GUÍA

PARA PERSONAS MAYORES Y FAMILIARES

GUÍA PARA PERSONAS MAYORES Y FAMILIARES

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

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

Fundación IBERDROLA

CEOMA Confederación Española de Organizaciones de Mayores

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

Programa «Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer»

Fundación IBERDROLA

CEOMA Confederación Española de Organizaciones de Mayores

GUÍA

PARA PERSONAS MAYORES Y FAMILIARES

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

Programa «Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer»

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

Fundación IBERDROLA

CEOMA
Confederación Española de Organizaciones de Mayores

Patronato de la Fundación Iberdrola

Presidente: D. Íñigo de Oriol Ybarra

Vicepresidente: D. Javier Herrero Sorriqueta

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

Secretario: D. Federico San Sebastián Flechoso

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

Depósito legal: B-41.705-05
Diseño y producción editorial: Cifra (www.cifra.cc)
Ilustraciones: Begoña Chezz
Impresión: Aleu (Sagrafic, plaza Urquinaona, 14, 7.º 3.ª, 08010 Barcelona)

Impreso en España - Printed in Spain

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

Índice

Prólogo 7

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

Prólogo

ÍÑIGO DE ORIOL YBARRA
Presidente de la Fundación Iberdrola

Según los expertos, en muchas instituciones y residencias donde se cuida a personas mayores y enfermos de Alzheimer en España, se da un uso elevado de sujeciones, tanto físicas como químicas. Si se observan únicamente las sujeciones físicas, vemos que el uso es significativamente superior al de países con una posición socioeconómica comparable a la nuestra.

Los mismos expertos aseguran que el uso de determinadas sujeciones en personas mayores y enfermos de Alzheimer es poco recomendable, pues existen contundentes evidencias de sus efectos negativos para quienes las padecen. Al mismo tiempo, también es demostrable que su uso puede reducirse significativamente si organizamos bien los cuidados, formamos a los profesionales, adecuamos el entorno físico y psicosocial y aplicamos un correcto baremo en lo referente al riesgo de caídas y problemas de conducta.

Ante esta realidad, la Fundación Iberdrola decidió apoyar el programa «Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer», que ha desarrollado la

Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA). Con un proyecto sólido y realista, y con la participación de distintos expertos en cuidados a personas mayores y enfermos de Alzheimer y en malos tratos, hemos conseguido:

- Un denso trabajo de revisión sobre el fenómeno de las sujeciones en otros países, muy válido para aprender y deducir lo que puede hacerse en España.
- Un estudio sobre el uso actual de sujeciones en España, a través de la información que los mismos centros han facilitado.
- Un estudio sobre la percepción de la sociedad y de los profesionales sociosanitarios acerca del uso de sujeciones, ya que es conocido que la mentalidad y las actitudes de las partes implicadas influyen significativamente en dicho uso.
- Intervenciones directas en centros y residencias para elaborar un diagnóstico minucioso de la realidad de esas organizaciones y sus resultados, a fin de poder asesorar racionalmente.
- En esos mismos centros, y para el conjunto de trabajadores de corporaciones y asociaciones participantes en el proyecto, se ha promovido la formación basada en evidencias y protocolos de manejo de los problemas relacionados.
- Un sitio web que pretende ser el soporte telemático del programa «Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer», para facilitar el acceso a información de sus colaboradores, así como de las familias y los interesados en general.

Este proyecto representa un paso más en un largo camino que debe culminar en la reducción, a su mínima expresión posible, del uso de sujeciones, mejorando la calidad de vida de las personas mayores dependientes y los enfermos de Alzheimer, proporcionándoles mayor autoestima, autonomía y dignidad.

Desde la Fundación Iberdrola hemos querido contribuir a que los ciudadanos más vulnerables disfruten del mayor grado de bienestar posible en el contexto esbozado; esta GUÍA PARA PERSONAS MAYORES Y FAMILIARES pretende ser una herramienta fácil y accesible para conocer la realidad del problema, las actitudes que la favorecen y también las que ayudan a cambiarla.

Mi más sincera enhorabuena a CEOMA y a los profesionales y organizaciones que han participado en este proyecto por los resultados que hemos obtenido.

Espero que la lectura de esta guía le sea amena, ilustrativa y, sobre todo, útil.

1

El programa «Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer»

El programa «Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer» es una iniciativa encaminada a conseguir que las personas mayores y enfermos de Alzheimer, o personas con demencia de otra causa, vivan libres de sujeciones de cualquier tipo y en cualquier lugar o momento.

El programa está promovido por la **Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA)**, para lo cual ha conseguido ayudas y colaboraciones, entre las que hay que destacar la aportación de la **Fundación Iberdrola.**

CEOMA se constituyó en 1999 ante la necesidad del mundo de los mayores de agrupar el disperso y fragmentado movimiento asociativo en una plataforma de más amplia representación, para una mejor y más eficaz defensa de sus intereses. En la actualidad representa a 33 federaciones y asociaciones nacionales y autonómicas con más de un millón de asociados.

Este programa quiere promover el uso racional de todo tipo de sujeciones y, para ello, cuenta con un grupo de expertos capaces de:

1. **Definir el problema e investigar sobre él.**
2. **Informar y educar a los agentes interesados.**
3. **Formar a profesionales.**
4. **Dar soporte técnico y asesoramiento a organizaciones.**

Todo ello sobre una base de: sistemas de información, estándares validados, conocimientos especializados, guías, protocolos y cursos, y divulgando el compromiso de organizaciones y centros con el uso racional de restricciones.

Con esta guía, el programa «Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer» quiere dar a los afectados y a sus familias las herramientas adecuadas de protección frente a **una práctica en principio poco recomendable y muchas veces evitable**, y propiciar de este modo una mentalidad adecuada.

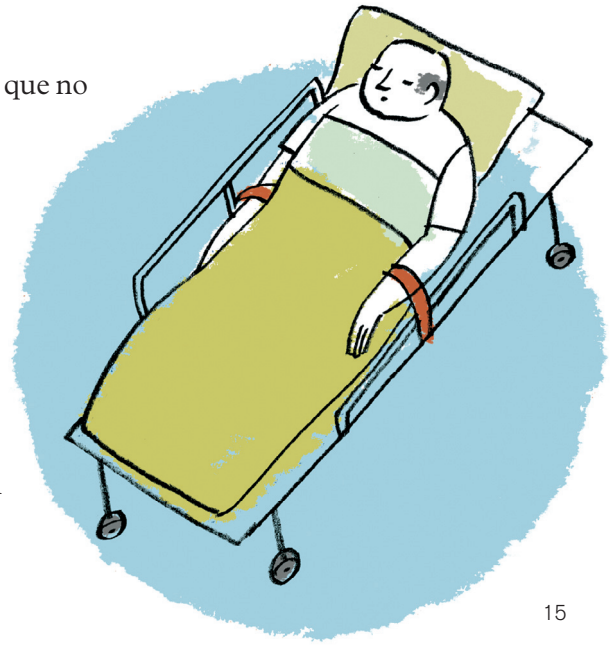
2 ¿Qué se entiende por sujeción física y sujeción química?

Cuando nos referimos a una **sujeción física** estamos hablando de: cualquier método aplicado a una persona que limite su libertad de movimientos, la actividad física o el acceso a cualquier parte de su cuerpo, y del que la propia persona no puede liberarse con facilidad.

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

3 Evidencias sobre el uso de sujeciones

- Existe un excesivo uso de sujeciones físicas en residencias.
- Asimismo, existe una prescripción muy elevada de fármacos psicotrópicos.
- Su uso es muy dispar, lo que no está justificado desde el punto de vista clínico.
- Las personas con demencia están mucho más frecuentemente sometidas a ellas.
- La mentalidad y actitud son claves para que dejen de usarse.



- Las sujeciones son un problema para quienes son objeto de ellas.
- Siempre se esgrimen razones de seguridad para los enfermos, muchas veces por cuestión de conveniencia de los cuidadores.
- La formación y asesoramiento a organizaciones y residencias pueden cambiar esta realidad.

¡Advertencia! **A pesar de que existe un uso elevado de sujeciones físicas y de fármacos psicotrópicos en España, muchos centros que han sido objeto de nuestro estudio ofrecen un uso muy racional. En realidad, y eso queremos ponerlo aquí de manifiesto, el hecho de que muchos centros españoles hayan colaborado con el programa «Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer» nos ha ayudado a arrojar luz sobre esta problemática y a conseguir un compromiso muy satisfactorio por ambas partes.**

Sujeciones físicas. Según nuestro reciente estudio, existe un 25% de personas mayores dependientes, que viven en residencias, y que son sometidas a sujeciones físicas. En algunos centros el porcentaje es del 7% , pero en otros roza el 90%. De ello se deriva que el uso de sujeciones físicas en España es, y ha sido en los últimos lustros, muy superior al de otros países de nuestro entorno socioeconómico (ver la tabla comparativa siguiente).

PORCENTAJES DE USO DE SUJECIONES FÍSICAS EN 8 PAÍSES

	Dinamarca	Francia	Islandia	Italia	Japón	España	Suecia	EE. UU.
%*	2,2	17,1	8,5	16,6	4,5	39,6	15,2	16,5

Extraído de la revista *Age and ageing* (1997).
*Porcentaje de residentes que son sometidos a algún tipo de sujeción física, diaria y no diariamente.

Si tenemos en cuenta a los residentes con demencia, ya sea por Alzheimer o por otra causa, la proporción de los que se ven sometidos diariamente a sujeciones se eleva a más del 60%. De estas cifras se deduce que en España la problemática es especialmente notable.

Las personas sometidas a sujeciones físicas se enfrentan a una pérdida de autonomía, dignidad y autoestima.

Que las sujeciones físicas son un problema para quienes son objeto de ellas (ver la tabla siguiente), es una evidencia científica, admitida en todos los países y por todos los profesionales sanitarios. Quizá ésta sea una asignatura pendiente de algunos de los profesionales españoles, a pesar de la abundante documentación que existe sobre el tema.

EFECTOS DOCUMENTADOS DEL USO RUTINARIO DE SUJECIONES FÍSICAS EN PERSONAS MAYORES

Físicos	Psicológicos
• Úlceras por presión	• Miedo/pánico
• Infecciones	• Vergüenza
• Incontinencias (urinaria y fecal)	• Ira
• Disminución del apetito	• Agresividad
• Estreñimiento	• Depresión
• Pérdida del tono muscular	• Aislamiento social
• Atrofia y debilidad	• Retiro/apatía

Las sujeciones físicas están relacionadas con un **mayor riesgo de caídas** y con que éstas tengan como consecuencia lesiones de más gravedad.

Sujeciones químicas. Entre un 50% y un 100% de las personas mayores dependientes que viven en residencias consumen medicamentos psicotrópicos a diario y por largos periodos de tiempo. Este dato resulta muy negativo si tenemos en cuenta los efectos secundarios y altamente perjudiciales de estos medicamentos. En muchos de estos casos se puede asegurar que dichos medicamentos se usan como sujeciones químicas.

Existen estudios médicos que evidencian que, en enfermos de Alzheimer, muchos de esos tratamientos podrían suspenderse sin temor a que por ello surjan problemas, usando o no medidas alternativas.

Los fármacos psicotrópicos ocasionan en todos los casos riesgos para las personas mayores, y deben administrarse de forma limitada y muy controlada. En la siguiente tabla se detallan los efectos conocidos de dichos medicamentos.

EFECTOS POTENCIALES DOCUMENTADOS DEL USO DE FÁRMACOS PSICOTRÓPICOS TRANQUILIZANTES EN PERSONAS MAYORES

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

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

Las sujeciones son medidas que suponen claros riesgos e inconvenientes previsibles para las personas sometidas a ellas, que pueden afectar gravemente su salud, independencia y calidad de vida.

4 Aspectos éticos y legales

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

Tampoco existen **referencias legales** específicas, si bien las sujeciones son algo que vulnera un derecho fundamental, como es el derecho a la libertad.

Utilizadas en exceso o de forma inadecuada, las sujeciones pueden ser interpretadas como una

forma de «abuso», «negligencia» o «maltrato», supuestos que sí pueden ser perseguidos legalmente, aunque con dificultades.

Acerca de estos aspectos éticos y legales, nuestro grupo de trabajo ha comprobado y confirmado que existen grandes vacíos burocráticos y dificultades técnicas para proteger a las personas que son objeto de las prácticas de sujeción. Las diferentes respuestas que se dan por parte del sistema judicial español, al **no haber unidad de criterios por parte de jueces y fiscales**, corrobora tal confirmación. Se han propuesto fórmulas para unificar criterios, que esperamos que se puedan ver pronto en la práctica.

Para el programa «Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer», las personas dependientes tienen derecho a vivir libres de las sujeciones usadas por conveniencia o disciplina.

5 Las circunstancias de las sujeciones

Las sujeciones se dan en diferentes circunstancias, que deben ser tenidas en cuenta a la hora de juzgar si se trata de un uso más o menos racional. Así, hay diferencias entre:

- Utilizarlas en casa o en un centro.
- Que las utilicen familiares o profesionales.
- Que sean empleadas de forma limitada y poco restrictiva o de forma sistemática y sin reservas.
- Que se empleen por la necesidad del mayor o enfermo, o bien por la conveniencia de quien las impone o de un tercero.
- Que se utilicen por ignorancia o por disciplina.

¿Por qué suelen usarse?

Suele afirmarse que se usan **para evitar accidentes** a las personas con riesgo de caerse, extraviarse o acceder a algunos lugares u objetos peligrosos, o bien a los enfermos que tienen una conducta

agresiva que puede suponer peligro para sí mismos o para terceros, pero la realidad es que **frecuentemente también se usan por conveniencia** de quienes deben cuidar de los pacientes.

¡Cuidado! **En el caso de los enfermos de Alzheimer, los profesionales de los centros afirman muchas veces que se usan porque lo solicitan las familias. Esto es muy discutible, ya que las familias piden seguridad, y si entienden que no hay otra forma de garantizarla piden sujeciones. En la mayoría de los casos lo hacen sin conocer los efectos de las mismas, sin saber que existen alternativas válidas, y sin saber que los centros y sus profesionales deben ser capaces de garantizar la seguridad y de controlar los riesgos sin usar medidas restrictivas que afecten a la calidad de vida del enfermo y a sus capacidades. Es posible evitar riesgos con medidas distintas a las sujeciones.**

Muchas veces es cuestión de que el personal asuma otras alternativas y se sienta respaldado por la actitud de la familia.

- **Si los centros y sus profesionales temen denuncias de las familias** por caídas u otros accidentes, proponen las sujeciones como medida de seguridad para evitarse problemas.

- **Las residencias que no están adecuadas** para dejar mover con seguridad a los pacientes que lo necesitan, fuerzan a su personal a sujetar a esos residentes cuando no pueden vigilarles.

- **Los centros que no cuentan con espacios físicos seguros,** tanto en las habitaciones y baños como en pasillos y salas de estar, se ven abocados a usar más sujeciones.

- **Las residencias que no garantizan la tolerancia** de los trabajadores, de otros residentes y de las familias hacia el comportamiento crítico de algunos pacientes, son residencias susceptibles de usar más sujeciones. La tolerancia es la clave de la convivencia en cualquier lugar.

En casa se usan también sujeciones físicas y químicas. En algunos casos, hipnóticos o inductores del sueño para garantizar por la noche el descanso necesario del enfermo y de los cuidadores. En enfermos dementes con problemas de conducta, se usan antipsicóticos u otros tranquilizantes para hacer soportable el día y evitar riesgos.

Las sujeciones físicas se usan más cuando los familiares no están en el domicilio. Hay que decir que cuidar a ciertos enfermos en casa puede ser complicado, ya que éstas no suelen estar adaptadas a sus dificultades, y no se cuenta con el suficiente apoyo humano. En cualquier caso, los familiares deben preocuparse por evitar la excesiva postración e inmovilismo de los enfermos, aunque ello les pueda llevar a situaciones de mayor dependencia y riesgo de caídas graves. Hay que usar de forma adecuada los fármacos y limitar al máximo las sujeciones físicas.

Según el personal médico de algunos hospitales, las sujeciones, tanto las físicas como las químicas, se utilizan para garantizar los tratamientos necesarios. En los centros hospitalarios se cuestiona menos este asunto, ya que la persona mayor o el enfermo de Alzheimer suele estar recibiendo tratamientos o controles que pretenden garantizar su supervivencia sin graves complicaciones, pero incluso en los hospitales pueden evitarse las sujeciones en muchos casos.

¿Quién tiene más riesgo de padecerlas?

Las personas mayores dependientes son quienes más las padecen. El mayor riesgo es para aquellos enfermos con deterioro cognitivo, principalmente los enfermos de Alzheimer (los momentos de mayor riesgo para estos enfermos son: el ingreso reciente en un centro, los traslados de ubicación física, los cambios de personal y las pérdidas de familiares cercanos o personas de referencia). En síntesis, se usan en personas que necesitan mucha ayuda o vigilancia, y en aquellas que son más difíciles de dominar (ver el siguiente cuadro).

FACTORES DE RIESGO	
• Deterioro cognitivo	• Uso de medicamentos tranquilizantes
• Deterioro funcional físico	• Pobreza
• Edad avanzada	• Desarraigo familiar
• Conducta inapropiada (por riesgo de caídas)	• Necesidad de cuidados instrumentales

Es muy probable que las personas que consumen medicamentos tranquilizantes con fines restrictivos (sujeciones químicas) acaben sometidas a sujeciones físicas.

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

¿Cuándo y dónde se usan?

Dondequiera que se cuide a una persona mayor dependiente, y especialmente a una persona con enfermedad de Alzheimer o cualquier demencia de otra causa, se pueden ver sujeciones.

Se suelen usar con más frecuencia, tanto en centros como en casas particulares, cuando no hay disponibilidad de personas para vigilar o atender a los enfermos.

En el programa «Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer» consideramos que en **el uso de sujeciones es menos aceptable** en los centros y servicios para personas mayores dependientes y enfermos con demencia que en los domicilios particulares, ya que estas residencias no sólo han de ser capaces de cuidar a esas personas, sino que deben estar preparados para hacerlo bien y con garantías, y tienen que contar obligatoriamente con los recursos necesarios para hacerlo.

En dichos centros, las sujeciones físicas se usan en los momentos de mayor trabajo del personal de atención directa, es decir, en el momento de levantar a los residentes, durante los desayunos, las comidas y las cenas, al acostar a los pacientes y, en general, durante toda la noche, pues suele ser el turno peor dotado de personal. Las sujeciones se usan sobre todo en la cama y en los comedores, aunque también en las salas de estar, donde puede permanecer el residente cuando no hay personal vigilando. En cierto modo, se nos muestra

que **se trata de un uso relacionado con deficiencias de los centros y su organización, más que con las condiciones de los residentes**. Se usan pues, sobre todo, en relación con los horarios de las principales tareas del personal de atención directa, si bien pueden terminar usándose a cualquier hora, pues siempre acaban surgiendo otras circunstancias en que les conviene hacerlo.

Esos establecimientos no sólo han de ser capaces de cuidar a esas personas, sino que deben estar preparados para hacerlo bien y con garantías.

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

Ante estos hechos, tal como hemos ido recordando a lo largo de nuestro estudio, es necesario que las personas dependientes, tanto por edad como por enfermedad mental, tengan derecho a vivir libres de sujeciones, sobre todo cuando éstas son utilizadas por la conveniencia de los cuidadores o por la disciplina de los centros. Tanto en los casos en que el mayor se valga por sí mismo como en los que sea dependiente de sus familiares o del personal sanitario, es primordial la defensa de sus derechos.

6 Actitudes

Partiendo de la base de que la actitud se forja a partir de conocimientos, experiencias y sentimientos, revisaremos las distintas actitudes que influyen de forma determinante en el uso de sujeciones.

Para actuar de una forma u otra respecto a la sujeción, hay que tener en cuenta el estado mental o intelectual del paciente.

Actitud y mentalidad de los interesados directos

Las personas mayores que conservan en perfecto estado su intelecto pueden ser convencidas de que les conviene ser sujetadas para evitar problemas o riesgos, pero también suelen aceptarlo **aquellos que tienen mucho miedo**, un miedo irracional a caerse, por ejemplo, o a autolastimarse. Los profesionales deben saber qué hacer especialmente con las personas mayores que sufren estos temores para evitar un inmovilismo que las puede anular funcionalmente,

por ejemplo procurando que se mantengan activos, ya que de ese modo pueden eludir las sujeciones. Salvo en los casos mencionados (y, en especial, en los de miedo extremo), es más difícil que las personas mayores acepten las sujeciones de buen grado. Los pacientes con demencia, son quienes más frecuentemente son sometidos a sujeciones y aunque en muchos casos no pueden expresar lo que piensan, es fácil observar si las aceptan o rechazan. **En general se trata de medidas poco aceptadas por los afectados.**

La actitud de los familiares

Respecto a las actitudes de las familias, muchas veces dependerá de la información de que dispongan al respecto del tema y de la forma en que afronten el problema.

La actitud de las familias se forja a través de la experiencia de cuidar al enfermo, del aleccionamiento que reciben por parte de algunos profesionales (que, en ocasiones, les convencen de que las sujeciones son inevitables en ciertos casos), de la experiencia de ver lo que se hace en las residencias y de sus propios sentimientos sobre su ser querido. La sociedad española en general, según ha quedado mostrado en estos estudios, confía mayormente en la decisión o indicación de los médicos a la hora de usar sujeciones o cualquier otra medida, lo cual en principio debería ser lo acertado, si bien también resulta recomendable leer más adelante el apartado de «La actitud de los profesionales sanitarios» para comprender los matices.

Lo que, a nuestro entender, le puede faltar a algunos familiares para forjarse una actitud adecuada respecto a las sujeciones, es **una información completa**, es decir conocimientos sobre el uso de las mismas (motivos, consecuencias, etc.), algo que pretende aportar esta guía.

La actitud social

En el programa «Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer» trabajamos con las siguientes hipótesis:

1 **La sociedad española es más tolerante que otras respecto al uso de sujeciones.**

2 **En nuestro país se confía más ciegamente en las decisiones de los médicos que en otros países.**

Esta hipótesis debe ser, sin duda, comprobada mediante estudios adecuados. En general, **hay una opinión acerca de lo que es una residencia** y cómo es la vida en ella **que está alejada de la realidad**. Por una parte, se considera que es una alternativa a la casa propia y, por otra, se cree que las personas mayores y enfermos de Alzheimer deben vivir en ellas sin ningún tipo de riesgo. También hay muchas personas que piensan que las residencias deben ser centros donde reine una continua armonía, a pesar de ser lugares donde conviven muchas personas con problemas físicos y mentales. Lo cierto es que las residencias son centros donde se dan problemas de convivencia, y donde, a pesar de estar especialmente diseñadas y contar con medidas de seguridad, las personas que se mueven libremente por ellas corren algunos riesgos.

A pesar de que muchos piensan que en las residencias reina la armonía, en ellas se dan muchos problemas de convivencia.

La actitud de los profesionales sanitarios

Para los profesionales, la cuestión no es diferente, y su actitud no sólo depende de sus conocimientos, sino también de sus experiencias y sentimientos.

Si se les pregunta, los profesionales suelen estar en contra de las sujeciones, pero hemos comprobado que esta actitud se debe más a cuestiones éticas que a una valoración técnica, pues, por otro lado, consideran las sujeciones como medidas muchas veces recomendables e inevitables, en muchas ocasiones, 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, y, sin embargo, hemos observado que se trata de la medida de primera elección en las residencias y hospitales. Pero sí existen suficientes evidencias científicas de que son medidas poco recomendables, dados sus efectos: el aumento del riesgo de caídas y el empeoramiento de los problemas de conducta.

Cuando se explora con detenimiento los motivos reales para usar sujeciones se descubren otros que nada tienen que ver con proteger a los enfermos. Una de las razones más importantes por las que los profesionales y directores de centros usan las sujeciones es la de evitar a toda costa los conflictos que tienen con las familias a causa de las caídas, accidentes, agresiones o lesiones por problemas de convivencia que puedan sufrir los residentes; de este modo se protegen a sí mismos.

La actitud de los médicos

En muchas ocasiones, la propia familia asume que no puede dominar al enfermo o que no puede evitar que sufra accidentes. Y entonces acude a los médicos, delegando en ellos la responsabilidad. Pero los médicos, en realidad, tienen limitados los recursos con los que minimizar los riesgos y controlar los desordenes de comportamiento. Para responder a un conflicto de ese tipo, pueden hacer dos cosas: una, negarse a aplicar medidas restrictivas y seguir soportando la presión, obligando a todos a asumir riesgos y problemas; la otra, prescribir medidas restrictivas, les guste o no... He ahí el dilema.

En las residencias es frecuente que exista una norma según la cual ha de ser el médico quien prescriba las sujeciones, pero sería ingenuo pensar que las prescribe sólo cuando las considera imprescindibles desde el punto de vista médico.

Si el personal o la familia trasmiten que el enfermo plantea problemas graves o que no pueden garantizar su seguridad, las medidas restrictivas se verán como inevitables.

La actitud de los médicos ante la responsabilidad de indicar esas medidas suele ser la de informar a la familia, pero muchas veces se hace de una forma sesgada o limitada. Suelen hablar de los riesgos observados en el enfermo y de lo inevitable que es aplicar las sujeciones, sin informar de otras alternativas existentes ni de los efectos negativos que pueden tener esas sujeciones.

La actitud del personal de atención directa

Éste es el colectivo con más cargas de trabajo, con más riesgo de hartarse de su tarea y con una situación laboral más inestable. También es el personal de cuidados con menor cualificación.

En nuestros estudios se ha puesto en evidencia que el personal de atención directa conoce muy pocas alternativas a las sujeciones para manejar riesgos de caídas y problemas de conducta, debido a que no las usan en su trabajo rutinario y a que desconocen sus ventajas.

Sin embargo, estos trabajadores son quienes más a menudo proponen las sujeciones en sus distintas modalidades y situaciones, ya que son ellos los que, con sus escasos recursos, deben enfrentarse a los problemas concretos del cuidado de los residentes. Si el equipo técnico de un centro (médico, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, enfermería, trabajador social, psicólogo, etc.) no es capaz de manejar eficientemente el riesgo de caídas y prevenir los problemas de conducta, los profesionales de atención directa no podrán garantizar la seguridad en todo momento, y presionarán para que se apliquen sujeciones.

Estos profesionales suelen defender que las sujeciones son medidas convenientes y necesarias, ya que no quieren tener problemas si se

producen accidentes, y consideran las sujeciones como el método más seguro. Muchos miembros del personal de acción directa, al ser entrevistados, afirman que si no se sintieran presionados por sus jefes y las familias, serían más partidarios de evitar muchas de las sujeciones que utilizan.

La actitud de los directores de las residencias

Los directores suelen dar una gran importancia al uso de sujeciones y a la incidencia de las caídas, si bien es cierto que suele ser debido a que les interesa estar informados para relacionarse adecuadamente con las familias.

En general, suelen decir que las sujeciones deben estar bajo el control y la prescripción del médico del centro, y creen que de ese modo el tema está cerrado. Convencidos de que los médicos nunca prescribirían una sujeción evitable, muchas veces los presionan en el sentido de que hagan algo para resolver los conflictos con el personal de atención directa y con las familias, y para que solucionen problemas de convivencia provocados por residentes dementes. De este modo, en realidad, los están induciendo a usar sujeciones.

Con más motivo aún que el resto de los trabajadores del centro, los directores tratan de evitar conflictos con los familiares de los residentes, y si las sujeciones son útiles para eso, serán partidarios de su uso. Hasta ahora, las caídas y los problemas de convivencia les generan más conflictos con las familias que el uso de sujeciones, aunque cada vez son más las familias que se quejan del abuso de las sujeciones, tanto físicas como químicas.

7 Materiales y sustancias usados para la sujeción

Existen muchas formas de aplicar sujeciones a las personas mayores y enfermos de Alzheimer, no todas conocidas por los expertos del programa «Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer».

Las más convencionales, en cuanto a **las sujeciones físicas** se refiere, son los cinturones en sillas y camas, cada vez más homologados. En muchos centros, son los propios residentes o sus familias quienes han de adquirir estas sujeciones, lo que significa que han de ser necesariamente informados de su uso.

Existen otras formas de sujeción, más y menos elaboradas, tales como chalecos para las sillas, que se utilizan para mantener el tronco erguido, pero que suponen en la práctica una sujeción contundente y muy restrictiva, y las «sábanas fantasma», que se aplican como medida para evitar que los residentes se quiten los pañales, pero que van fijadas a la cama y suponen una sujeción excesivamente restrictiva. Otras veces se usan métodos no homologados, incluso prohibidos, como son las «sábanas enrolladas», con las que se ata el tronco o cin-

tura de un residente a una cama o a una silla, o los cordones finos que logran disuadir a residentes dementes de levantarse cuando el personal no puede atenderle.

Otras formas que no siempre pueden considerarse sujeciones físicas son las sillas sobre las que se aplica una bandeja fija, que impide al enfermo levantarse. También se suele sentar al residente entre una mesa normal y la pared para que no se pueda levantar, o bien se le deja sentado en una silla de ruedas bloqueada.

Cuando hablamos de **sujeciones químicas**, nos referimos a diversos fármacos (psicotrópicos, tranquilizantes, sedantes, etc.), que se usan con fines de sujeción, con más o menos éxito. Los fármacos que suelen ser más usados son los antisicóticos (haloperidol, risperidona, etc.). Con menor frecuencia se usan las benzodiacepinas (diazepam, etc.).

¡Advertencia! **No siempre que se usan este tipo de fármacos se hace con fines restrictivos.**

8 Solicitud de consentimiento

Si entendemos por sujeciones «los procedimientos que suponen riesgos e inconvenientes notorios, susceptibles de repercutir en la salud de la persona», podemos servirnos de las leyes que amparan el derecho de información concerniente a la salud y la autonomía del paciente, las cuales exigen que la persona, o su representante, las autorice. En cualquier caso, **se suele solicitar consentimiento para usar las sujeciones físicas**. En cuanto a las sujeciones químicas, es mucho más raro que se pida consentimiento, pues se suelen enmascarar tras lo que parece un tratamiento médico normal.

Podemos servirnos de las leyes para autorizar o desautorizar en cualquier situación el uso de sujeciones.

No hemos observado ningún procedimiento de solicitud de consentimiento que vaya más allá de convencer a la familia de lo necesaria

que es la sujeción y de solicitar su firma en un documento elaborado a tal efecto. No podemos hablar de un consentimiento informado en ningún caso, que sería lo ético y exigible.

La información que deben dar quienes solicitan el consentimiento de los familiares es:

1. **Problema que se quiere tratar con la sujeción.**
2. **Plazo previsto de uso de esa sujeción y fecha aproximada de suspensión de la misma.**
3. **Tipo de sujeción y formas y tiempos de uso.**
4. **Alternativas probadas y tipo de resultado.**
5. **Alternativas previstas que se usarán en los próximos días, forma y tiempo de uso.**
6. **Efectos negativos del uso de la sujeción (ver los efectos conocidos en el capítulo «Evidencias sobre el uso de sujeciones»).**

Si no tenemos información para tomar una decisión adecuada, ¿para qué se nos pide consentimiento?

Los centros deben ser capaces de saber cuáles son las personas con riesgo de caídas y por la tanto quiénes han de ser objeto de programas de prevención. Toda persona con riesgo de caídas debe ser sometida a revisión respecto a: medicamentos que toma; valoración del

equilibrio y coordinación de la fuerza muscular; controles del sistema cardiovascular, de la vista, del oído, de los niveles de glucemia, del grado de hidratación, de la existencia de dolor agudo, del estado de ánimo, de los problemas de conducta, del patrón de sueño y de la interacción con el entorno físico o hábitat. La mayor parte de las veces bastará con actuar sobre esos problemas para conseguir evitar las sujeciones.

También es importante saber que **el 70% de los problemas** de conducta de las personas con enfermedad de Alzheimer y otros tipos de demencia **son benignos, reactivos, evitables y fácilmente modificables** por profesionales formados que conozcan bien al enfermo.

Del mismo modo, un ambiente psicosocial bien diseñado y organizado es un entorno donde se dan escasos conflictos, donde todo funciona adecuadamente y, por tanto, donde los residentes pueden estar más tranquilos. Los centros deben estar dotados de profesionales capaces de hacer este trabajo, ya sean psicólogos o terapeutas ocupacionales.

9 Garantías obligadas en caso de uso

Hay que intentar buscar en todo momento alternativas a la utilización de sujeciones y, en el caso de que sean del todo necesarias, informarnos sobre cómo deben utilizarse correctamente. Para ello es necesario una atención especial y detenida durante el tiempo en que se prueban.

La seguridad puede ser garantizada con otras medidas, si bien esto exige que el personal dedique más tiempo y atención, y que se organice mejor. También es imprescindible que la familia colabore.

Antes de la aplicación, la persona objeto de una sujeción física ha de ser sometida a un examen completo que incluya la valoración de las posibles alternativas. La persona afectada, o su representante legal, deben ser invitados a participar en el plan de cuidados. **El fracaso de alternativas no significa que éstas ya no sean útiles, sino que deben ser de nuevo probadas si tras su aplicación se han observado alteraciones en la salud de la persona.**

La medida aplicada será lo menos restrictiva posible y durante el menor tiempo posible.

El médico responsable debe conocer siempre la aplicación, y ha de ser capaz de explicar qué problema se está tratando y cuánto tiempo está previsto que dure el tratamiento. Debe explicar las alternativas aplicadas y su resultado, y también las que tiene intención de probar a continuación.

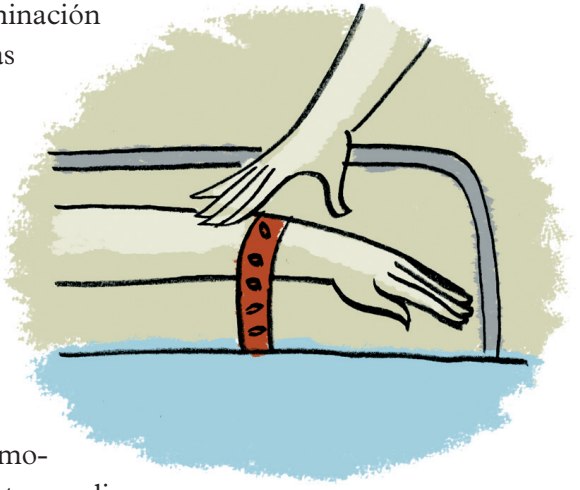
Una persona sometida a sujeción física debe ser vigilada frecuentemente para evitar la aparición de las complicaciones previsibles, observando los aspectos que se especifican en el cuadro siguiente.

VALORACIÓN DE LA PERSONA SOMETIDA A UNA SUJECIÓN FÍSICA (CADA DOS HORAS)
• Estado de ánimo • Existencia de posturas perjudiciales (torsiones, etc.) • Existencia de compresión de algún miembro • Aparición de rigideces musculares • Temperatura de manos y pies • Necesidad de ir al baño • Otras necesidades

Al estar sometida a una medida de alto riesgo para su integridad física y mental, **la persona debe recibir los siguientes cuidados:**

- Cambios posturales cada 2 horas para evitar que se desarrollen úlceras por presión.
- Intervención diaria de un fisioterapeuta para evitar las rigideces y la atrofia muscular.

- Dar friegas en la piel, especialmente en las zonas de apoyo.
- Darle conversación, leer en voz alta, etc., cada poco tiempo. Es imprescindible la visita regular de la familia.
- Llevar al enfermo al baño cuando lo precise o, como mínimo, cada 2 horas. Si la persona es incontinente, revisar cada 2 horas la eliminación y realizar la higiene cuantas veces sea necesario para evitar lesiones en la piel y el mal olor.



- Hacer caminar al paciente entre 5 y 10 minutos aproximadamente cada 30 o 60 minutos.
- Evitar las sujeciones en el momento de la comida y mientras realice otras actividades semejantes.
- Facilitar alguna actividad de entretenimiento (manualidades, música, etc.).
- Ubicarle en zonas tranquilas pero frecuentadas por más personas (evitar el aislamiento).
- Recurrir a las intervenciones que sean necesarias para retirar en su momento la sujeción.

Por otro lado, en lo que hace referencia a **la administración de fármacos psicotrópicos** se deben dar también una serie de garantías, empezando por la de hacer un uso racional de los mismos. En todo caso, cualquier tratamiento con fármacos debe estar prescrito, y se han de garantizar sus objetivos, expuestos en el cuadro siguiente.

OBJETIVOS GENERALES QUE DEBEN CUMPLIRSE CON TODAS LAS PERSONAS QUE CONSUMEN MEDICAMENTOS TRANQUILIZANTES PRESCRITOS

- **Garantizar el máximo nivel funcional posible de la persona y su bienestar.**
- **Usar la menor dosis eficaz.**
- **Que esté libre de efectos secundarios. Para ello debe comenzarse con dosis bajas e ir incrementándolas en función de la necesidad.**
- **Que se demuestre una reducción significativa de los síntomas o de los problemas que se quieren tratar.**
- **Suspender el tratamiento en el plazo de tiempo más corto posible.**

Además, toda persona mayor que sigue un tratamiento con medicamentos tranquilizantes debe ser sometida a unos cuidados determinados para garantizar que no se vea perjudicada por ellos.

El equipo asistencial deberá aplicar las siguientes **medidas generales** con todas las personas mayores que consuman medicamentos tranquilizantes durante los primeros quince días de tratamiento o ante cambios de dosis o de prescripción:

- Evaluación médica diaria y, si se prolonga el tratamiento, consulta al neurólogo o psiquiatra.
- Vigilancia del paciente al levantarse o cuando se ponga en pie.
- Evaluación periódica de la estabilidad en la marcha.

- Hacer un seguimiento de las actividades diarias, usándolas como señal de alarma para evidenciar la excesiva postración, y evitar la pérdida de autonomía. No es tolerable que el tratamiento tenga como consecuencia una pérdida de autonomía irreversible.
- Hacer un seguimiento de la conducta, el estado de ánimo y la función cognitiva en personas con demencia.
- Garantizar la correcta nutrición e hidratación.
- Evitar el aislamiento.
- Programar actividades frecuentes adecuadas a cada caso.
- Hacer cambios posturales en personas muy postradas.
- Hacer un seguimiento del hábito intestinal o defecación.
- Hacer un seguimiento de la eliminación de orina.
- Prevenir el uso de sujeciones físicas. No es tolerable que la persona sea atada como consecuencia de seguir ese tratamiento.
- Y, en general, cualquier medida necesaria para lograr retirar el medicamento lo antes posible.

10 Recomendaciones generales

Teniendo en cuenta la actitud de los profesionales, creemos que es fundamental que los familiares dejen claro a los responsables y a los empleados de los centros que prefieren que no se usen las sujeciones, y que quieren asumir ciertos riesgos controlados y otros problemas no demasiado graves. En definitiva deben dejar claro que no plantearán demandas en caso de caídas u otros incidentes, salvo que se ponga en evidencia una negligencia clara por parte del centro o sus trabajadores, como saber que existen riesgos identificables y no haber hecho nada para evitarlos.

Debemos confiar especialmente en los profesionales que nos dicen que las sujeciones pueden ser un problema para el enfermo, pues se están basando en sólidas evidencias científicas, además de en su propia experiencia.

Apueste por centros que se preocupan por conservar a los buenos profesionales de atención directa, así como por mantenerlos con los mismos residentes, lo que favorece que los conozcan bien.

Más que evitar a toda costa que alguien se caiga, se debe trabajar para que las caídas que se produzcan sean leves y que no tengan consecuencias (lesiones) importantes.

Si un familiar suyo vive en una residencia y a usted le preocupa que se usen medidas restrictivas, advierta de que quiere ser informado cuando se le someta a una sujeción o a un medicamento tranquilizante. Esa información le permitirá expresar su preocupación al médico, que se verá obligado a darle explicaciones sobre la conveniencia de la medida. También podrá juzgar, en el caso de los tranquilizantes, si se usan con fines restrictivos.

Si su familiar está sometido a una sujeción física, averigüe:

1. **Por qué lo está.**
2. **Qué tipo de sujeción o dispositivos se usan.**
3. **Durante cuánto tiempo al día se utiliza cada tipo.**
4. **Dónde se ve sometido a ella (por ejemplo, en su habitación, en la cama, etc.).**
5. **En qué circunstancias (cuando se queda solo, tras marcharse los familiares, cuando no participa en una actividad estructurada, mientras come, etc.).**
6. **Quién sugirió que debía someterse a una sujeción (por ejemplo, el personal, algún otro familiar, el propio interesado, etc.).**
7. **Durante cuántos días está previsto usar esta medida.**

Si se informa bien, podrá comprobar si se están usando las sujeciones con fines disciplinarios, para comodidad y conveniencia del personal, etc., o si se trata de un uso imprescindible y controlado.

No se deje convencer de que puede ser necesario el uso rutinario sin límites de tiempo.

Por otro lado, puede sospechar que están administrando un tranquilizante de forma inadecuada a su familiar si éste muestra un comportamiento diferente, como en los siguientes casos:

- Si muestra postración, inmovilidad o somnolencia excesivas.
- Si habla o se mueve de forma anormalmente lenta.
- Si abandona su propio cuidado (los cuidados que antes hacía por sí mismo).
- Si tiende a inclinarse hacia un lado o es incapaz de sentarse o estar de pie erguido.
- Si tiene una marcha inestable, como si tuviera problemas de equilibrio (lo que comporta un alto riesgo de caídas).
- Si se marea al incorporarse o ponerse en pie (lo que conlleva asimismo un alto riesgo de caídas).
- Si se duerme durante una actividad cotidiana, como comer.
- Si tiene la boca extremadamente seca.

- Si se lame los labios repetidamente.
- Si está extremadamente estreñido.
- Si está más confuso (también supone un alto riesgo de caídas).
- Si tiene movimientos repetitivos de la lengua, cabeza y tronco, o presenta contracturas y rigideces.

Si presenta uno o varios de esos signos, pregunte inmediatamente al médico. Lo lógico es que si él no ha prescrito ningún tratamiento nuevo, tenga sospechas similares a las suyas y, por lo tanto, tomará medidas; en el caso de que sí haya prescrito un nuevo tratamiento, deberá darle las explicaciones adecuadas.

Tanto nuestro familiar como otros residentes pueden adoptar actitudes o comportarse de forma inadecuada o molesta, lo que puede crispar el ambiente y hacer incómoda la estancia de los demás. Para esos comportamientos debemos ser tolerantes, siempre que no provoquen graves daños a otros, si queremos evitar que un centro y su personal tengan una actitud muy restrictiva y hagan un uso elevado de sujeciones.

Su colaboración

Su actitud será clave para evitar que se abuse de las sujeciones con su familiar y con otros residentes, como ya se ha dicho.

No se trata de adoptar un actitud de enfrentamiento con el personal, sino de colaborar. Para evitar el abuso de las sujeciones, usted puede

ayudar con su presencia, dando al personal información sobre los hábitos y estilo de vida de su ser querido, sobre sus problemas de conducta reactivos y cómo evitarlos o manejarlos; en definitiva, implicándose en el proceso de planificación de los cuidados y en los cuidados en sí.

Que usted esté siempre atento evitará muchos males a su ser querido. Se sabe que un enfermo que sufre desarraigo familiar tiene más posibilidades de ser sometido a sujeciones y a malos tratos.

Abuso de las sujeciones

Si, aun así, usted sospecha que el uso de sujeciones es inadecuado y no recibe una respuesta correcta por parte de los responsables de su aplicación, consulte con el resto de su familia y, juntos, busquen asesoramiento. Un buen abogado puede orientarles, así como las asociaciones de personas mayores o de familiares de enfermos de Alzheimer y los responsables públicos.

11

El programa «Desatar...» seguirá apoyando

A través de la entidad que lo promueve, la Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA), el programa «Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer» seguirá fomentando el uso racional de sujeciones y apoyando a quienes puedan ser objeto de un uso inadecuado o abusivo.

Anote esta dirección de internet:
http://www.ceoma.org/desataralanciano/index.htm

Se trata de la web del programa «Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer», donde puede encontrar, entre otros, los siguientes contenidos:

- Descripción y objetivos
- Participantes
- Sujeciones/definiciones
- Recursos
- Guías

- Protocolos
- Casos prácticos
- Asesoramiento
- Intervención/diagnóstico
- Acreditación
- Benchmarking
- Lecturas recomendadas
- Formación
- Eventos
- Premios
- Denuncias
- Links

En nuestra web encontrará la forma de comunicarse con nosotros y plantear sus dudas, denuncias y sugerencias, y será atendido personalmente por nuestros expertos.

12 Acciones. Continuidad del programa

El programa ha realizado una serie de acciones encaminadas a propiciar ese cambio, tales como:

- Campañas divulgativas sobre el problema y las iniciativas que se inicien.
- Cursos de formación sobre el uso de restricciones y cómo evitarlas.
- Desarrollo de criterios y estándares de uso racional.
- Guías clínicas y protocolos.
- Diseño de modelos organizativos para el uso racional de sujeciones y planes de reduccion de su uso.
- Oferta de asesoramiento.
- Sistema de acreditación de centros y servicios.

Investigación 2004-2005

La investigación es la actividad prioritaria del programa «Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer», ya que su filosofía es basar cual-

quier acción en hechos demostrados. Para buscar mayores evidencias en nuestro ámbito, se ha realizado:

1. **Análisis de la prevalencia del uso de sujeciones y su relación con factores clínicos.**
2. **Análisis de la prevalencia antes y después de una intervención.**
3. **Efectos de la formación y asesoramiento de los profesionales en la prevalencia de uso.**
4. **Percepción social de las sujeciones.**
5. **Percepción profesional del uso de sujeciones.**

Futuro

Tanto CEOMA como la Fundación Iberdrola tienen entre sus prioridades de actuación en el futuro continuar apoyando el programa «Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer».

Esta guía es sólo el principio de una larga andadura para fomentar un uso racional de las sujeciones en personas mayores y en enfermos de Alzheimer. Este camino hacia el futuro se inicia gracias a la experiencia recogida por el propio programa, que evidencia una serie de necesidades futuras. Estas necesidades se pueden resumir en:

- Seguimiento a medio y largo plazo de los efectos de las intervenciones realizadas en los centros.
- Realización de nuevas intervenciones que amplíen el estudio.

- Estudio de prevalencia de uso y asociación con variables estructurales y clínicas, en una muestra representativa de centros y de forma prospectiva y longitudinal, que permita hacer correlaciones validas.
- Estudio Delphi entre líderes del sector sobre el fenómeno de las sujeciones.
- Ampliar la formación y llegar a más profesionales y organizaciones.
- Investigar y validar alternativas a las sujeciones.
- Dar continuidad a la divulgación necesaria para lograr el cambio cultural preciso.

Se pondrá énfasis en las medidas que puedan ser útiles para prevenir el uso de sujeciones, así como a las intervenciones que permitan facilitar a los centros y a los profesionales la racionalización del uso. Se apoyará, por tanto, a los centros y servicios para personas mayores y enfermos de Alzheimer, con el fin de que el uso de sujeciones sea mínimo. En ese apoyo se ofertará formación y asesoramiento organizativo y metodológico.

El apoyo a profesionales se realizará en gran medida a través de la web, de cursos y congresos, divulgando entre ellos el uso de herramientas útiles, tales como guías de manejo, protocolos, estándares, datos epidemiológicos, etc.

Entidades con participación técnica en el programa «Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer»

- Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia
  http://www.gva.es/violencia/

- Centro Estatal para la Autonomía Personal y Ayudas Técnicas
  http://www.ceapat.org

- Oficina del Defensor del Paciente de Madrid
  http://www.madrid.org/sanidad/defensor/marcos/ffdefensor.htm

- Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer (AFAL)
  http://www.afal.es

- Grupo CARE
  http://www.grupocare.com

- Fundación Maria Wolff
  http://www.mariawolff.es

- Federación Lares
  http://www.laresfederacion.org