



Antonio A. Burgueño

*Antonio Andrés Burgueño Torijano es médico, especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Actualmente, trabaja como médico de admisión y coordinación asistencial del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, donde se encarga de la coordinación con atención primaria. Dirige el **Programa Desatar al anciano y al enfermo de alzhéimer**, en cuyo contexto ha dirigido la investigación realizada en España, ha desarrollado planes de formación, guías divulgativas, protocolos de valoración y uso racional, estándares, y ha realizado intervenciones integrales en centros para ayudar a erradicar las sujeciones.*

Ha sido gerente y director médico de hospitales y director del Departamento de coordinación asistencial del Servicio Regional de Bienestar Social de Madrid.

Ha sido el investigador principal en el estudio de validación en España del RUG-III (Resources Utilization Groups, versión 3), herramienta de clasificación de personas dependientes por isoconsumo de recursos, así como varios estudios de prevalencia de uso de sujeciones físicas, y el pilotaje de implantación del RAI (Resident Assessment Instrument) en centros públicos de la Comunidad de Madrid.

Es especialista en acreditación de centros y servicios sanitarios y sociosanitarios por la Universidad de Valladolid y experto en sistemas de información sociosanitaria, calidad y formación.

El Dr. Burgueño se presta hoy a contarnos cómo va su Programa Desatar, algo que interesa mucho a nuestros socios, cuyo objetivo es siempre cuidar a su familiar con alzhéimer de la mejor manera posible.



Pregunta: El programa *Desatar al anciano y al enfermo de alzhéimer*, creado por usted, es un proyecto anhelado desde hace años y que ahora está alcanzando pleno éxito. ¿De cuándo data?, ¿por qué surgió?

Respuesta: La idea partió de una experiencia que tuve como director asistencial médico de todos los centros sociosanitarios públicos de ancianos de la Comunidad de Madrid. Ahí empezó mi preocupación al ver el



problema que había con la práctica de las sujeciones físicas y farmacológicas en personas mayores. Me interesé por los datos internacionales donde, en comparación con otros países, ocupábamos el n.º 1 en la aplicación de estas prácticas y, así, empezamos a ocuparnos de este asunto un grupo de profesionales, de esto hace ya 11 años, dando forma al proyecto hasta que se convirtió en el *Programa Desatar al anciano y al enfermo de alzhéimer*, en el año 2004, que llega hasta nuestros días.

P.- Actualmente, además de usted, como director, este programa está siendo impulsado por la Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA), ¿es así? AFALcontigo también tiene un papel en su génesis. Díganos cuál es.

R.- Sí, es así. El Programa se ha desarrollado bajo el paraguas de CEOMA, que nos pareció la organización que podía ampararlo mejor por ser de mayores en general, para que fuera totalmente independiente de las administraciones, de las sociedades médicas, etc. Y, desde los mismos orígenes, contamos con AFALcontigo, ya era presidenta Blanca Clavijo, quien aportó incluso a otras personas al Programa, como Rubén Muñoz o Margarita Retuerto, que era entonces Defensora del Paciente. Se creó así un grupo de trabajo de ámbito nacional en el que, por supuesto, estaba AFALcontigo, con la que siempre hemos mantenido una colaboración muy estrecha.

P.- ¿Cuando hablamos de atar, sujetar, a un mayor dependiente, ¿de qué estamos hablando exactamente?

R.- En el caso de las **sujeciones físicas** estamos hablando de la aplicación de cualquier método físico que impide el normal movimiento de la persona, o el normal acceso a cualquier parte de su cuerpo, mediante un dispositivo físico que la persona no puede quitarse con facilidad. Es una definición internacionalmente aceptada y nosotros la hemos hecho nuestra, naturalmente, para hablar el mismo lenguaje de todos. Cuando hablamos de **sujeciones químicas** nos referimos a

las que se realizan con medicamentos que tienen la capacidad de abolir la voluntad de la persona e impedir o restringir su normal desenvolvimiento, conductualmente hablando. El Programa trabaja para erradicar ese tipo de medidas en el cuidado de personas mayores o personas con demencia.

P.- ¿Está justificado en alguna circunstancia el sujetar a estas personas?

R.- La regla es que no. Nosotros estamos claramente convencidos, y contamos con evidencias para ello, de que la actitud tiene que ser de tolerancia cero con las sujeciones. Y, como en cualquier buena regla, hay una excepción que la confirma: aquellas situaciones realmente excepcionales en las que una persona altera su conducta hasta un grado en que resulta peligrosa para terceros o para sí misma de forma grave e inminente, en cuyo caso hay que reducirla y restringir su movilidad de forma drástica y aun violenta. En el caso de un enfermo con demencia ¿se dan estos casos? Pueden darse, de forma excepcional; normalmente, no lo veremos pero hay casos. Pero si sabemos prevenir las alteraciones conductuales, no surgirá siquiera esa necesidad. Estamos comprobando a través de los centros libres de sujeciones que se están logrando, que ni siquiera en ese caso excepcional se utilizan.

De modo que defendemos que la regla es no utilizarlas y la tolerancia profesional y familiar debe ser cero ante una medida que tiene consecuencias graves para la persona.

P.- Creo que muchas veces es la propia familia la que pide que se le practiquen sujeciones (cinturones, barandillas), por miedo a que se caiga. ¿Qué habría que decir a estos familiares?

R.- Hombre, descartando que se deba a una actitud perversa de la familia, por su interés propio, para

“Una pregunta que los familiares y los profesionales tienen que hacerse es cuánta seguridad es segura. Hay que buscar medidas alternativas y promover la movilidad de la persona. Apostar por esto es casi una cuestión filosófica.”

despreocuparse y estar tranquilos, que también se da en algunos casos, lo que hay que decirles es que no está demostrado que las sujeciones aporten ningún beneficio, que no sirven para prevenir caídas y, lo que es más importante, no sirven para prevenir los efectos más negativos de las caídas sino todo lo contrario, aumenta el riesgo de que las caídas que se producen tengan consecuencias más graves. Es necesario que las familias se informen bien de todo esto para que puedan hacer una valoración riesgo/beneficio de la aplicación de una medida tan nefasta, con evidentes efectos negativos. Las familias bien informadas y con una actitud adecuada, es decir que piensan en el beneficio de la persona dependiente, suelen estar a favor de no atar y eso es lo que estamos comprobando en los centros.

P.- Sin embargo, muchas veces las familias encuentran el apoyo de la residencia para la decisión de sujetar a sus familiares y hay aún muchas residencias donde se mantienen estas prácticas. Incluso se da el caso de que la residencia presenta a la firma, en el momento del ingreso, un documento en el que ya se incluye la autorización para el uso de sujeciones al residente.

R.- Desde luego que hay centros que, por conveniencia de la propia organización o a veces por ignorancia, consideran que estas medidas son adecuadas, es una forma de pensar heredada de antiguo. A esas organizaciones hay que decirles que no es cierto que las sujeciones sean imprescindibles. Puede que necesi-



ten reaprender o reinventarse como organización y como profesionales ante los problemas que presentan las personas que allí viven, como los de conducta o los riesgos de caídas, para saber manejarlos prescindiendo de las sujeciones, que es algo posible, nosotros lo hemos comprobado, y dejar de convencer a las familias de que son necesarias.

Obviamente, cuando una persona con una bata blanca te dice que una medida de estas es necesaria, en principio crees lo que te está diciendo, por eso los profesionales tienen la obligación de hacer una reflexión sobre estos usos y cambiar su discurso, porque la utilidad de una sujeción no se basa en evidencias científicas.

P.- Entonces, una persona que está atada, al soltarla, tiene un riesgo añadido de caída

R.- Sí. Aunque tengamos a una persona sujeta las 24 horas del día, en algunos momentos hay que soltarla para hacer una transferencia, de la silla a la cama, de la cama al sillón, etc. Simplemente en estos movimientos, una persona que lleva dos meses o más atada a diario, se caerá con mucha más probabilidad que antes de usar sujeciones y, además, con mucha más probabilidad de tener una consecuencia grave, como una fractura, con lo cual, aunque aparentemente la persona pueda parecer más segura, no lo está realmente. Una pregunta que los familiares y los profesionales tienen que hacerse es cuánta seguridad es segura porque, aparentemente, le damos mucha seguridad cuando la atamos pero que tiene un precio, no nos podemos olvidar de eso. Una persona mayor inmovilizada la mayor parte del día pagará un precio muy alto por esa supuesta seguridad, y lo pagará con su integridad física y mental. De modo que hay que buscar medidas alternativas y promover la movilidad de la persona. Apostar por esto es casi una cuestión filosófica.

En medicina tenemos un paradigma que es *la función hace al órgano*, de tal manera que si nosotros utilizamos nuestro cuerpo, los músculos, el

esqueleto,... esas estructuras estarán fuertes porque las estamos potenciando, pero si las dejamos de usar, si una persona mayor se deja de poner de pie el suficiente tiempo o deja de ejercitar los músculos de las piernas, en poco tiempo perderá esa capacidad. Tenemos miedo de que se caiga porque se puede quedar inválida en una silla pero es que, atándola, estamos seguros de que se va a quedar inválida; y eso hay que saberlo, no se puede ignorar.

P.- Estamos cansados de ver en muchas residencias la planta de «los casi todos atados y con sonda nasogástrica» porque si el enfermo sondado es todavía capaz de dirigir su brazo a voluntad, como la sonda es molesta, se la querrá quitar y, entonces, le sujetarán los brazos a la silla. ¿Qué me puede decir de esto?

R.- En ese caso hay implicadas dos cuestiones: la sonda y la sujeción. La alimentación por sonda está fuertemente cuestionada actualmente por la evidencia médica. Alimentar por sonda a una persona en estas circunstancias no tiene mucho fundamento médico, no cambia la esperanza de vida y es una medida drástica que sólo excepcionalmente sería justificable. Hay que detectar a las personas con riesgo de atragantamiento y con problemas de deglución. Con esto, la mayor parte llega a fases muy avanzadas de las enfermedades, en especial el alzhéimer u otra demencia, sin necesidad de ser alimentadas por sonda nasogástrica. Y si, finalmente, en la fase terminal de la vida, perdiera la capacidad de tragar, habría que cuestionarse seriamente hasta qué punto una sonda varía la esperanza de vida y la calidad de vida de esa persona. La evidencia dice que no se producen tales mejoras y que la sonda nasogástrica conlleva muchas complicaciones. O sea, en principio, lo que hay que hacer es evitar a toda costa tener a personas con sondas de alimentación.

Hay ya muchos centros en España donde no hay ninguna persona con sonda nasogástrica. Y, evitado eso,

evitas tener que atarla por eso. Y, aun así, si hubiera que usar una sonda en un caso extremo, también se pueden evitar las sujeciones con medidas alternativas. Lo importante para encontrarlas es tener en la mente que no toleramos las sujeciones.

P.- ¿Se ata más en el hogar o en la residencia?

R.- Respecto al hogar no tenemos muchos datos porque suele ser una práctica oculta a los profesionales y, desde luego a nuestro Programa. Pero, por datos recibidos indirectamente, creo que se ata más en las residencias, hasta el punto de que podría afirmarlo tajantemente. Esto es paradójico porque un centro residencial es una organización formada por profesionales del cuidado, que oferta sus servicios de atención a personas mayores o con demencia, y debería hacerlo bien.

En una casa, normalmente, quien cuida a un enfermo no es un profesional y se puede entender que los problemas le lleguen a superar y no sepa cómo resolverlos, y que recurra a medidas restrictivas para poder sobrellevar la sobrecarga del cuidado, para conseguir dormir, para intentar algo de normalidad en la vida familiar, como poder trabajar, llevar a los niños al colegio, etc. Pero en un centro profesional no es admisible ni comprensible que se recurra a las sujeciones, y menos en la medida en que se hace en nuestro país. Porque, además, se ha demostrado que no es cuestión de cantidad de recursos sino de calidad de los mismos; hemos demostrado que no es necesario disponer de más personal en los centros para poder cuidar sin usar sujeciones sino que se trata de aspectos organizativos, de contar o no con un diseño o adecuación de los espacios que provea de seguridad física pasiva a las personas que viven allí, estrategias que están al alcance de cualquier organización y que permiten evitar las sujeciones sin necesidad de más personal. Eso sí, tienen que ser profesionales motivados y preocupados por el manejo de los problemas y situaciones que los residentes presentan.



P.- ¿Cómo está España en esto de las sujeciones respecto a otros países avanzados?

R.- Como anticipábamos antes, ocupamos el n.º 1 en el ranking mundial en aplicación de sujeciones de entre los países de nuestro contexto socioeconómico y cultural. Aunque respecto a las farmacológicas estamos aproximadamente al mismo nivel de los otros países, aquí se usan más sujeciones físicas. Por eso, en los orígenes del Programa pensamos que eso era suficiente motivo para que en España hiciéramos algo específico para atajar este problema. En otros países no ha sido necesario un Programa Desatar y han llevado iniciativas que eran mucho más profesionales pero en España era necesario trabajar en el contexto social, cultural y profesional en que se produce este fenómeno.

P.- Algunas comunidades autónomas se han concienciado ya y están incorporando el concepto «libre de sujeciones» a su gestión.

R.- Sí. Como decía antes, ya existen en nuestro país varios centros libres de sujeciones, comprobados como tales. Eso requiere que los grupos residenciales a los que pertenecen tengan esa conciencia por lograr ese objetivo. En cuanto a las comunidades autónomas, hay iniciativas, tímidas todavía pero que nos lleva a pensar que intentan que se haga un uso limitado de sujeciones. Es el caso de Navarra, que limita su uso mediante un decreto foral muy garantista respecto de las personas que pueden ser objeto de sujeciones. No hace mucho entregamos una acreditación de Centro Libre de Sujeciones en Cantabria y la Consejera de Servicios Sociales, en sus declaraciones públicas, apuntó que en su Comunidad Autónoma se iba a hacer algo semejante. Esto va avanzando, con iniciativas diferentes en cada comunidad. En Cataluña, por ejemplo, el Servicio de Inspección está trabajando mucho en este tema. La Comunidad Valenciana también quiere hacer algo en cuanto a regulación normativa. Se va avanzando.

P.- Y de grupos residenciales, ¿nos puede dar algún ejemplo concreto?



R.- Sí. Es el caso de SANITAS Residencial, por ejemplo, que ha hecho una fuerte apuesta por erradicar las sujeciones en todos sus centros en España. Este grupo cuenta ya con cuatro centros comprobados como libres de sujeciones (dos ya acreditados, con su diploma entregado, y dos en proceso) y tienen en marcha centros que están a punto de serlo; esperan sumar unos 12 en este año. Y, así, piensan completar todos los demás. Cada centro parte de una realidad propia, cada uno necesita un tiempo diferente para lograrlo pero el empeño de SANITAS Residencial está claro. También La Saleta, en la Comunidad Valenciana, tiene dos centros acreditados y otros 3 o 4 pendientes de conseguirlo antes del próximo verano. Y hay centros no pertenecientes a grupos que están apostando por esto también, en Málaga, Granada, Madrid y Valencia.

P.- Debe de ser una gran satisfacción para usted contemplar cómo, después de tantos años de empeño personal, el proyecto se va haciendo realidad.

R.- Hombre, yo no he desatado nunca a nadie, el mérito lo tiene el profesional que se convence y decide desatar, no pueden poner en mi lápida «Antonio, el libertador» porque sería falso. Pero sí veo que la realidad que se va imponiendo me va dando

la razón, que no es poco. Nosotros promovemos el cambio hacia una actitud, basada en evidencias científicas y en conocimiento, que mueva a los profesionales a desatar pero ellos son los que lo hacen. Me satisface mucho comprobar que el Programa Desatar ya tiene a punto su certificado de defunción, sólo a falta de la firma, debido a que ya no sea necesario. Esto será un hecho dentro de, aproximadamente, un año y medio, cuando se llegue a una inercia en la incorporación de centros libres de sujeciones y el Programa ya no haga falta ni siquiera como discurso.

P.- Y ¿cuál es la opinión en todo esto de la Sociedad Española de Médicos de Residencias (SEMER)?, ¿no sería importante su adhesión a esta forma de ver las cosas?

R.- Sería muy importante que SEMER —pero también otras, como la SEGG o cualquier otra relacionada con el cuidado a los mayores— se posicionara por escrito respecto al uso de sujeciones, como lo hacen en otras sociedades profesionales de otros países.

Hemos tenido aproximaciones a los profesionales del sector pero hemos notado reservas, tal vez porque nos estén percibiendo como un elemento hostil que, de alguna manera, intenta condicionar sus decisiones. Pero



lo que intentamos es poner sobre la mesa evidencias, demostraciones claras de que se pueden hacer las cosas bien sin sujeciones y pedimos que se actúe en consecuencia. No pretendemos forzar la decisión del profesional pero está claro que dejar que todo el mundo haga lo que quiera nos ha llevado en la práctica, en España, a un uso claramente excesivo de las sujeciones y parece lógico entender que todos tendríamos que estar interesados en corregir esto.

Nosotros nos pusimos bajo el paraguas de CEOMA precisamente para conseguir la independencia en nuestra labor incluso de los profesionales del sector pero, una vez reunidos suficientes datos, conclusiones y evidencias, los profesionales de cada Sociedad se tienen que posicionar a través de un documento escrito que sirva de referencia para todos ellos, de forma que cuando alguien ejerza su oficio en este ámbito, sepa que existe un posicionamiento de la profesión respecto del uso de sujeciones, lo pueda leer y tomar como referencia en su trabajo.

P.- ¿Qué cree que está condicionando la decisión del médico que prescribe sujeciones?

R.- Hay varios factores. Lo que más condiciona a un médico —y por eso sería bueno contar un posicionamiento oficial— es el temor a que el residente sufra un accidente, se caiga y eso tenga consecuencias legales para él. Asimismo, le condiciona, si se da este caso, la presión de aquellos familiares que desean que les dejen tranquilos una vez que ingresaron a su pariente en una residencia. También la actitud

de los demás profesionales del centro o la del propio director del establecimiento o del grupo al que éste pertenece; y la misma estructura del centro, que puede no ser un espacio adecuado para que la gente se desenvuelva con seguridad. La decisión del médico no es, entonces, estrictamente médica, que sería lo ideal, sino que se vería influenciada por muchos factores que le llevarían a prescribir sujeciones. De alguna manera, es una respuesta natural, porque uno tiene que intentar sobrevivir allí donde trabaja, pero si se pudiera contar con referencias más claras desde fuera, tanto jurídicas como de los servicios de inspección, como el posicionamiento de una Sociedad y que, en su conjunto, definieran la conveniencia de evitar las sujeciones, los profesionales tendrían un referente claro a la hora de tomar estas decisiones.

P.- La crisis económica actual y sus consecuencias sobre los trabajadores está dando lugar a que cada vez más familias renuncian a tener a su mayor en una residencia y se ven obligadas a cuidarlo en el hogar. ¿Cree que esto aumentará la bolsa del maltrato?

R.- En el momento en que un no profesional se ve forzado por las circunstancias a cuidar a un enfermo complejo, como es el caso de la demencia, el riesgo de maltrato es mayor. Una de las claves del maltrato, entiendo yo, es no conocer bien el problema al que te enfrentas, ese caso podemos encontrarlo también en los centros, por eso es muy importante la formación de las personas que se van a dedicar a cuidar. Si mejoramos la formación de los profesionales en los centros y de los cuidadores familiares, y les ayudamos a conocer la demencia, su proceso, sus estadios, sus manifestaciones, sus síntomas conductuales, disminuiríamos el maltrato. Hay una vertiente del mismo que se debe a la ignorancia, que genera falta de control del cuidador sobre lo que le ocurre a la persona. El no ser solvente para resolver esos problemas de forma adecuada y oportuna, desgasta moralmente, quema al cuidador en un proceso angustioso y cons-

tante y, sobre todo después de mucho tiempo de cuidar, se desgasta tanto que se despersonaliza, desarrollando determinados perfiles psicológicos. Si añadimos al cuadro problemas económicos, se puede llegar a encontrar en una encerrona insoportable que aumente el riesgo de algún maltrato, simplemente por desesperación.

P.- Bueno, en AFALcontigo prestamos apoyo constante a las familias que se acercan a nosotros y que son excelentes cuidadores pero, claro, nosotros tenemos sólo 4.000 socios en una comunidad en que hay unos 80.000 enfermos con demencia, no sabemos cómo les va al resto.

R.- Lo que pasa es que en España no somos aficionados al asociacionismo. Hay demasiados afectados que no recurren a las asociaciones, y eso es un problema porque hay que reconocer que son un gran apoyo para las familias.

P.- Por último, ¿qué le puede aconsejar a las familias a la hora de decidir entre seguridad y libertad?

R.- Repetiría esa frase que antes he dicho: ¿Cuánta seguridad es segura? Y si, finalmente, pensáramos que puede haber un empate entre las ventajas y los inconvenientes de atar a una persona a la que se está cuidando, se debe hacer una valoración más allá de lo estrictamente técnico, llegando a lo humano. Debemos ponernos en el lugar de la otra persona y contestar a la preguntas: ¿a mí me gustaría vivir atado?, ¿me gustaría tener más seguridad a cambio de prescindir de mi libertad?; eso en vez de usar una doble moral de para mí sujeciones no, pero sí para los demás. ¿Escogería yo vivir en un centro libre de sujeciones o en uno que sí las utiliza? Pues apostemos por eso también para nuestros familiares porque también existe una valoración moral del uso de ataduras. ¿Es éticamente aceptable aplicar sujeciones físicas sobre una persona, a sabiendas de que su beneficio es muy dudoso y, sin embargo, sus perjuicios son bien conocidos? Pues apliquemos nuestras propias respuestas. ■

M.ª Jesús Morala del Campo

