

PLAN ESTRATÉGICO 2021- 2023 PARA DESATAR AL MAYOR Y AL PACIENTE DE ALZHEIMER DEL SERVICIO EXTREMEÑO DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA.

“DESHACIENDO NUDOS POR EL BUEN TRATO”



0. ÍNDICE

1. Presentación

2. Preámbulo

- a. Justificación**
- b. Fundamentación teórica**
- c. Aspectos clave**
- d. Objetivos estratégicos y principios generales**
- e. Estructura**

3. Metodología de trabajo

4. Conceptualización

5. Análisis de la realidad en los centros de gestión directa del SEPAD

6. Áreas de intervención. Objetivos. Líneas de actuación

7. Evaluación



I. PRESENTACIÓN

La pandemia ocasionada por el coronavirus SARS- Cov2 nos plantea un nuevo punto de partida en lo referente a la atención a las personas de edad, y muy principalmente a aquellas que, por diversos motivos, viven en instituciones residenciales.

Antes ya de marzo de 2020, cuando la Covid19 comienza a extenderse en nuestro país, se alzaban voces defendiendo nuevos modelos de atención que sitúan en el centro de los cuidados a la persona, sus preferencias y su Historia de Vida. Se planteaba la necesidad de avanzar en la transición del modelo médico- asistencial, basado en la recuperación y curación de las diferentes patologías a un Modelo de Atención Centrado en la Persona, que permita a los mayores institucionalizados tomar decisiones acerca de cómo debieran ser sus cuidados y su forma de vivir.

En la base de todo esto encontramos un problema que preocupa al Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a las Personas en situación de Dependencia, y, por ende, a la Administración Autonómica, que no es otro que los estereotipos negativos asociados a la edad. Se ha venido tratando la ancianidad de forma excluyente, construyendo centros aislados de la sociedad civil, en las afueras de las ciudades y quizás, por qué no admitirlo, sobreprotegiendo a mayores y dependientes hasta tal punto de no fomentar la inclusión.

Las nuevas estructuras familiares, el despoblamiento de las zonas rurales, la incorporación de la mujer al mundo laboral, las transformaciones sociales y culturales han supuesto modificaciones importantes en los cuidados prestados, dando lugar a un incremento de la institucionalización en centros residenciales de mayores y dependientes de forma temprana. Se ha trabajado más en la atención a la pérdida de capacidades y autonomía que en la promoción de esta.

Los últimos acontecimientos nos hacen reflexionar; el mundo hoy es radicalmente diferente al que conocíamos y algo que teníamos interiorizado como positivo, beneficioso y habitual ha resultado ser deficitario, por lo que hemos de considerar la implantación de nuevos modelos de atención que permitan el mantenimiento en el entorno el máximo tiempo posible, así como reorganizar, replantear y evaluar los servicios de atención residencial que venimos ofreciendo.

Nos encontramos, por tanto, en un momento de máxima relevancia, único, para encarar estos planteamientos; se dan las condiciones óptimas dada la flexibilidad organizativa que han demostrado los centros, adaptándose a normativa diferente y planes de contingencia en los últimos dos años.

Es responsabilidad de la Administración y los Poderes Públicos liderar los cambios y transformaciones que nuestra sociedad demanda, especialmente los ciudadanos de mayor edad y aquellos que requieren ayuda para desempeñar las Actividades Básicas de la Vida Diaria. No podemos obviar la exigencia de cuestionar los modelos que han servido de referencia hasta el momento y diseñar nuevas estrategias que incorporen y asuman la centralidad de la persona, la defensa de su dignidad y derechos fundamentales. En este sentido, la Junta de Extremadura, se erige como pionera en una parte importante de esta exigencia, la liberación de sujeciones en los centros residenciales de titularidad pública.

Precisamos por tanto un nuevo marco que guíe y oriente las líneas de trabajo para “Desatar al mayor y al paciente de Alzheimer”, que englobe a la Administración y a todos los involucrados en los cuidados (desde las direcciones de los centros residenciales, sus trabajadores y trabajadoras, los familiares y el propio residente en el centro de las atenciones). A este fin se orienta el Plan Estratégico “Deshaciendo nudos por el buen trato”, que ahora presentamos.



2. PREÁMBULO

a. JUSTIFICACIÓN

El Plan Estratégico “Deshaciendo nudos por el buen trato” nace de las inquietudes de la Junta de Extremadura por desarrollar estrategias de futuro adaptadas a las nuevas realidades en los cuidados a mayores y personas en situación de dependencia, fundamentalmente en instituciones residenciales gestionadas de forma directa por el SEPAD, y buscando ser inspiración para ampliar nuevas prácticas a centros de titularidad municipal y privada.

Justifica este plan, en primer lugar, el trabajo en beneficio de una transición positiva al Modelo de Atención Centrado en la Persona, que ya se trabaja de forma incipiente en los centros residenciales del SEPAD, y considerando un punto de partida interesante la liberación de sujeciones, ya que supone dignificar los cuidados, eliminar un aspecto que ya muchos definen como “maltrato institucional”. Por tanto, este Plan Estratégico se enmarca en un proceso mucho más amplio de cambio del modelo de atención que se presta en los centros residenciales.

Concedores de que España ocupa el puesto primero en el ranking internacional en uso de sujeciones físicas en personas mayores institucionalizadas, como veremos más adelante, y que el uso de sujeciones, como se explicará posteriormente, es causa principal de efectos negativos en la persona a la que se le aplican (concretamente mayores, dependientes y pacientes de demencias), se pone en marcha esta iniciativa que agrupa diferentes voluntades y se encamina a la consecución de la libertad de sujeciones de cualquier tipo en los centros residenciales.

Se profundizará en el apartado siguiente en la fundamentación teórica. Sin embargo, para situarnos en el posicionamiento inicial es necesario abordar en este punto los rasgos comunes a los numerosos teóricos y definiciones del concepto “Atención Centrada en la Persona”. Desde lo más sanitario hasta el campo de los cuidados personales y la intervención psicosocial, el modelo de atención propuesto busca alejarse de cuidados de corte paternalista, sobreprotectores, dónde el profesional ha venido siendo el experto, quien tiene la información y toma la decisión en relación con la salud y atención de las personas que atiende, basándose en su única consideración sobre lo que es bueno o beneficioso para el atendido.

La Atención Centrada en la Persona otorga, como ya hemos apuntado, un papel central a las personas atendidas, haciéndolas protagonistas de sus propios cuidados y de su Historia de Vida, de su cotidianidad. El centro de la atención y, lo más importante, de la organización es cada persona desde su propia dignidad como ser humano y el respeto de su proyecto de vida. La edad o la dependencia no pueden ser obstáculos para que una persona viva y decida por sí misma, y cuando no exista capacidad se tendrán en cuenta apoyos, entorno y red familiar y social de apoyo.

En este escenario nos es de utilidad poner el foco en el uso de sujeciones como punto de partida para analizar el comportamiento y la organización de los centros de titularidad pública del SEPAD, y conocer así de primera mano si el uso de sujeciones se realiza por costumbre (llevamos décadas aplicando sujeciones para prevenir caídas) y conveniencia de la organización, aplicando un modelo que se desea superar.

Como veremos en el apartado destinado a la conceptualización, una vez iniciados los trabajos para la implantación de este plan, se publica la Instrucción 1/2022, de 19 de enero, de la Fiscalía General del Estado, 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, que viene a implantar ciertas obligaciones de la Administración Pública y de los centros en general en el campo que nos atañe. Sumamos, como no puede ser de otro modo, esta Instrucción a nuestra justificación y soporte teórico.

Por lo expuesto anteriormente, es obvio que para la Junta de Extremadura y para el SEPAD de forma particular, es imprescindible abordar la elaboración y publicación de este documento oficial: un Plan Estratégico encaminado hacia la consecución real de nuevos modelos de atención, basados en la calidad y centrados en la persona y la defensa de la dignidad en los cuidados integrales. Este plan marcará líneas de trabajo y una nueva visión del trabajo asistencial.

b. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

El trabajo del día a día en las organizaciones ha generado la costumbre organizativa de sujetar a las personas mayores, y de forma más frecuente, a personas en situación de dependencia severa, gran dependencia y pacientes de demencias de diverso origen y tipología. Esta práctica tiene su origen en la creencia de que las sujeciones y restricciones de movilidad pueden evitar y alteraciones de conducta, desde una perspectiva de la protección.

Sin embargo, no hay prueba científica que demuestre que sujetar a un mayor o persona en situación de dependencia mejore su salud, su estado de agitación ni su estado basal; muy al contrario, en los últimos tiempos se vienen evidenciando una serie de efectos negativos como son el incremento de la dependencia y la merma de iniciativa, la aparición de úlceras por presión, mayor ansiedad y nerviosismo, pérdida del control de esfínteres, etc.

Las sujeciones físicas en ocasiones se suman al uso de farmacología para reducir o controlar alteraciones conductuales en pacientes con demencias. Este abuso de sujeciones, como se ha apuntado

anteriormente, es considerado ya por algunas instituciones y expertos en la materia como maltrato institucional. Así, podemos destacar el trabajo que la Confederación Nacional de Organizaciones de Mayores (CEOMA) viene desarrollando desde hace más de quince años, implantando y difundiendo el programa “Desatar al anciano y al paciente de Alzheimer”, mediante el que los centros participantes en sus formaciones acreditan su condición de “libre de sujeciones”. Es mediante a través de este programa como el Centro Residencial “El Valle” obtuvo este reconocimiento, siendo pionero en los centros de gestión directa del SEPAD.

Destacables también las iniciativas de otras organizaciones como Fundación Cuidado Digno, Fundación María Wolf y la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Esta última elaboró el Documento de Consenso Sobre Sujeciones Mecánicas y Farmacológicas que fue presentado en 2014,

Es curioso, sin embargo, que en lo referente a normativa resulte complicado encontrar legislación específica en esta materia. No existe una ley de calidad asistencial en centros residenciales que enmarque las actuaciones específicas en los cuidados, ni en nuestra Comunidad Autónoma, ni en la práctica totalidad del resto, se establecen pautas a seguir en lo referente al uso de sujeciones. En la actualidad se está trabajando de forma coordinada en el Consejo Interterritorial de Servicios Sociales y Atención a la Dependencia en la definición de requisitos mínimos de acreditación de centros y servicios, y ya se ha contemplado la posibilidad de insertar aspectos referentes al tema que nos atañe.

No obstante, para no caer en pesimismo, sí que podemos encontrar referencias generales, o normativa que hace referencia a la conveniencia de la eliminación de sujeciones en los centros residenciales. Véase lo que sigue:

Nuestra norma fundamental, la Constitución Española de 1978 establece en su artículo 1.1 como valor superior del ordenamiento jurídico la Libertad, y en su artículo 10 promulga lo que sigue:

- *1. La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social.*
- *2. Las normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades que la Constitución reconoce se interpretarán de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y los tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificados por España.*

Dignidad y libertad, que vienen a completarse con el “Derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a torturas ni a penas o tratos inhumanos y degradantes...”,

establecido en el artículo 15; y el “Derecho a la libertad y seguridad” de toda persona que observamos en el artículo 17.

A nivel estatal, la Ley 14/1986, de 25 de abril, Ley General de Sanidad, tiene por objeto la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el referido derecho a la protección de la salud. En su artículo 9 se establece que los poderes públicos deberán informar a los usuarios de los servicios del sistema sanitario público, o vinculados a él, de sus derechos y deberes. Por otro lado, de su artículo 10 se destaca, de entre los derechos que tenemos todos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias, el respeto a la personalidad, la dignidad humana y la intimidad, sin que pueda haber discriminación por razón de discapacidad o de cualquier otra circunstancia personal o social.

A nivel internacional la Organización de Naciones Unidas aprobó por Asamblea General (Resolución 46/91), de 16 de diciembre de 1991, una serie de Principios en Favor de las Personas de Edad, entre los que se recoge, en lo referente a los cuidados:

- Tener acceso a servicios de atención de salud que les ayuden a mantener o recuperar un nivel óptimo de bienestar físico, mental y emocional, así como a prevenir o retrasar la aparición de la enfermedad,
- Tener acceso a servicios sociales y jurídicos que les aseguren mayores niveles de autonomía, protección y cuidado,
- Tener acceso a medios apropiados de atención institucional que les proporcionen protección, rehabilitación y estímulo social y mental en un entorno humano y seguro,
- Poder disfrutar de sus derechos humanos y libertades fundamentales cuando residan en hogares o instituciones donde se les brinden cuidados o tratamiento, con pleno respeto de su dignidad, creencias, necesidades e intimidad, así como de su derecho a adoptar decisiones sobre su cuidado y sobre la calidad de su vida.

Y del mismo modo, la ONU, cuando establece los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la atención a la Salud Mental, en Asamblea General por Resolución 46/119m de 17 de diciembre de 1991, confirma que “No se someterá a ningún paciente a restricciones físicas o a reclusión involuntaria salvo con arreglo a los procedimientos oficialmente aprobados de la institución psiquiátrica y sólo cuando sea el único medio disponible para impedir un daño inmediato o inminente al paciente o a terceros. Esas prácticas no se prolongarán más allá del período estrictamente necesario para alcanzar ese propósito. Todos los casos de restricción física o de reclusión involuntaria, sus motivos y su carácter y duración se registrarán en el historial clínico del paciente. Un paciente sometido a restricción o reclusión será mantenido en condiciones dignas y bajo el cuidado y la supervisión inmediata y regular de personal calificado. Se dará pronto

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

Por último, la Asamblea de las Naciones Unidas, en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, de Nueva York, de 13 de diciembre de 2006, considera como objetivo principal promover, defender y garantizar el *“goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad”*, y como principio *“el respeto a la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas”*.

En el ámbito autonómico, en ausencia de una ley general de servicios sociales, las Comunidades Autónomas han aprobado leyes de tercera generación, dónde incluyen, nuevamente, alusiones genéricas al uso de restricciones. En Extremadura, la Ley 14/15, de 9 de abril, de Servicios Sociales de Extremadura, en su Título VII, Régimen Sancionador, califica como “infracción muy grave” lo siguiente: “Dispensar tratos discriminatorios, degradantes o incompatibles con la dignidad de las personas usuarias, así como la restricción injustificada de sus libertades y derechos”.

Encontramos este aspecto regulado de forma más concreta en 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. Comienza su Preámbulo diciendo *“La Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales... en su artículo 8 establece como uno de los derechos de las personas usuarias de servicios residenciales el de no ser sometidas a ningún tipo de inmovilización o de restricción física o tratamiento farmacológico sin prescripción facultativa y supervisión, salvo que exista peligro inminente para la seguridad física del usuario o de terceros, debiéndose justificar documentalmente en el expediente del usuario las actuaciones efectuadas, en la forma que se establezca reglamentariamente, y asimismo comunicarse al Ministerio Fiscal.*

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

Y en su Capítulo I, “Disposiciones Generales”, define su objeto: *“Este Decreto Foral tiene por objeto regular el uso de sujeciones físicas o tratamientos farmacológicos y otras medidas relacionadas con ellas, dentro*

del respeto a los derechos de las personas usuarias de los servicios sociales residenciales y de atención diurna de la Comunidad Foral de Navarra”.

Es esta normativa la que encontramos más concreta en nuestro entorno, sin embargo, el Plan Estratégico que planteamos desde la Junta de Extremadura va más allá. La Comunidad Foral de Navarra regula procedimiento de aplicación de medidas de sujeción con prescripción facultativa y procedimientos de urgencia sin esta; nuestro plan, como se especifica más adelante, apuesta por la Tolerancia Cero a través de un cambio de paradigma en los centros residenciales de gestión directa del SEPAD.

Ya antes nos referimos a la Confederación Nacional de Organizaciones de Mayores, y el programa “Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer”. Desde hace más de quince años esta organización ha venido trabajando, investigando y difundiendo estudios mediante publicaciones y ponencias, que arrojan luz y suponen un punto de partida importante en todo lo referente al cuidado sin sujeciones físicas y farmacológicas.

El Director Técnico del programa “Desatar” ha publicado entre otros trabajos: *“Malos tratos por la institución. Especial referencia al uso de sujeciones”* (2018, Centro de Estudios Jurídicos), *“Atención a la Dependencia. Determinantes de la calidad y factores de gran impacto. Análisis de escenarios”* (2008, Agathos: Revista de Atención Sociosanitaria y Bienestar), *“Análisis del uso de restricciones físicas y químicas en personas mayores institucionalizadas”* (2003, Agathos: Revista de Atención Sociosanitaria y Bienestar”), *“Prevención cuaternaria en demencias: excesos asistenciales en personas con demencias”* (2015, Neurama, vol. 2- Nº 1; 46- 64, <http://www.neurama.es>) entre otros muchos. Sin duda constituye un referente, habiendo colaborado ya en la Acreditación como Centro Libre de Sujeciones del Centro Residencial “El Valle”, especializado en cuidados a personas con demencias, y gestionado por el SEPAD.

Por último, caben destacarse dentro de esta fundamentación teórica, las actuaciones iniciadas en los centros residenciales y que son el germen práctico que nos orienta en los objetivos. A partir del trabajo de los profesionales del Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a las Personas en situación de Dependencia este Plan Estratégico supondrá la formación especializada, la concienciación y sensibilización, investigación, coordinación, registro de información y documentos técnicos, difusión, divulgación y cualquier otra acción que deba desarrollarse en el proceso de liberación de sujeciones.

Tal como indica la identificación de este Plan, “Deshaciendo nudos por el buen trato”, es este el fundamento primero y último, origen y meta: los cuidados de calidad, la promoción de una vida activa y decidida, abierta a la sociedad, integrada en todos sus ámbitos, digna y con libertad de decisión.

c. **ASPECTOS CLAVE**

La evolución en los modelos de atención, así como el cambio de paradigma hacia un modelo centrado en la persona parte de una estrategia amplia, a largo plazo, realista y adaptada a las necesidades de la población mayor institucionalizada, primando el buen trato, el trabajo basado en valores positivos y la defensa de los derechos fundamentales.

La Tolerancia Cero en lo referente a sujeciones debe convertirse en una realidad en los próximos dos años. No es suficiente ya un análisis médico asistencial de las sujeciones, o que éstas estén autorizadas por los familiares o guardadores de hecho. Debemos trabajar para conseguir un cambio de paradigma del cuidado en el que los profesionales no consideren las sujeciones una opción. Se trata de un cambio de actitud. Es otra forma de cuidar más eficiente y humana, de forma integral y personalizada. Se hace necesaria, por tanto, una planificación que incluya una estrategia completa y adaptada para todos los centros de gestión directa del SEPAD en nuestra Comunidad Autónoma.

El Plan Estratégico “Deshaciendo Nudos por el Buen Trato” recoge, además de una planificación estratégica, una justificación adecuada que tiene presentes tanto a las diferentes áreas de trabajo como a todos los involucrados en la prestación de cuidados.

Partiendo de un análisis inicial de la realidad actual se aborda un cambio sustancial de la misma, basado en los siguientes aspectos clave:

- Necesidad de determinar los conceptos básicos para contar con un vocabulario homogéneo y específico. Así, debemos atender a los siguientes:
 - Sujeción Física: entendemos por tal cualquier método o dispositivo aplicado a una persona, que limite su libertad de movimientos, actividad física, o el normal acceso a cualquier parte de su cuerpo, y que no pueda ser fácilmente removido por ella. Nos referimos en este punto a cinturones abdominales y perineales de todo tipo, chalecos de sujeción, sábanas inmovilizadoras, manoplas, barandillas en cama, muñequeras, tobilleras, etc.
 - Sujeción Química: se entiende como el uso inadecuado de drogas psicotrópicas, sedantes o tranquilizantes para manejar o controlar una conducta molesta que no tiene base en un diagnóstico psiquiátrico diagnosticado. Los fármacos psicotrópicos podemos clasificarlos en antipsicóticos, antidepresivos, ansiolíticos e hipnóticos.

No recogemos en este plan la clasificación de sujeciones voluntarias e involuntarias ya que como veremos más adelante la apuesta de la Junta de Extremadura es por la Tolerancia Cero en el uso de sujeciones.

Estas definiciones están consensuadas por Antonio Burgueño (CEOMA), la Sociedad Española de Geriatría, la Norma Libera Ger de Cuidados Dignos, y otros autores.

- Cambio de actitud de los profesionales. Para conseguir la liberación de sujeciones en los centros y partiendo del análisis de la realidad se hace necesario afrontar cambios en el modo de cuidar, que abarcan desde la modificación del ambiente, cambios organizativos, mejora continua de la seguridad física pasiva, prevención y manejo de los síntomas psicológicos y conductuales de las demencias, que mejore la comprensión de la génesis de los mismos por parte de los trabajadores de los centros, así como mejorar las medidas para prevenirlos y evitar su escalada.
- Caídas: el principal obstáculo emocional a la hora de abordar la retirada de sujeciones es el miedo a las caídas y sus consecuencias, por esto es importante detenernos en este aspecto clave. No hay evidencia científica que demuestre/avale la eficacia de las sujeciones en la prevención de caídas o en una levedad de las consecuencias si se producen. Por el contrario, quedan demostrados beneficios en la salud de personas usuarias de restricciones una vez son eliminadas tales como: disminución del riesgo de caídas, de úlceras por presión, riesgos de edemas, contracturas y dolores; aumenta el apetito, la tonificación muscular, la movilidad y la coordinación; mejora considerablemente el estado emocional y desaparecen ciertos estigmas asociados a las sujeciones tales como el aislamiento, deshumanización, miedos e inseguridad.

A la vista de lo anterior, el Plan Estratégico presenta un nuevo enfoque integral e integrador, con la participación activa de todos los involucrados en los cuidados: la Administración Pública, directores de los Centros, Profesionales, los propios residentes, en el centro de las atenciones con sus deseos, preferencias e historias de vida y sus familias, que deben ser parte activa en este proceso.

d. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS Y PRINCIPIOS GENERALES

El Plan Estratégico “Deshaciendo nudos por el buen trato” de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Junta de Extremadura es un instrumento de planificación y trabajo que carece de rango normativo, y que establece como objetivos estratégicos los siguientes:

- Erradicar el uso de sujeciones en los centros residenciales de gestión directa del Servicio de Promoción de la Autonomía y Atención a Personas en Situación de Dependencia (SEPAD).
- Cambiar las actitudes y forma de trabajo de los profesionales de atención directa e indirecta de los centros de atención a mayores, dependientes y pacientes de demencias.
- Cambiar la percepción e implicación de los familiares de residentes en los centros mencionados respecto al uso de sujeciones.
- Formar a los profesionales asistenciales de los centros residenciales de mayores y pacientes de Alzheimer y otras demencias.
- Mejorar la calidad de los procesos asistenciales, y avanzar en el cambio de modelos de cuidados de larga duración, hacia un modelo de Atención Centrada de la Persona.

Estos objetivos estratégicos están vinculados a una serie de principios y valores transversales en todos los cuidados y procedimientos, que se definen a continuación:

- ✓ Derechos Humanos y dignidad de las personas mayores y pacientes de demencias: entendida la dignidad como valor inherente a la persona por el mero hecho de serlo. Respeto, consideración y garantía de los derechos reconocidos en el marco jurídico: intimidad, igualdad, individualidad, integridad, etc.
- ✓ Atención basada en una perfecta coordinación social y sanitaria, implicando en los cuidados a todos los involucrados, de forma especial a los familiares de los residentes, conocedores de sus preferencias e Historias de Vida.
- ✓ Trabajo en equipo interdisciplinar y multidisciplinar, siendo para todos los profesionales, transversales las medidas redactadas en este plan estratégico.
- ✓ Atención Centrada en la Persona: situando a la persona en el centro de los cuidados, haciéndola partícipe de los mismos, siendo sus preferencias e Historia de Vida fundamental en el momento de establecer el plan de cuidados.
- ✓ Calidad y Buen Trato: siendo respetuosos con los derechos, trabajando la prevención y la rehabilitación.
- ✓ Empoderamiento y participación del propio residente estableciendo los apoyos pertinentes para la toma de decisiones.

e. **ESTRUCTURA.**

El documento del Plan Estratégico “*Deshaciendo nudos por el Buen Trato*” se estructura en los siguientes puntos, siguiendo el proceso lógico de la planificación y con el objetivo de servir de guía sencilla y concreta para la liberación de las sujeciones en los centros residenciales:

- a. Metodología de trabajo: dónde se recoge el proceso llevado a cabo y a seguir hasta la finalización de la implantación del plan, sus etapas, herramientas y formas de hacer.
- b. Conceptualización: dónde se realiza un análisis del nuevo concepto de residencias al que se pretende llegar.
- c. Contextualización. Análisis de la realidad de los centros de gestión directa del SEPAD: como punto de partida y recogiendo la experiencia del centro pionero en liberación de sujeciones, “El Valle”, de Montijo.
- d. Áreas de Intervención. Objetivos. Líneas de actuación: parte fundamental que todos los participantes deben conocer, proponiendo un objetivo general novedoso y ambicioso, la Tolerancia Cero en el uso de sujeciones en los centros residenciales. Se definen líneas estratégicas y enumeran las actividades planificadas para cada uno de los ejes determinados.
- e. Evaluación: como enjuiciamiento transversal a todo el plan, que nos permitirá tomar decisiones de actuación y detectar áreas de mejora para su corrección.
- f. Se incluye un glosario de términos, bibliografía y webgrafía utilizada.



3. METODOLOGÍA DE TRABAJO.

Entendemos que el Plan Estratégico *“Deshaciendo nudos por el buen trato”* es el instrumento principal para alcanzar la Tolerancia Cero en lo referente al uso de sujeciones en los centros residenciales del SEPAD. Consensuada la percepción generalizada de que este plan es una iniciativa importante cuyos logros revertirán en un aumento considerable de la calidad de vida y la dignidad de los cuidados de los residentes, se toma como referente el trabajo inicial realizado en el Centro Residencial El Valle de Montijo, centro especializado en atención a demencias, y la formación de su personal a través del programa “Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer”, de la Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA)

Desde el inicio de los trabajos se propone una metodología dinámica, altamente participativa e interactiva, que puede dividirse en tres etapas principales.

I^a. Etapa: Establecimiento de GRUPO MOTOR.

Para el buen funcionamiento del plan se hace necesario la existencia de un grupo de profesionales de diferentes ámbitos cuyo trabajo se oriente a la consecución de los objetivos planteados, diseñando, coordinando y evaluando todas las actividades a desarrollar.

Se trata de un grupo compuesto por representantes del SEPAD y del SES, con capacidad organizativa y conocedores del proceso de liberación de sujeciones en centros residenciales, de la organización de equipos para conseguir la Tolerancia Cero y de los beneficios que revierten en los cuidados de los mayores y dependientes; dos enfermeras, una de ellas con categoría de Directora de Centro Residencial, y otra con responsabilidad de Jefatura de Sección de Inspección de Centros, un Médico Geriatra y el Coordinador Técnico de Calidad en Mayores y Centros de la Dirección Gerencia del SEPAD.

Sus responsabilidades serán las siguientes:

- Diseño y redacción del Plan Estratégico.
- Diseño del Plan de Formación al personal en los centros residenciales.
- Formación de equipos de Dirección y Responsables del proceso de liberación de sujeciones en cada centro.
- Diagnóstico de cada uno de los centros, formación del personal y aporte de las estrategias necesarias para que el equipo pueda eliminar las sujeciones.
- Coordinación de todas las actuaciones que se lleven a cabo para la elaboración del presente plan.

- Realización de un seguimiento de actuaciones emprendidas en cada una de las etapas del plan.
- Calendarización de la formación y organización del trabajo con el fin de planificar los tiempos y los resultados que se espera obtener.
- Fomentar la participación de Directores y Responsables en cada centro, así como del equipo interdisciplinar.
- Recopilar información, analizarla, difundirla, para incrementar el conocimiento del abordaje de la liberación de sujeciones en los centros residenciales. La información será sistematizada y se propondrá publicación científica en diversos medios.
- Resolución de cualquier incidencia o ajuste que se deba abordar a lo largo de la implantación del plan.
- Evaluación del Plan Estratégico.

El Grupo Motor comienza su trabajo meses antes de la formación y puesta en marcha del plan, abordando la necesidad y oportunidad de este, mediante una serie de reuniones tanto presenciales como telemáticas. En una primera fase son los cuatro componentes los que definen las líneas de actuación, en coordinación directa con el Director Gerente del SEPAD, hasta la formación de Directores y Responsables en el estudio diagnóstico de cada centro y la recogida de datos.

En esta primera etapa se decide el número de centros que comenzarán a trabajar en 2022, tras la consecución de la acreditación como centro libre de sujeciones de la Residencia de Mayores “El Valle” de Montijo, por CEOMA.

La calendarización que se propone para conseguir la Tolerancia Cero en todos los centros de gestión directa del SEPAD es la que a continuación se expone, y se realiza atendiendo a una serie de criterios entre los que se encuentran el inicio de ciertas iniciativas relacionadas con la liberación de sujeciones y la aplicación de experiencias centradas en el modelo de atención centrada en la persona.

Veamos:

- 2022

	Nombre del centro	Localidad	Residentes Autónomos	Residentes con dependencia.
1	C.R Felipe Trigo	Villanueva de la Serena	0	254
2	C.R San Francisco	Villanueva de la Serena	28	35
3	C.R Jaraiz de la Vera	Jaraiz de la Vera	63	0
4	C.R Los Pinos	Plasencia	0	96
5	C.R San Francisco	Plasencia	55	55
6	C.R Las Hurdes	Vegas de Coria	24	0
7	C.R El Cuartillo	Cáceres	0	320
8	C.R Cervantes	Cáceres	136	68

- 2023

	Nombre del centro	Localidad	Residentes Autónomos	Residentes con dependencia.
1	C.R Nuestra Señora de la Piedad	Almendralejo	40	15
2	C.R El Prado	Mérida	123	96
3	C.R La Granadilla	Badajoz	112	68
4	C.R Fuente Atenor	Azuaga	30	40
5	C.R Rodríguez Ibarra	Villafranca de los Barros	0	102
6	C.R Nuestra Señora de la Coronada	Villafranca de los Barros	40	25
7	C.R La Siberia	Herrera del Duque	44	20
8	C.R María Ángeles Bujanda	Navalmoral	70	0

- 2024

	Nombre del centro	Localidad	Residentes Autónomos	Residentes con dependencia.
1	C.R Eugenia de Montijo	Montijo	28	0
2	C.R Hernando de Soto	Jerez de los Caballeros	42	0
3	C.R Alonso de Mendoza	Don Benito	50	0
4	C.R Sierra de Gata	Gata	40	0

Una vez decidido el cronograma se diseña e imparte una formación específica para Directores y Responsables del proceso de liberación de sujeciones de cada uno de los centros, en la que se tratarán fundamentalmente los temas referentes al diagnóstico de la realidad que se afrontará en la siguiente etapa.

Resulta fundamental detenernos en el diseño de la formación que se impartirá in situ en cada centro residencial, “**Sujeciones en residencias. Creando escenarios libres de sujeciones**”, así como la gestión de esta en colaboración con la Escuela de Ciencias de la Salud de Extremadura.

Se trata de acciones formativas de 23 horas lectivas, 18 horas de tratamiento teórico y 5 horas prácticas, que tendrán continuidad en el trabajo diario.

El objetivo general de la formación es la adquisición de capacidades para convertir el centro en Centro Libre de Sujeciones, contando con el inequívoco apoyo de los líderes de la organización. Y como objetivos específicos se señalan:

- Formación de los alumnos en las bases éticas para la reflexión- deliberación sobre las decisiones éticas más conflictivas.
- Capacitación de los profesionales en el análisis de caídas, enfocado a buscar sus causas, incluidas las ambientales y organizativas y aportarles una visión de seguridad que no requiera de la participación de las personas institucionalizadas, una visión de seguridad física pasiva.
- Capacitación de los profesionales en el abordaje más práctico de los problemas de conducta que suponen un reto en el día a día de los cuidados de las personas mayores, dependientes y pacientes de demencias.

Los contenidos del curso son amplios y van dirigidos a la consecución de los objetivos expuestos. Se imparten en tres sesiones teóricas, Módulos, con un periodo de tiempo aproximado de 21 días entre ellos, en los cuales los profesionales tendrán que realizar actividades teórico- prácticas enfocadas a hacer un diagnóstico de la realidad del centro en el que trabajan relativas a aspectos de fuerte impacto sobre el riesgo de utilizar sujeciones, sobre los que habrá que actuar.

CONTENIDOS:

MÓDULO I: SUJECIONES EN RESIDENCIAS – GENERALIDADES Y PROCESO DESATAR

1. APROXIMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA AL USO DE SUJECIONES. IMPACTO
2. ASPECTOS CULTURALES, DE PERCEPCIÓN, Y DE ACTITUDES (MITOS)
3. ASPECTOS CLÍNICOS DEL USO DE SUJECIONES
4. ASPECTOS ORGANIZATIVOS DEL USO DE SUJECIONES
5. INICIATIVAS DE RACIONALIZACIÓN DE USO EN EL MUNDO
6. EXAMEN ÉTICO DEL USO DE SUJECIONES
7. PROCESO DESATAR EN UN CENTRO
8. DESATAR CON SEGURIDAD LEGAL

MÓDULO II. SEGURIDAD FÍSICA PASIVA - PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN RESIDENCIAS

1. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DIANA.
2. CAÍDAS: CONCEPTOS BÁSICOS Y EPIDEMIOLOGÍA
3. TRABAJO CON LAS CAÍDAS, ¿PARA QUÉ?
4. POLÍTICAS ASISTENCIALES Y CAÍDAS
 - A. POLÍTICA DE USO DE SUJECIONES
 - B. POLÍTICA DE VIDA NOCTURNA
5. RIESGO DE CAÍDAS Y ENFOQUE PREVENTIVO
 - A. PREVENCIÓN DE CONSECUENCIAS DE LAS CAÍDAS
 - B. SEGURIDAD FÍSICA PASIVA
6. REGISTRO DE CAÍDAS. SISTEMA DE INFORMACIÓN DE CAÍDAS
7. ANÁLISIS CAUSA-RAÍZ DE UNA CAÍDA
8. ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y SUS CONSECUENCIAS EN RESIDENCIAS
 - CHECK-LIST DE SEGURIDAD EN LA RESIDENCIA
 - MEDIDAS ORGANIZATIVAS PARA MEJORAR LA SEGURIDAD FÍSICA PASIVA
 - MEDIDAS AMBIENTALES PARA MEJORAR LA SEGURIDAD FÍSICA PASIVA
 - AYUDAS TÉCNICAS PARA RESIDENCIAS
9. DEMENCIAS Y CAÍDAS. MEDIDAS ESPECIALES DE PREVENCIÓN PARA PERSONAS CON DEMENCIA
10. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES DE LAS CAÍDAS

MÓDULO III: CONDUCTAS DESAFIANTES EN DEMENCIAS AVANZADAS- PREVENCIÓN Y MANEJO EN RESIDENCIAS

1. SINTOMAS PSICOLÓGICOS Y CONDUCTUALES DE LAS DEMENCIAS (SPCD): GÉNESIS Y TAXONOMÍA. FUNDAMENTOS BIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS Y AMBIENTALES DE LOS SÍNTOMAS CONDUCTUALES.
2. CIENCIA DEL CUIDADO A PERSONAS CON DEMENCIA
 - ETAPAS DE LAS DEMENCIAS. - DISTINTAS NECESIDADES EN DISTINTAS ETAPAS
 - ANÁLISIS FUNCIONAL DE LAS CONDUCTAS – SISTEMA ABC
 - PREVENCIÓN Y MANEJO DE LAS CONDUCTAS REACTIVAS

2ª Etapa: Diagnóstico de la realidad del centro. Elaboración del censo de residentes y estadística de caídas.

El trabajo del Grupo Motor continúa diseñando y redactando el Plan, a la par que se comienza el trabajo de preparación y formación en los centros residenciales, lo que ayudará a su maduración y a una evaluación continua de las acciones.

El punto de partida en esta segunda etapa supone trabajar en la recogida y sistematización de los datos de prevalencia del uso de sujeciones en cada uno de los centros diana y establecer su relación con una serie de variables estructurales y relacionadas con el grado de dependencia de los usuarios, el consumo de psicofármacos, prevalencia de demencias y otras patologías mentales, y otros datos que nos serán útiles para medir la calidad del medio físico dónde se cuida a los residentes y dónde se desarrolla el trabajo asistencial de los centros.

Para conocer cada centro de forma individualizada los responsables asignados y formados previamente cumplimentarán modelos normalizados en los que recogerán el “censo de residentes” y las “estadísticas de caídas”.

Las Estadísticas de Caídas recogen de forma pormenorizada el número de caídas que se han producido en cada uno de los centros, registrando dónde y cuándo se han producido las mismas.

Una vez sistematizados estos datos serán la base de las formaciones destinadas a los profesionales del centro.

Una de las vertientes estratégicas de las intervenciones son las encaminadas a estudiar la adecuación de los entornos físicos para ser adyuvantes en la prevención de caídas, promoción de la movilidad segura y de problemas de conducta reactivos, así como la adecuación de entornos propiciatorios de la menor expresión de sintomatología conductual y psicológica de las demencias.

3º Etapa: Desarrollo de las actividades formativas y consecución de una base teórico/práctica.

El trabajo del Grupo Motor continúa en lo referente a diseño y redacción del Plan, a la par que se comienza el trabajo de preparación y formación en los centros residenciales in situ.

Partiendo de la etapa anterior se iniciará la visita a los centros dónde comenzará el proceso diagnóstico poniendo el foco en aquellos aspectos metodológicos, organizativos, actitudinales, de

conocimiento y del entorno que tienen que ver con un mayor o menor uso de sujeciones, para aportar recomendaciones. A la par se comenzarán las sesiones formativas teóricas, que fomentarán el debate y la participación de todos los profesionales, analizando casos concretos que puedan resultar de mayor dificultad y enriqueciendo el proceso con la toma de decisiones conjunta.

Tras cada sesión teórica, y siguiendo la planificación antes expuesta, los centros deberán realizar una serie de tareas asignadas por las responsables de la formación.

En esta etapa cada centro redactará su propio Plan Específico de Liberación de Sujeciones, ya en la línea de los que requiere la Instrucción I/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, de la Fiscalía General del Estado, publicada una vez habíamos iniciado la implementación del plan. Nos adelantamos, por tanto, al trabajo que se propone en la mencionada instrucción.

Tras el proceso formativo y de debate el Grupo Motor realizará una serie de recomendaciones in situ, y posteriormente por escrito, en el plazo de quince días, remitiéndose al centro un informe con las estrategias para conseguir la acreditación como centro libre de sujeciones, en colaboración con el Programa Desatar al Anciano y al Paciente de Alzheimer.



4. CONCEPTUALIZACIÓN.

Hemos tratado anteriormente de forma amplia los conceptos clave de este Plan Estratégico, y ahondaremos en ellos en la contextualización y en el análisis de la realidad. Una vez se había comenzado el diseño y el trabajo de campo propiamente dicho en los centros fue publicada una nueva norma que vino a asentar, más aún si cabe las bases de todo lo que se había emprendido. Nos referimos a la *Instrucción de la Fiscalía del Estado Num. 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.*

Esta instrucción nos hace revisar nuevamente todo lo que ya estaba avanzado, para darnos cuenta de que su filosofía recoge los principios de este plan. Esto viene a apoyar la necesidad de seguir trabajando para la consecución de nuestros objetivos. A modo de resumen podemos señalar los siguientes puntos de la instrucción:

1. Afirma que es necesario un cambio en el modelo de cuidados que se viene prestando
2. Detalla argumentos que sustentan esta afirmación
3. Orienta acerca de cómo debería ser el nuevo modelo
4. Afirma que las sujeciones no encajan en el nuevo modelo de cuidados.

La instrucción promueve un modelo respetuoso con la dignidad de la persona, centrado en ella y LIBRE DE SUJECIONES, y expone que los Señores Señoras Fiscales recogerán en sus actas de inspección:

- 1) Que el centro disponga de planes específicos para la eliminación de sujeciones.
- 2) Que dispongan de actividades programadas o desarrolladas para la formación y sensibilización del personal.
- 3) Que existan actividades preventivas cuidadoras o rehabilitadoras orientadas a procurar bienestar a la persona que disminuyan la incidencia del recurso de la contención y mejoren la calidad de vida de la persona
- 4) Que la toma de decisiones se realice en grupos multidisciplinares en los que intervengan todos los profesionales involucrados y la persona y así como sus familiares para garantizar que no quedan comprometidos sus derechos.

Desde la misma Introducción se impone “una actuación y valoración de las contenciones desde una mirada centrada en la dignidad de la persona en la medida en que esta puede verse gravemente afectada con estas prácticas cuando, ya sea por su finalidad o por su praxis, no se ajuste a los casos y a la forma exigible a esas restricciones, al incidir y limitar derechos fundamentales como la libertad, principio general que consagra la capacidad de autodeterminación o la autonomía para decidir conforme a sus intereses y preferencias”; la integridad física y moral; la libertad física o deambulatoria; la intimidad; la protección a la salud y la igualdad y no discriminación”. La instrucción viene a limitar el uso de sujeciones en personas institucionalizadas, en los internamientos involuntarios realizados en las unidades de salud mental y su empleo en los centros residenciales de mayores o personas con discapacidad.

El Plan Estratégico “Deshaciendo Nudos por el Buen Trato” recoge todos los aspectos anteriores, como se desprende de la redacción de este, enfocado en centros residenciales para mayores dependientes y que presenten patologías cognitivas.

Es un hecho que el uso de sujeciones mecánicas y farmacológicas preocupa cada vez más a la sociedad, y ya no de forma aislada sino como parte fundamental de un nuevo modelo de atención en los cuidados de larga duración. Es por esto por lo que desde la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales nos planteamos un nuevo concepto de residencias, que va más allá de una estructura, localización o ratios de personal.

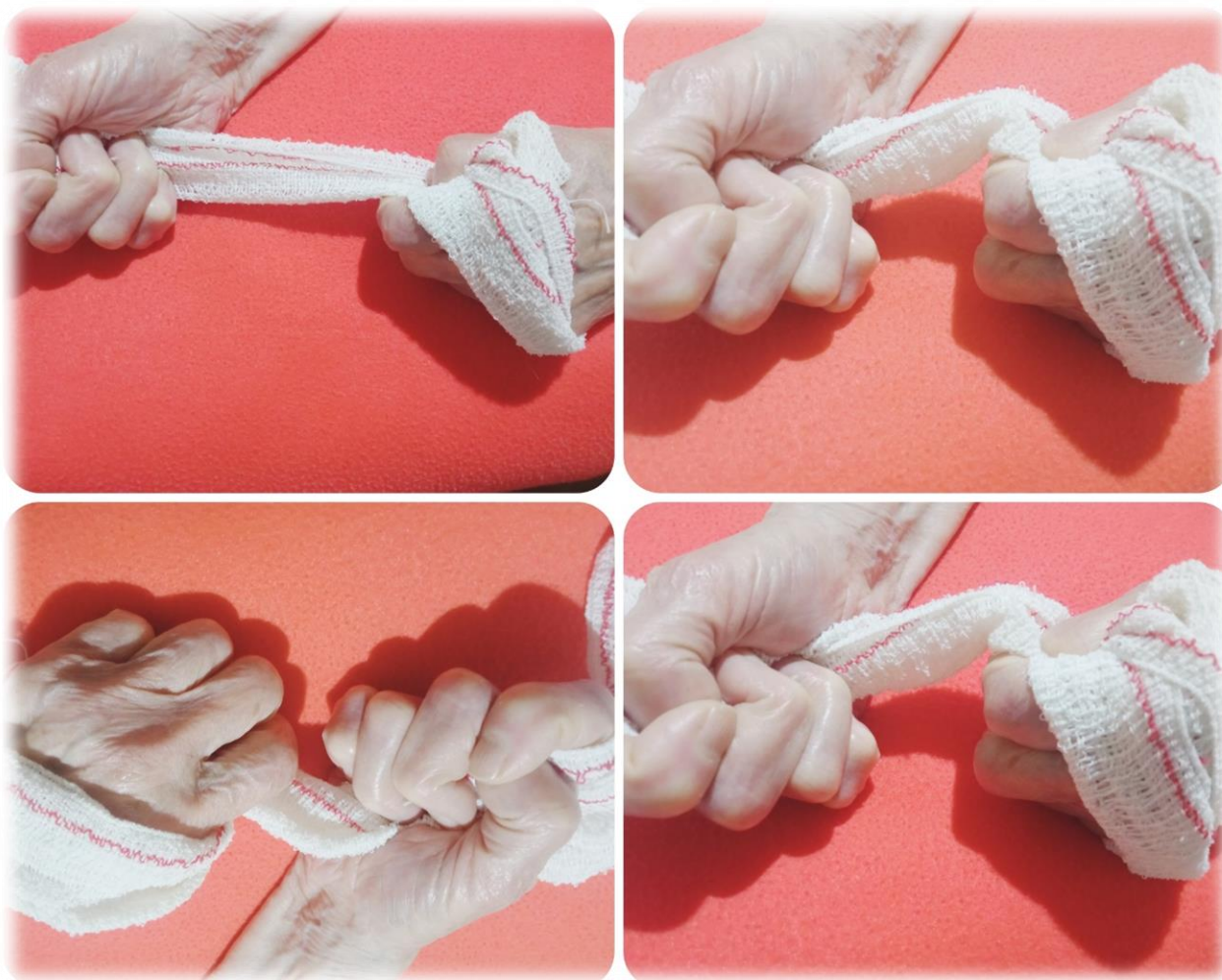
Las residencias que utilizan de forma rutinaria sujeciones tienden a ser centros con un mayor riesgo de deshumanización de los cuidados más básicos. Se persigue con este plan un concepto de residencias dónde las medidas de seguridad y ambientales sean eficaces para la prevención de caídas o de los problemas de conducta más graves; buscamos alcanzar la adquisición de conocimientos y experiencia en el manejo de los síntomas conductuales y psicológicos asociados a la dependencia y, más concretamente, a las demencias, desinhibiendo la creatividad de los profesionales y buscando cada día nuevos retos que tengan como consecuencia un trato no solo digno, también excelente y una calidad de vida óptima de las personas institucionalizadas.

El concepto de residencia en el que trabaja ya el SEPAD pretende diseñar horarios más acordes a las preferencias de las personas, menos restrictivos que los del modelo que se pretende abandonar.

Por otro lado, se considera la participación de los residentes y sus familias como parte fundamental de los cuidados, por lo que la toma de decisiones sobre los cuidados deja de ser una parcela reservada a los equipos médico- asistenciales e interdisciplinarios. El nuevo concepto afirma el lema “todo para el residente, y con el residente”. Los entornos, físicos y psicosociales, juegan un papel clave y ya desde la implantación de este plan estratégico se trabaja en la creación de entornos facilitadores de autonomía, dónde se promueve la seguridad y se minimiza el riesgo de caídas en las personas mayores. Crear estos entornos supone también gestionarlos, ya que cada residente presenta patrones diferentes de interacción diferentes con ellos.

El nuevo concepto aborda la participación de los profesionales siendo referentes en la valoración de la interacción de cada persona, en su observación diaria para el estudio de comportamientos, facilitando el bienestar basado en las preferencias. El residente pasa a ser el centro de todas las atenciones, el centro del nuevo modelo, por esto el conocimiento de las Historias de Vida, Clínica y Social por parte de aquellos que prestan los cuidados es un punto a tener en cuenta.

A este nuevo concepto, dentro de un cambio de paradigma, de modelo de atención, llegamos tras un análisis de la situación actual previo a la implantación del plan estratégico, que se enriquecerá con el trabajo en cada centro, adaptando la generalidad a la particularidad que cada uno presenta.



5. CONTEXTUALIZACIÓN. ANÁLISIS DE LA REALIDAD EN LOS CENTROS DE GESTIÓN DIRECTA DEL SEPAD.

La dimensión que alcanza el uso de sujeciones en nuestro país es preocupante, más aún si comparamos el porcentaje de sujeciones permitidos con respecto a otros países. Ya en 1997 se publicaba la siguiente tabla que nos hace reflexionar:

Tabla: Prevalencia de uso de sujeciones en ocho países. Porcentaje de residentes con sujeciones físicas diaria y no diariamente.

Dinamarca	Francia	Islandia	Italia	Japón	España	Suecia	EEUU
2,2%	17,1%	8,5%	16,6%	4,5%	39,6%	15,2%	16,5%

Fuente; Age an agein, 1997

Si bien es cierto que en las últimas décadas se ha dado una preocupación mayor respecto a realizar un análisis de la pertinencia del uso de sujeciones, en nuestro país el objetivo conseguir la Tolerancia Cero aún está lejos de alcanzar. Así, por ejemplo, podemos traer a colación el “Protocolo de Contenciones” publicado por el IMSERSO, de fecha veintiocho de mayor de 2015, cuya definición de su objeto manifiesta *“La práctica de restricciones físicas, y en especial el uso y abuso que se hace de ellas en las personas mayores en el medio institucional, ha llevado al IMSERSO a promover el presente Protocolo con el objetivo de limitar su uso al mínimo indispensable”*. Y en el mismo texto leemos *“Diversos estudios han puesto de manifiesto las consecuencias negativas de las prácticas restrictivas: pérdida de masa ósea y de capacidad funcional muscular, deterioro de equilibrio, marcha y estabilidad (aumenta susceptibilidad de caídas) y por tanto, pérdida de la seguridad en la deambulación autónoma, incontinencia urinaria y fecal, lesiones en la piel...”* *“En alguno de los casos, tales como sujeción de enfermo agitado, agresivo, etc. Deberá seguirse el protocolo de control de esta patología, dando cuenta al Juzgado de guardia antes de 24 horas”*. Con todo, se plantea un análisis de la situación, del estado del residente y se establece un consentimiento informado. El avance es claro, ya en este protocolo se establece la búsqueda de alternativas; ahora, el avance desde el punto de vista de este plan nos resulta insuficiente.

Es destacable la labor realizada por la Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA) al abrir un debate y un camino a la investigación, así como el impulso a la participación de los centros en programas para alcanzar la Tolerancia Cero. El Programa “Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer” comienza su andadura en España en 2003. Desde sus comienzos ha trabajado en centros identificando factores organizativos y ambientales hasta conseguir acreditarlos como “libres de sujeciones”. Y es aquí donde tiene origen este Plan Estratégico.

El Centro Residencial “El Valle” es un centro monográfico de atención a personas con diagnóstico de algún tipo de demencia degenerativa. En este centro, como en todos los que usan sujeciones para el cuidado de sus residentes, preocupaban las posibles reclamaciones judiciales que podían resultar de las caídas, y en la mayoría de las ocasiones, justificaban su uso como elemento de apoyo postural o de colocación para evitar alteraciones de conducta de los residentes o deambulación errática entre otras causas.

Esta preocupación se trasladó a un debate entre los profesionales, que sí se cuestionaban su uso. Curiosamente los mismos profesionales se posicionaban en contra del uso de sujeciones mecánicas a pesar de que el planteamiento técnico llevaba a considerarlas como medidas recomendables e inevitables si se quería garantizar la seguridad del residente.

Costó asumir que la sujeción en si misma supone un “acto de violencia” con la persona a la que se aplica, pero fue necesario asumir que esto es así la más de las veces para comenzar un trabajo que dio como resultado la consecución de la Tolerancia Cero en su uso.

En el origen de este Plan Estratégico está la búsqueda de información sobre centros libres de sujeciones, la lectura de literatura especializada, que nos llevó a conocer a Antonio Burgueño, Director Técnico del Programa Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer, el análisis de alternativas, etc. Y ahí es donde se marca el objetivo de la erradicación, como una cuestión de principios, de respeto obligado a la dignidad de la persona. Los profesionales del Centro Residencial “El Valle” y su dirección fueron conscientes de que el uso de sujeciones estaba empobreciendo los cuidados, los valores y el crecimiento profesional.

Mediante el Programa “Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer” empezaron un camino que comenzó en el diagnóstico de partida y el diseño de una estrategia y metodología a medida, siguiendo siempre las indicaciones de expertos y teniendo siempre presente que un nuevo modelo de cuidados se implantaría en el centro, que estos trabajos incipientes darían como resultado un centro nuevo con profesionales más formados, más creativos y centrados en las personas. El programa ha sido motor de mejora que ha influido en los procesos asistenciales; por un lado, mejoró la seguridad física pasiva, con medidas organizativas de las tareas de atención directa, trabajo interdisciplinar, creación de zonas de alta seguridad, áreas de especial vigilancia, adopción de medidas ambientales para las zonas de mayor incidencia en las caídas, establecimiento de circuitos de seguridad, cambios en la iluminación, ayudas técnicas, adecuación de mobiliario, sensores de movimiento, etc.; por otro lado, mejoró la calidad en la prevención y manejo de los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia mejorando la comprensión de la génesis de los mimos por parte de los profesionales, además de mejorar las medidas para prevenirlos y su escalada. Han mejorado igualmente las medidas no farmacológicas basadas en la empatía de los profesionales de atención directa generando espacios para promover actividades espontáneas y la creación de unidades diferenciadas para los residentes en las distintas etapas de su enfermedad.

El trabajo se extendió a las familias, a las que hubo que concienciar igualmente. Comenzaron a gestarse los Pactos de Seguridad, en el que el centro les ofrecía una seguridad razonable sin utilizar sujeciones para conseguir un mayor grado de bienestar y autonomía física, mental y psicosocial de los residentes. Se comprobó entonces que los familiares siempre prefieren que se trabaje la calidad de vida y asumen cierto riesgo controlado.

Esta iniciativa provocó que en otros centros de gestión directa del SEPAD surgieran iniciativas y debates entre sus profesionales, que se materializan en la puesta en marcha de este Plan Estratégico que llegará a todos los centros tal como se ha visto en la parte en la que abordamos la metodología de trabajo.

Llegamos así a 2020, el año en que la pandemia mundial originada por el SARS-COV2 nos hace cuestionarnos desde la raíz el modelo de cuidados de larga duración que se presta en las residencias de Mayores, y desde el SEPAD crece la necesidad de abordar un cambio, del que la liberación de sujeciones es parte fundamental.

Actualmente la Junta de Extremadura gestiona de forma directa 22 centros, 14 en la provincia de Badajoz y 8 en la provincia de Cáceres. Estos centros prestan atención a una totalidad de 2755 usuarios de los cuales 1794 tienen reconocida situación de dependencia y 961 ocupan plazas para usuarios con autonomía, aunque, debido al paso del tiempo y a las patologías emergentes, sus capacidades van mermando, produciéndose en ellos también una mayor necesidad de cuidados.

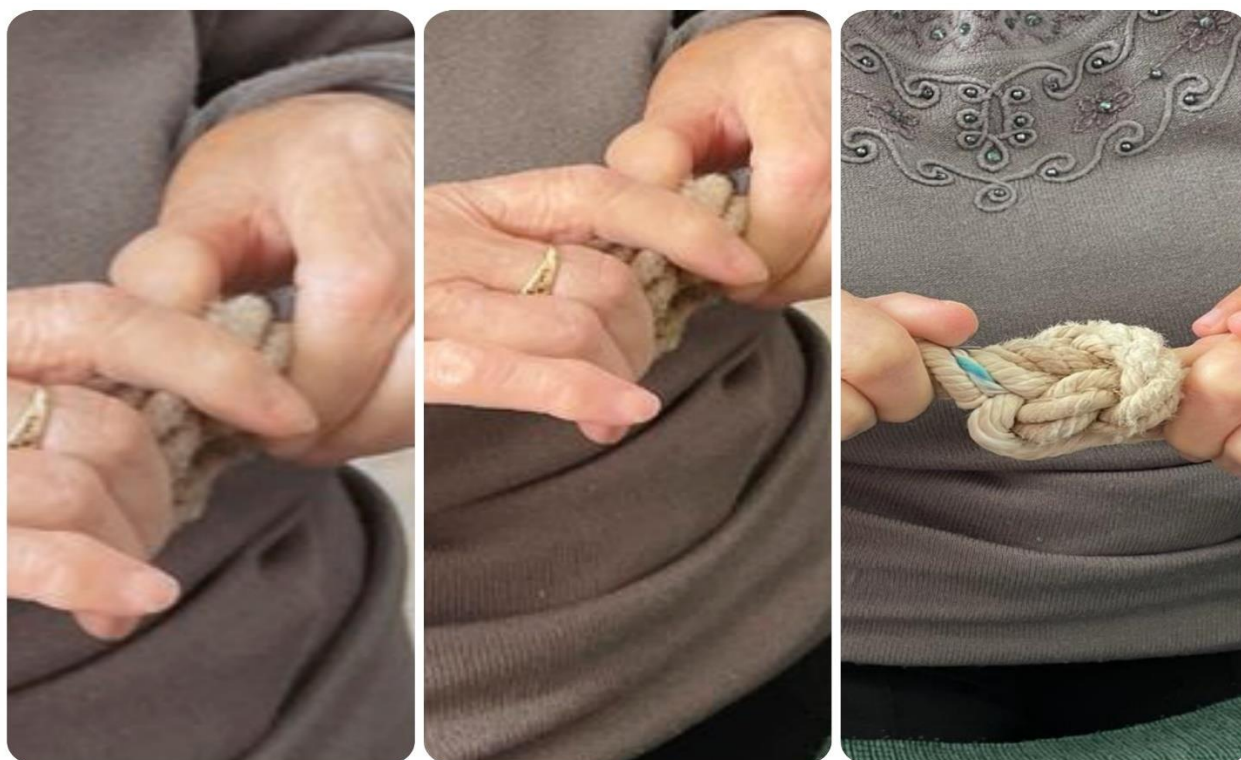
Pese a la excelente calidad con la que se prestan los cuidados, desde las direcciones de los centros y a través de los profesionales que trabajan en ellos e igualmente de los familiares de sus usuarios y de los propios usuarios, se constata un alto grado de desinformación y falta de concienciación sobre la Tolerancia Cero en lo referente a sujeciones. Hoy en día, aún existe una percepción de más seguridad cuando a la persona que cuidamos se le pautan un cinturón abdominal para permanecer sentado o un tratamiento farmacológico con antipsicóticos o benzodiazepinas cuando la realidad es que estas medidas proporcionan una falsa seguridad y a la vez una mala calidad en las necesidades y cuidados de los usuarios.

Se realiza desde el SEPAD una propuesta extensiva a todos sus centros de gestión directa con la colaboración de los profesionales del Centro Residencial “El Valle” como centro pionero en Extremadura en ser acreditado como “Centro libre de sujeciones”. En esta propuesta se cuestiona el modelo actual de cuidados, con ánimo de mejorarlo y se pone en el punto de mira una transición hacia un verdadero “Modelo de Atención Centrado en la Persona” que ya se viene trabajando en los centros residenciales del SEPAD, pero añadiendo al mismo la eliminación de sujeciones tanto físicas como químicas que implican posibles maltratos institucionales a los usuarios.

Una vez realizado el planteamiento a todos los centros de gestión directa, de forma voluntaria se unen a esta iniciativa un total de 20 centros. El trabajo a desarrollar se indica en la metodología de este plan y será en tres anualidades (8 centros en la anualidad 2022, 8 en 2023 y los 4 restantes en 2024).

Esta transición hacia este verdadero “Modelo de Atención Centrado en la Persona” supondrá un camino en el que surgirán obstáculos, preguntas e incertidumbres tanto para los profesionales, las familias y los usuarios pero que serán abordados en equipo para que el fin sea el de proporcionar unos cuidados seguros y de calidad y el de conseguir que el trabajo en nuestros centros goce de un clima extraordinario haciendo que sus profesionales se sientan verdaderamente satisfechos con el trabajo que realizan y orgullosos del centro en el que trabajan. Además de la satisfacción de los trabajadores el objetivo principal es el trato digno a sus usuarios siendo éstos los que puedan tomar decisiones sobre sus cuidados para conseguir el mayor confort en su día a día y proporcionando además tranquilidad a sus seres queridos siendo conocedores de la calidad de cuidados que se prestan.

Se pretende además con este proyecto que los centros de gestión directa del SEPAD sean un espejo donde puedan verse reflejados el resto de los centros de titularidad municipal y privada de la Comunidad Autónoma, sirviendo de ejemplo y mostrando que se pueden dar cuidados seguros y de calidad sin llegar a tomar medidas que impliquen maltratos institucionales fomentando que en nuestra región los centros residenciales sean referentes en calidad asistencial.



6. ÁREAS DE INTERVENCIÓN. OBJETIVOS. LÍNEAS DE ACTUACIÓN.

A. Objetivo principal del plan.

“Conseguir una actitud profesional de tolerancia cero al uso de sujeciones para el cuidado de personas que viven en los Centros Residenciales dependientes del Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia, como motor de mejora de la calidad asistencial, de la calidad de vida de las personas, y del buen trato”

La tolerancia cero es una propuesta de erradicación de las sujeciones, lleve el tiempo que lleve, y mediante el proceso y el camino que necesite cada centro, y con la premisa de huir del planteamiento de “sujeciones sí” o “sujeciones no”, para quedarnos con “sujeciones no”, sino enfocándolo desde una perspectiva de creación de un escenario que sea propicio para no tener que necesitar sujeciones. Un proceso de transformación, que será diferente en cada centro residencial, en los que se diseñarán ajustes organizativos, cambios en el enfoque de seguridad, poniendo el énfasis en la seguridad física pasiva, y cambios en el enfoque que se hace de los SPCD, para poner el foco en las personas que son objeto de sujeciones, las personas con demencia dependientes y fundamentalmente con demencia.

El plan estratégico para desatar al mayor y al enfermo de Alzheimer del Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia se articula en 5 ejes de actuación:

Eje I: Derechos, ética y dignidad de la persona

La percepción negativa y sensación de maltrato y abuso que puede sentir la persona objeto de sujeción puede comprometer seriamente su sintonía con las personas encargadas de su cuidado y generar situaciones conflictivas en los cuidados diarios, con enfrentamientos personales de difícil resolución, en las que el elemento más indefenso siempre es la persona mayor y/o con demencia, fundamentalmente por su incapacidad de dar fe de la situación vivida o por ser minusvalorado su testimonio, y por ser fácilmente influenciado por su situación de dependencia. Debemos ser exigentes en la humanización de la atención, de forma que cuidar no sea sólo aplicar unos protocolos y mantener unos registros. De acuerdo con los principios éticos universalmente establecidos y con el reconocimiento de los derechos de los usuarios, es preciso que la asistencia se dé con humanidad y con compasión, que en el fondo nos invitan a humanizar el trato.

Eje 2: Cambio de actitud de profesionales y familiares

La **actitud de los profesionales** no solo depende de sus conocimientos, sino también de sus experiencias y sentimientos. Si se lo cuestionan, los profesionales suelen estar en contra de las sujeciones, pero la experiencia del Programa “Desatar al Anciano y al Paciente de Alzheimer” en el que participó el Centro Residencial “El Valle”, hace pensar que se debe más a sentimientos, como podemos tener todos, que, a un cuestionamiento técnico, pues por otro lado, consideran a las sujeciones como medidas muchas veces recomendadas inevitables, si se quiere garantizar la seguridad de las personas mayores y de los enfermos de Alzheimer. No existe ninguna evidencia científica a favor del uso de sujeciones para manejar el riesgo de caídas o problemas de conducta, como ya hemos apuntado, y, sin embargo, se ha observado que se trata de una medida de primera elección en las residencias.

La **actitud de las familias** se forja a través de la experiencia de cuidar al enfermo, el aleccionamiento que reciben por parte de algunos profesionales que les convence de que son inevitables en algunos casos, la experiencia de ver lo que se hace en las residencias, y sus propios sentimientos sobre su ser querido.

Desde marzo de 2020, como consecuencia de la pandemia originada por el SARS- COV2, las familias han tenido que restringir sus visitas a las residencias lo que ha generado una mayor desconfianza hacia los cuidados prestados en estos centros. Se ha reforzado la comunicación a través de sistemas móviles, mediante videollamadas fundamentalmente, pero nos encontramos en un punto en que debemos reforzar la confianza para cambiar una visión que se ha tornado en negativa. La comunicación y la implicación activa en este plan se hace fundamental.

Eje 3: Análisis de caídas

“Las sujeciones son muchas veces necesarias para prevenir las caídas”, se repite siempre en los foros profesionales, aunque no se base a ninguna evidencia. Es por tanto otro importante mito, que está detrás de esta práctica. No existe ningún estudio que evalúe la eficacia de las sujeciones para prevenir caídas, y sí múltiples que relacionan el uso de sujeciones con un mayor riesgo de caídas y sobre todo de que éstas sean con peores consecuencias, como fracturas o traumatismos craneoencefálicos severos.

Eje 4: Manejo de los síntomas psicológicos y conductuales de las demencias.

Las personas con demencia pueden desarrollar SPCD (Síntomas psicológicos y comportamiento producidos por la Demencia) que causan problemas en sí mismos, lo que complica los cuidados, y que pueden darse en cualquier etapa de la enfermedad. Estos incluyen agitación, preguntas repetitivas, depresión, agresividad, deambulación y psicosis. Los SPCD son muy comunes, con unas estimaciones de prevalencia puntual (es decir, la proporción que tiene cualquiera de estos problemas en un momento determinado) de entre el 60% y el 80%, y un riesgo acumulado del 90% durante el transcurso de la enfermedad.

¿Cuánto sufrimiento padecen las personas con demencia que reciben cuidados por personas incapaces de comprender sus necesidades, sus conductas o sus estados de ánimo?

La mayoría de los SPCD son reactivos, reactivos a algo externo, algo que le está tocando vivir a la persona con demencia y que le produce malestar, o directamente sufrimiento, ya sea en la interacción con los cuidadores, en la interacción con el entorno o porque no es capaz de satisfacer sus necesidades básicas.

Eje 5: Retirada de sujeciones.

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 autoestima. El objetivo de erradicar su uso es clave.

Este plan une la retirada de sujeciones al “buen cuidado”, al “buen trato”, que no supone eliminar el riesgo o la peligrosidad, es decir, cuidar bien no significa sobreproteger. Se hace necesaria una reflexión profunda acerca de la búsqueda de alternativas más respetuosas con la dignidad de cada persona, analizando a cada residente de forma individual y situándolo en el centro de todas las atenciones.

A continuación, cada eje de los expuestos se desglosa en líneas de actuación y metas a conseguir para la consecución del objetivo general planteado.

EJE I: Derechos, ética y dignidad de la persona

OBJETIVOS	LINEAS DE ACTUACIÓN	METAS
<p>I.1. Sensibilizar a los profesionales de los Centros Residenciales del SEPAD acerca de la importancia de ofrecer a las personas cuidados que garanticen sus derechos y su dignidad.</p>	<p>I.1.1. Acreditación del Centro Monográfico de demencias degenerativas primarias de Montijo (C.R. EL VALLE) por CEOMA como Centro Libre de sujeciones mediante el Programa Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer.</p> <p>I.1.2. Capacitación a dos técnicos del CR El Valle para orientar, asesorar y formar a equipos interdisciplinarios de Centros Residenciales del SEPAD en la metodología del Programa Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer.</p> <p>(Grupo de Referencia CONFEMAC)</p> <p>I.1.3. Realizar diagnóstico de la realidad sobre el uso de sujeciones de los Centros Residenciales del SEPAD.</p> <p>I.1.4. Desarrollar acciones formativas que incorporen la ética en la intervención de los profesionales de atención directa de los Centros del SEPAD</p>	<p>Se realizarán sesiones formativas en 8 Centros públicos del SEPAD en 2022. 8 centros en 2023 y los cuatro centros restantes en el 2024.</p> <p>Se conocerá el diagnóstico de la realidad de 8 centros en el 2022, otros 8 en el 2023 y los cuatro restantes en el 2024.</p> <p>Los equipos entenderán que la retirada de sujeciones es el camino para conseguir la ACP</p> <p>Los equipos interdisciplinarios de los centros tomarán las decisiones mediante un liderazgo compartido.</p> <p>Mejora el clima laboral, la capacidad técnica y la satisfacción de los profesionales.</p>

EJE 2: Cambio de actitud de profesionales y familiares.

OBJETIVOS	LINEAS DE ACTUACIÓN	METAS HACIA LAS QUE AVANZAR
2.1. Cambiar la percepción y las actitudes de los profesionales de los Centros Residenciales respecto del uso de sujeciones	2.1.1. Desarrollar acciones formativas que incluyan aspectos culturales, de percepción, de actitudes y de aspectos clínicos del uso de sujeciones para los profesionales de los equipos interdisciplinarios de los Centros del SEPAD	Se realizarán sesiones formativas en 8 Centros públicos del SEPAD en 2022, 8 centros en 2023 y los cuatro centros restantes en el 2024. Los equipos interdisciplinarios de los centros tomarán las decisiones mediante un liderazgo compartido.
2.2. Cambiar la percepción y las actitudes de los familiares de los residentes de los Centros Residenciales respecto del uso de sujeciones	2.2.1. Desarrollar acciones formativas para mejorar las tomas de decisiones residente-equipofamilia 2.2.2 Empoderar familias y residentes implicándolos en la en la planificación de sus cuidados.	Mejora de la Toma de decisiones residente-equipofamilia en el primer año. Mejora de la satisfacción de residentes y familias.

EJE 3: Análisis de caídas

OBJETIVOS	LINEAS DE ACTUACIÓN	METAS
<p>3.1. Capacitar a los profesionales en el análisis de todas las caídas, buscar sus causas y aportar a los profesionales una visión de seguridad que no requiera de la participación de las personas institucionalizadas,</p>	<p>3.1.1. Desarrollar acciones formativas que sirvan para mejorar el análisis de las caídas, la seguridad física pasiva de los centros residenciales y la prevención de las consecuencias graves de las mismas, dirigidas a los profesionales de los equipos interdisciplinarios de los Centros del SEPAD</p>	<p>Se realizarán sesiones formativas en 8 Centros públicos del SEPAD en 2022, 8 centros en 2023 y los cuatro centros restantes en el 2024.</p> <p>Los 8 centros dispondrán de un modelo de registro de caídas que mejorará la gestión de las mismas.</p> <p>Mejora el clima laboral, la capacidad técnica y la satisfacción de los profesionales.</p>

EJE 4: Manejo de los síntomas psicológicos y conductuales de las demencias.

OBJETIVOS	LINEAS DE ACTUACIÓN	METAS
<p>4.1. Capacitar a los profesionales de los Centros Residenciales en el abordaje de los problemas de conducta que suponen un reto en el día a día del cuidado de la persona con demencia.</p>	<p>3.1.1. Desarrollar acciones formativas que sirvan para prevenir y mejorar los síntomas psicológicos y conductuales de las personas con demencia, dirigidas a los profesionales de los equipos interdisciplinarios de los centros residenciales del SEPAD.</p>	<p>Se realizarán sesiones formativas en 8 Centros públicos del SEPAD en 2022, 8 centros en 2023 y los cuatro centros restantes en el 2024.</p> <p>Se dotará a los equipos de los 8 centros de estrategias para el manejo adecuado de los SCSD.</p> <p>Mejora el clima laboral, la capacidad técnica y la satisfacción de los profesionales.</p>

EJE 5: Retirada de sujeciones.

OBJETIVOS	LINEAS DE ACTUACIÓN	METAS
<p>5.1. Retirar todas las sujeciones con orden de prioridad asistencial centrada en la persona.</p>	<p>5.1.1. Desarrollar acciones formativas que incluyan estrategias para que los profesionales de los equipos interdisciplinarios de los centros residenciales del SEPAD, puedan eliminar todas las sujeciones.</p>	<p>Se realizarán sesiones formativas en 8 Centros públicos del SEPAD en 2022, 8 centros en 2023 y los cuatro centros restantes en el 2024.</p> <p>Los centros eliminarán las sujeciones en el plazo medio de un año desde la acción formativa.</p> <p>Los centros sin sujeciones obtendrán un reconocimiento: la acreditación de Centro libre de sujeciones por CEOMA.</p>

7. EVALUACIÓN.

Nos situamos en un cambio de modelo, un cambio de paradigma que dará lugar a una nueva concepción de los cuidados de larga duración en los centros residenciales del SEPAD.

Este Plan Estratégico pretende ser la guía de trabajo para entender los cambios necesarios, que afectarán desde la propia Administración Pública hasta la cotidianidad de los propios residentes, profesionales y familiares. Aplicarlo supone todo un reto, un ambicioso reto en pro de dignificar los cuidados y aumentar la calidad de vida de nuestros mayores.

Ante un reto tan novedoso, la evaluación como proceso de identificación, obtención y sistematización de información útil y descriptiva acerca del valor de las metas, la planificación, la realización y el impacto del plan, y a fin de servir de fundamentación para la toma de decisiones y salvar los obstáculos que surjan, se hace imprescindible.

Se realizará en cada una de las etapas de trabajo y afectará a todos los participantes, entendiéndose como un proceso continuo que se aplicará desde la puesta en marcha del plan y durante todo su periodo de vigencia, e incluso permaneciendo una vez implantado; en este sentido, cabe destacar que el personal técnico de inspección de centros y servicios del SEPAD se formarán debidamente a la para que los centros, formando parte activa de este plan estratégico. Por tanto, esto nos permitirá igualmente, evaluar los efectos secundarios o colaterales al plan. La evaluación tendrá en cuenta criterios cuantitativos y cualitativos y tendrá en cuenta los siguientes indicadores, entre otros:

- Cuantitativos de sujeciones iniciales y tras la formación en los centros participantes.
- Cuantitativos de participantes en cada formación.
- De impacto: referido al número de reseñas en medios de comunicación tras la presentación del plan.
- De recursos humanos, como número de personas asignadas a la consecución de las metas, número de bajas laborales referidas a movilización, etc.
- De coordinación entre administraciones públicas.
- De clima laboral.

La evaluación consistirá en la observación continua y la sistematización de los indicadores antes indicados por parte del Grupo Motor del plan, estableciendo reuniones periódicas para analizarlos y proponer alternativas de acción y tomas de decisiones, bajo la coordinación del Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía ya Atención a la Dependencia.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

- **Sujeciones:** Bajo la denominación “sujeciones o contenciones” se albergan una pluralidad de medidas. Si nos remitimos a la definición de la Organización Mundial de la Salud, entendemos la contención mecánica o física como la restricción de movimientos mediante métodos manuales o dispositivos físicos o mecánicos, sea material o mediante equipo conectado o adyacente al cuerpo del paciente que pueda sacar fácilmente.

Para el Programa “Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer” del que nos hemos enriquecido para diseñar este plan las definiciones de sujeciones físicas y químicas con las que siguen:

- **Sujeción física:** “Cualquier método físico aplicado a una persona que limite su libertad de movimientos, su actividad física o el normal acceso a cualquier parte de su cuerpo”
 - **Sujeción química:** “Uso inadecuado de sustancias psicotrópicas sedantes o tranquilizantes, para manejar o controlar una conducta molesta, que no tiene base en un desorden psiquiátrico diagnosticado. Se trata del uso de esos medicamentos para manejar un problema que tiene un tratamiento mejor.”
- **Tolerancia Cero:** El concepto hace referencia al objetivo general y meta de este plan, de consecución de total erradicación del uso de sujeciones en los centros residenciales mediante la involucración de todos los agentes implicados en los cuidados a través de un proceso de formación y concienciación.
 - **Modelo de Atención Centrada en la Persona:** Nos basamos en la definición dada por Teresa Martínez, quien afirma que, a pesar de no encontrar una definición consensuada del concepto, viene considerándose como un enfoque o filosofía que recoge un conjunto de valores por los que deben regirse la atención y los cuidados. Esta autora distingue tres acepciones que se complementan:
 - La Atención Centrada en la Persona como enfoque
 - La Atención Centrada en la Persona como modelo.
 - La Atención Centrada en la Persona como conjunto de intervenciones.

Lo desarrolla asegurando que se puede afirmar, como enfoque, cierto consenso en cuanto a los principios y valores rectores de la atención que se propone, partiendo estos de una visión determinada de la persona atendida, y que tienen que ver con el derecho a la autonomía, la atención global, la dignidad y los derechos inherentes, el respeto a la autonomía y a la capacidad que mantenga entre otros, situando siempre a la persona en el centro de todas las atenciones.

La Atención Centrada en la Persona supera el tradicional sistema asistencial basado en las enfermedades para reconocer el valor y la singularidad de cada individuo, y se centra en las capacidades, fortalezas y derechos. Un factor importante es la búsqueda de apoyos personalizados y únicos para promover la autonomía y la toma de decisiones.

Mantiene Teresa Martínez que las diversas acepciones conceptuales de la Atención Centrada en la persona afectan a los modelos que la describen, así como a las metodologías, actuaciones e intervenciones técnicas que la desarrollan. La Atención Centrada en la Persona debe ser concretada, y a lo largo de la redacción del Plan Estratégico “Deshaciendo Nudos por el Buen trato” desde el inicio del trabajo con el estudio de casos y situación individualizada en lo referente a caídas, la búsqueda de alternativas a las sujeciones basada en las preferencias del residente, etc. El proceso iniciado, por tanto, contribuye al cambio de modelo en los cuidados.

- Estadística de caídas: Estudio del número de caídas en el que se recoge de forma pormenorizada el número de caídas que se han producido en cada uno de los centros, registrando dónde y cuándo se han producido las mismas.
- Censo de residentes: Al igual que el concepto anterior es un instrumento diseñado para su uso en las primeras fases del plan, que contiene variables para el análisis básico de la situación de los centros en los que se actúa. Permite establecer indicadores de calidad del medio físico y del desempeño asistencia.

BIBLIOGRAFÍA Y WEBGRAFÍA

- Conferencia Española de Organizaciones de Mayores, CEOMA, *“Programa Desatar al Anciano y al enfermo de Alzheimer*. <http://ceoma.org/desatar> “
- Burgueño, AA. *“Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer”*, CEOMA, 2005
- Burgueño, AA, Iborra Marmolejo I. y col. *“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”*, 2016
- Burgueño, AA. *“Ámbito residencial: Malos tratos por la institución. Especial referencia al uso de sujeciones”*, 2018.
- Burgueño, AA. *“Falacias sobre sujeciones (contenciones) físicas”*, Dilemata nº. 19 (págs. 135 a 147), 2015
- Burgueño, AA. *“Análisis del uso de las restricciones físicas y químicas en personas mayores institucionalizadas”*, Agathos: Atención sociosanitaria y bienestar, nº. 1, 2003, (págs. 14 a 25)
- Burgueño, AA. *“Prevención Cuaternaria en Demencias: Excesos asistenciales en personas con demencia”*. Neurama, Vol. 2- nº. 1 (págs. 46 a 64). <http://www.neurama.es>
- Colegio Oficial de Médicos de Bizkaia. *“Manual para la aplicación y buen uso de medidas de restricción física en residencias de mayores”*. 2006
- Burgueño, AA. *“Atar para cuidar”*, 2008
- Sociedad Española de Geriátría y Gerontología: *“Documento de consenso sobre sujeciones físicas y farmacológicas”*, Comité Interdisciplinar de sujeciones, 2014.
- Martínez, T: *“La Atención Centrada en la Persona, un camino por recorrer*. En: <http://acpgerontologia.blogspot.com/2017/04/que-es-y-no-es-atencion-centrada-en-la.html> “
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. *“Plan Integral de Alzheimer y otras demencias”* (2019 -2023)
- Martínez, T. *“La Atención Centrada en la Persona. Enfoque y modelos para el buen trato a las personas mayores”*. Revista de Ciencias Sociales: Sociedad y Utopía, nº. 41, 2013 (págs. 209 a 231).

- Martínez, T y Sancho, M. “El futuro de los cuidados de larga duración ante la Covid19”, Informe España 2021.
- Vilá i Mancebo, A, Rodríguez, P y Dabbagh, VO (Coord.). “Derechos y deberes de las personas en situación de dependencia y su ejercicio en la vida cotidiana”, Colección Estudios Fundación Pilares, nº. 6, 2019

Referencias normativas, entre otras:

- Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948.
- Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, 2000.
- Carta Social Europea, 1961. Ratificada por España el 29 de abril de 1980.
- Constitución Española, 1978
- Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2006
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia.
- Leyes de Servicios Sociales de las diferentes Comunidades Autónomas y Ley 14/2015 de 9 de abril, de Servicios Sociales de Extremadura.
- 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.
- Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad.
- Instrucción 1/2022, de 19 de enero, de la Fiscalía General del Estado, 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 discapacidad.

Webgrafía, entre otras:

- <https://ceoma.org/desatar/>
- <https://www.imserso.es/>
- <https://www.segg.es/>
- <https://saludextremadura.ses.es/sepada/inicio>
- <https://www.fundacionpilares.org/>
- <http://www.acpgerontologia.com/>
- [https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/docs/Plan Integral Alzheimer Octubre 2019.pdf](https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/docs/Plan_Integral_Alzheimer_Octubre_2019.pdf)