones dirigidas a reducir las sujeciones físicas en personas mayores de 65 años institucionalizadas*, cit., p. 100.

sujeciones y como interactuar con residentes que muestran conductas desafiantes o agresivas”¹²⁵.

Básicamente son características coincidentes con las que apuntaban como adecuadas para la formación en estas cuestiones algunas de las personas entrevistadas en la investigación propia, resaltando además que dicha formación que debe estar siempre enfocada hacia la concienciación:

Formación, pero formación buena, en la que formen parte los propios afectados, ¿no? y a partir de ahí concienciar. Porque si formamos sin concienciar, termina la formación y nos ratificamos en lo que decíamos al principio, ¿Cómo le voy a quitar el cinturón a esta persona que se me cae? Y yo creo que cuando participan las personas, los profesionales a parte de los formadores, el impacto, como siempre, es mucho mayor (EPM6-13.03-Tercer Sector).

5.- Conclusiones y recomendaciones

5.1.-Conclusiones

A modo de conclusiones podemos señalar las siguientes:

1. Las restricciones pueden ser físicas o farmacológicas, pero también tienen que ver con normas o pautas que limitan los derechos de las personas como sujetos de cuidados. Por lo anterior, siendo muy variada la manera en que la literatura especializada hace referencia a estas restricciones, el presente estudio acuña el concepto de restricciones para describir no sólo la acción o el medio físico o farmacológico a través del cual se inmoviliza a una persona o se le limita el acceso a parte de su cuerpo por un tercero, sino también para hacer referencia a dicha limitación en términos de libertad de elección y de capacidad de toma de decisiones sobre la propia vida. En ese sentido, el concepto de restricciones es mucho más amplio que el de contenciones o sujeciones, permitiendo abordar no sólo la descripción de su uso, sino también los problemas éticos asociados a este, entendido no sólo como una mala práctica geriátrica, sino también como una vulneración de derechos e incluso una manifestación de maltrato institucional.

2. Tanto más variada es la denominación de las restricciones, más variada es su tipología; ya sea por los métodos de aplicación, por los diferentes dispositivos que se utilizan, por el carácter temporal, en función de su voluntariedad o por el carácter que se le atribuye a la intencionalidad en su aplicación. En todo caso, las tipologías de las restricciones o sujeciones presentan ciertas dificultades a la hora de dimensionar el impacto negativo de su uso en la vida de las personas mayores, de manera que no siempre puede corresponderse la descripción teórica con la realidad que experimentan las personas a quienes se les aplica. Así lo vimos con la subclasificación de sujeciones involuntarias con carácter restrictivo en función de lo limitantes (mayor o menor) que pueden resultar en cada caso, sobre todo en personas mayores con deterioro cognitivo o

¹²⁵ SEGG-SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA y GERONTOLOGÍA, Documento Técnico Cuidado sin Sujeciones, 2023, *op. cit.*, p. 67.

que no tienen capacidad para expresar su voluntad. Mientras la descripción teórica nos dice que la utilización de un dispositivo para restringir el movimiento de una persona con deterioro cognitivo puede parecer que ejerce una limitación menor, en la realidad del caso concreto puede convertirse en una limitación mayor.

3. Existen múltiples razones para justificar el uso de las restricciones, siendo las más conocidas la prevención de las caídas, el control de las alteraciones conductuales, e incluso para evitar la manipulación de los dispositivos sanitarios por parte de los usuarios. A estas justificaciones se les suman otras de carácter organizacional como la actitud del personal- que muchas veces aplica restricciones por su comodidad o por miedo a las consecuencias legales que deban enfrentar por la materialización de algún riesgo-, la falta de formación del personal, la reducida planta de trabajadores o ausencia de protocolos. Sin embargo, algunos de estos justificantes pueden tornarse excusas en favor de la aplicación de las restricciones, pues programas como Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer ha demostrado que tener protocolos no necesariamente implica una reducción o eliminación del uso de restricciones; o bien, como se encontró en el estudio sobre centros de residencias en Portugal, algunos justificantes pueden imponer una mayor responsabilidad sobre los hombros del personal de cuidado, desproveyendo de responsabilidad a las organizaciones o centros de residencias.

4. No se han encontrado estudios que comprueben que el uso de restricciones mejore la atención o prestación de cuidados a las personas mayores. Por el contrario, existen numerosos estudios que indican los diferentes efectos negativos- directos e indirectos- físicos y psicológicos que esta práctica geriátrica conlleva, a saber: a. Directos: asfixia, isquemia, compresión del plexo braquial, magulladuras o laceraciones; b. Indirectos: úlceras por presión, incontinencias urinaria y fecal e incremento de las tasas de mortalidad. Por otro lado, los estudios sobre restricciones en personas mayores, tanto en ámbitos hospitalarios como residenciales, han develado graves afectaciones psicológicas como traumas, revictimización, retraumatización, y la generación de sentimientos de humillación, vergüenza, miedo, angustia, baja autoestima, entre muchos otros. En todo caso, debe recordarse que la aplicación de las restricciones en sí misma no es lo que genera efectos negativos en las personas en quienes se aplica, sino la combinación de esta con otros factores que aumentan los riesgos de que estos efectos nocivos se presenten.

5. Teniendo en cuenta los efectos negativos, tanto físicos como emocionales y en términos de derechos, del uso de restricciones en personas mayores, las restricciones físicas y farmacológicas pueden ser vistas por parte de usuarios y familiares como una forma de maltrato institucional en tanto hay una manifiesta despersonalización y deshumanización de los cuidados debido a que la mayoría de los centros no sigue un modelo de cuidados centrado en la persona y en consideración a sus necesidades y deseos particulares, sino que los servicios son prestados desde criterios generales que siguen protocolos externos. En ese sentido, los profesionales de los cuidados se limitan a proveer la asistencia técnica que se sigue de los protocolos, soslayando la calidad humana que debe acompañar a dicha asistencia. Aunado a lo anterior, se suma la dinámica general restrictiva de las instituciones que limitan al máximo la capacidad de decisión de las personas mayores, en tanto deben obedecer la rutina diaria administrada formalmente por los profesionales quienes, a su vez, asumen una postura de vigilantes y garantes del statu quo de los centros, por lo que deben velar por que los internos hagan lo que se les ha dicho que deben hacer.

5.2.-Recomendaciones

En relación con estas conclusiones, surgen las siguientes recomendaciones:

1. Estudios sobre el uso de sujeciones señalan que las principales razones que alegan los profesionales para utilizar la restricción física son, entre otras, la prevención de las caídas, el control de las alteraciones conductuales y evitar la manipulación de los dispositivos sanitarios por parte de los usuarios¹²⁶. Por lo tanto, como primer paso para lograr una reducción del uso de las restricciones se recomienda la gestión de un sistema de información sobre los pacientes de los centros que registre patrones de caídas, patrones de problemas de conducta, y en términos generales, de eventos significativos para obtener patrones individuales, ambientales y organizativos, sobre la base de los cuales poder actuar en la prevención de forma más eficaz y de manera individualizada.

2. Los expertos en geriatría y gerontología insisten en la necesidad de producir más estudios sobre prevalencia dado que la información sobre el uso de restricciones físicas en centros de larga duración en España es escasa¹²⁷. Se recomienda que estos estudios no sólo se enfoquen en identificar los tipos de dispositivos que más se utilizan, sino también en determinar las causas estructurales que motivan la alta prevalencia que caracteriza, en términos generales, a los centros residenciales para personas mayores en España. Asimismo, es recomendable insistir en estudios que midan la efectividad de las intervenciones de toda índole que se llevan a cabo en centros residenciales con el fin de identificar cuáles son las más efectivas, qué factores influyen en el grado de efectividad y, por ende, cuáles son aquellas intervenciones que deberían promoverse en los centros residenciales para personas mayores. Finalmente, se recomienda que en estos estudios se incluya también los costes de las intervenciones encaminadas a la reducción/eliminación de sujeciones físicas y químicas en centros de cuidados de larga duración

3. De acuerdo con la experiencia desarrollada en la iniciativa *Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer*, una de las formas de prevenir el uso de las sujeciones en personas mayores de 65 años institucionalizadas es la creación de protocolos que sirvan como guía para los centros y sus profesionales a la hora de realizar la práctica clínica y en el uso concreto de medidas de sujeción. Dichos protocolos deben contener los límites del uso de sujeciones, plazos de revisión de sujeciones de nueva aplicación, así como alternativas para su desincentivación. Para ello, es recomendable que el protocolo de uso de sujeciones esté asociado a otros protocolos como el de manejo de caídas, de manejo de conductas, y guías de uso racional de fármacos.

Ahora bien, en el marco del programa se descubrió que la aplicación de protocolos externos era ineficaz para reducir o eliminar el uso de restricciones y que, por el contrario, generaban efectos contraproducentes, tanto por las actitudes como por la inhibición en la creatividad para encontrar soluciones a los casos más complejos, los cuales se suelen dejar

¹²⁶ FARIÑA-LÓPEZ, Emilio, “¿Puede eliminarse la restricción física en los centros de personas mayores?”, *Gerokomos*, 2017, vol.3 (28), p. 115.

¹²⁷ ESTÉVEZ-GUERRA, Gabriel J., FARIÑA-LÓPEZ, Emilio, NÚÑEZ-GONZÁLEZ, Eduardo, GANDOY-CREGO, Manuel, CALVO-FRANCÉS, Fernando, & CAPEZUTI, Elizabeth A., “The use of physical restraints in long-term care in Spain: A multi-center cross-sectional study”, *BMC Geriatrics*, vol.17 (29), 2017, pp. 1-7, p. 2.

sin resolver y, por lo tanto, se tiende a aceptar un cierto grado de tolerancia del uso de las restricciones¹²⁸. Tomando en cuenta las lecciones aprendidas, se recomienda el diseño de protocolos internos, que obedezcan a las realidades particulares de cada centro y a partir del cual se pueda realizar un diagnóstico y unas líneas estratégicas de acción en aras de lograr la prevención, la reducción o la completa eliminación de restricciones. El diseño de estos protocolos podría nutrirse también del sistema de información mencionado en la primera recomendación, tomando en consideración a la información recabada sobre los patrones individuales, ambientales y organizativos.

4. Teniendo en cuenta las diferentes intervenciones para reducir el uso de sujeciones en personas mayores de 65 años institucionalizadas, se puede concluir que de todos los tipos de intervenciones formativas analizadas- entre ellas las enfocadas en formar a miembros del equipo interdisciplinar de los centros o aquellas enfocadas en formar únicamente al personal de enfermería- las intervenciones formativas que han sido más efectivas son aquellas que apuestan por la formación de todo el personal de la organización, así como también a los familiares y tutores legales, combinados con asesorías y/o alternativas al uso de restricciones. Incluso, este tipo de intervención alcanza resultados muy favorables cuando se realiza con el respaldo de regulación legal que apoyen los objetivos de la misma¹²⁹. Estas conclusiones se corresponden con los hallazgos de las experiencias relatadas líneas arriba, pues el uso de las restricciones ocurre, entre otras cosas, por los prejuicios del personal y de los familiares que asumen una fragilidad en los mayores y la virtual necesidad de utilizar las sujeciones para evitar los supuestos peligros como consecuencia de dicha fragilidad.

La evidencia empírica de las intervenciones orientadas a la formación de profesionales permite concluir que mayor es la eficacia de estas intervenciones cuando se abordan en profundidad todos los factores relacionados con el uso de las restricciones (alternativas, modificaciones del entorno, cuestiones legales, aspectos organizacionales, etc.), así como también recomiendan, tras finalizar la acción formativa, contar con un experto con el que el personal pueda consultar sus dudas y la implicación del personal directivo pues es el encargado de promover que los conocimientos adquiridos se introduzcan en la práctica asistencial¹³⁰.

5. Por lo anterior, y teniendo en cuenta que el problema del uso de sujeciones más que técnico es de mentalidad, organizativos, sociocultural y, sobre todo de actitud, se recomienda la creación de planes formativos integrales y continuados para profesionales, familias y sociedad en general. Para el caso de los profesionales, la formación debe ir encaminada al manejo de conductas y comportamientos desafiantes, prescripción adecuada de psicofármacos, programas de prevención de caídas, técnicas y estrategias alternativas disuasorias del uso de sujeciones. En cuanto a las familias, formarlas en el modelo centrado en la persona, sus ventajas, desafíos y las estrategias alternativas para

¹²⁸ CEOMA Confederación Española de Organizaciones de Mayores, disponible en <https://ceoma.org/desatar/diferencias-del-programa/> (última consulta 20 de marzo de 2023).

¹²⁹ BRIONES PERALTA, M^a Ángeles, y RODRIGUEZ MARTÍN, Beatriz, *Efectividad de las intervenciones dirigidas a reducir las sujeciones físicas en personas mayores de 65 años institucionalizadas*, cit., p. 8.

¹³⁰ FARIÑAÑLÓPEZ, Emilio, ESTÉVEZ-GUERRA, Gabriel J., NÚÑEZ GONZÁLEZ, Eduardo, PÉREZ HERNÁNDEZ, Domingo G., GANDOY CREGO, Manuel, *Use of physical restraints on the elderly: attitudes, knowledge and practice among nursing staff*, cit., p. 213.

actuar sin sujeciones, con el fin de erradicar los mitos sobre las sujeciones como medios seguros de cuidado¹³¹.

Aquellos planes formativos dirigidos a la sociedad en general deben ir orientados a rebatir los mitos y estereotipos sobre la vejez, los trastornos que en muchas ocasiones esta conlleva y brindar estrategias y herramientas de un tratamiento respetuoso de las personas mayores y sus derechos. En ese sentido, se recomienda la creación de campañas de sensibilización encaminadas a difundir el hecho de que “el uso de sujeciones es maleficente, conlleva una serie de riesgos e incluso una mayor morbilidad y mortalidad” y que estas trasgreden los derechos de las personas mayores, en especial los resaltados a lo largo del texto, esto es, dignidad, autonomía y vida independiente. Pero que, además, la evidencia empírica ha demostrado que es seguro cuidar sin sujetar, y aun cuando vivir sin sujeciones implica unos riesgos, estos deben ser antepuestos a los riesgos de vivir atados, por lo que el objetivo, entonces, es encontrar “un equilibrio entre libertad, seguridad y bienestar de la persona”¹³².

6. Como propuestas de futuro parece oportuno seguir insistiendo en una formación que promueva un cambio en la consideración de la persona mayor y que focalice en la ética del cuidado. Sería también recomendable que los especialistas en enfermería geriátrica actúen como consultores en los centros residenciales, en los que también se deberían ir implementando nuevos modelos de gestión que contemplen las circunstancias personales de los residentes, esto es, un modelo de atención centrada en la persona y todo ello bajo el marco de una legislación que regule los programas del no uso de sujeciones, que incluya los límites legales con referencias claras y precisas sobre el no uso de sujeciones y las medidas en caso de incumplimientos, así como los casos concretos en que se deben aplicar y el modo adecuado en que debe hacerse.

7. Como vimos líneas arriba, eliminar las restricciones físicas requiere de una serie de estrategias combinadas, sobre todo, en los casos de personas con demencia¹³³. Por ello, es recomendable que un programa orientado a la eliminación total y segura de restricciones físicas se lleve a cabo en el marco de una política sobre eliminación de sujeciones que dispone un sistema de identificación de restricciones así como un plan para eliminarlas en el que se consideren una serie de adecuaciones de diversa índole: de tipo medioambiental, espacios abiertos que faciliten la deambulación sin obstáculos, así como el mantenimiento de la iluminación de los espacios en las horas de la noche; organizacional, que conlleva a garantizar una plantilla de personal adecuada para una correcta atención y asegurar su formación sobre el manejo de pacientes desde el paradigma de no restricciones; pero también a nivel de los residentes, por un lado, promocionando su participación en actividades de ocio, rehabilitadoras y de fortalecimiento de la memoria, y, por otro, proveyéndolos de los insumos necesarios para que estén protegidos y cómodos (calzado adecuado, gafas y audífonos, entre otros)¹³⁴.

¹³¹ SEGG-SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA y GERONTOLOGÍA, *Documento Técnico Cuidado sin Sujeciones*, cit., p. 66.

¹³² SEGG-SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA y GERONTOLOGÍA, *Documento Técnico Cuidado sin Sujeciones*, cit., p.69.

¹³³ Cfr., WERNER, Perla, COHEN-MANSFIELD, Jiska, KOROKNAY, Vivian, & BRAUN, Judith, “Reducing restraints: Impact on staff attitudes”, *Journal of Gerontological Nursing*, vol.20 (12), 1994, pp. 19-24.

¹³⁴ SEGG-SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA y GERONTOLOGÍA, *Documento Técnico Cuidado sin Sujeciones*, cit., p. 65-66.

9. Aun cuando ha habido mayor difusión sobre la prevalencia y los efectos negativos de la aplicación de las restricciones físicas en personas mayores -dependientes o no-, la evidencia empírica también ha demostrado que hay una alta prevalencia en el uso de restricciones químicas y que, incluso, sus efectos pueden ser más profundos, dada su prolongación en el tiempo. Por lo tanto, se recomienda la promoción del manejo no farmacológico de los síntomas psicológicos y conductuales de personas mayores y, sobre todo, de pacientes con demencia. Para lograrlo, se deberá implementar, por una parte, ciclos de formación dirigido al personal asistencial sobre estos síntomas para que puedan acompañar a la persona en estas situaciones y no anular sus conductas¹³⁵; y, por otro lado, un plan de uso racional de los psicofármacos, que implica revisión, control, uso racional de los medicamentos más utilizados con fines restrictivos, la desescalada farmacológica, y, en los casos que sea posible el retiro total y seguro de los medicamentos. La práctica de la deprescripción sirve como metodología guía para la creación de planes de prevención y eliminación de restricciones químicas¹³⁶.

8. Teniendo en cuenta los programas orientados a la eliminación de las restricciones, y coincidiendo con lo avizorado por la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, se recomienda que para lograr una asistencia libre de restricciones la implementación de programas de eliminación de sujeciones por un plazo, al menos, de dos años que garantice el cambio de la cultura en el centro residencial en que se lleve a cabo el programa, el cual a su vez debe implicar una formación de personal en atención centrada en la persona y libre de sujeciones con enfoque preventivo y positivo en la gestión de las conductas que desafían a los profesionales de la salud. En los casos excepcionales -claramente establecidos en protocolos internos-de uso de restricciones se deberá registrar las alternativas utilizadas con anterioridad a la sujeción física o química aplicada, los motivos de su fracaso y las consecuencias que se producen. Pero, además, estará sometida a un proceso documentado que cuente con “prescripción médica, supervisión técnica, consentimiento informado, determinación de tiempos y formato de la sujeción, así como un análisis de riesgos en el uso de las sujeciones definidas”¹³⁷.

¹³⁵ SEGG-SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA y GERONTOLOGÍA, *Documento Técnico Cuidado sin Sujeciones*, cit., p. 66.

¹³⁶ ARRIAGADA, Leonardo, CARRASCO, Tamara, ARAYA, Mikol, *Polifarmacia y deprescripción en personas mayores*, cit., p. 207.

¹³⁷ SEGG-SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA y GERONTOLOGÍA, *Documento Técnico Cuidado sin Sujeciones*, cit., p.76-77.