

**ÁMBITO RESIDENCIAL: “MALOSTRATOS POR LA INSTITUCIÓN”
ESPECIAL REFERENCIA AL USO DE SUJECIONES**

Antonio A. Burgueño Torijano

**Médico. - Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública Investigador en
Malos tratos Institucionales. Director del Programa Desatar al Anciano y al Enfermo de
Alzheimer**

**La problemática jurídica de las personas ancianas
12 a 15 de junio de 2018**

SUMARIO

<i>RESUMEN</i>	3
1. INTRODUCCIÓN	4
2. FACTORES DE RIESGO E INDUCTORES DE MALOSTRATOS INSTITUCIONALES	7
3. CONTEXTO O COMPONENTES DE LA REALIDAD DEL SECTOR DE SERVICIOS SOCIALES EN ESPAÑA QUE PUEDEN SER INDUCTORES	12
4. ESPECIAL REFERENCIA AL USO DE SUJECCIONES	13
5. PROGRAMA DESATAR AL ANCIANO Y AL ENFERMO DE ALZHEIMER	15
6. TRATAMIENTOS CON ANTIPSICÓTICOS Y SUJECCIONES FARMACOLÓGICAS	16
7. DETECCIÓN DE MALOSTRATOS POR LA INSTITUCIÓN	17
8. CONCLUSIONES/ PROPUESTAS	22



Centro de
Estudios
Jurídicos

RESUMEN

Las personas mayores sometidas a trato vejatorio o indignante, o a limitación de derechos, se enfrentan en muchos casos a una pérdida de la razón de ser, aunque ese maltrato se explique por políticas del centro, o sus necesidades organizativas. Hablamos de los malos tratos por la institución.

Se hace pues obligado poner el foco en este fenómeno pues ese tipo de malos tratos se dan en todas las instituciones, con una alta prevalencia en algunas de ellas, y ello coexiste con una escasa conciencia social sobre esa lacra.

Se hace necesario ponderar hasta qué punto es legítimo, por lograr organizaciones eficaces y eficientes, causar malestar o sufrimiento en las personas que ingresan en las instituciones, personas en general especialmente vulnerables, que ingresan muchos de por vida, y con unas expectativas de cuidados que muchas veces no se satisfacen.

Hablamos pues de malos tratos fruto de una mala organización o una mala política de cuidados, o de una cultura de los trabajadores. Todas aquellas acciones que causan sufrimiento, o todo infracuidado que se aleja de lo normalmente esperable, lo que se ha dado en llamar “corrupción de los cuidados”, son formas de maltrato institucional.

Mi propuesta es que se promueva que los centros acometan la limitación drástica del uso de sujeciones, algo que se puede hacer desde las administraciones públicas competentes, y que redundará en un cambio de actitudes general, y en la erradicación de muchas conductas negativas de las organizaciones de cuidados.

La transformación que se produce en los centros que se han esforzado por eliminar las sujeciones, y que han llegado a ser centros libres de sujeciones, ha podido ser observada por nosotros, y eso nos permite afirmar que es una transformación de cambio de actitudes y de conductas general, que sirve para evitar las sujeciones, pero también para evitar otras actuaciones negativas relacionadas.

Una gran ventaja que aporta la observación de las sujeciones, es que es de las prácticas más estudiadas, tanto a nivel español como a nivel internacional. Las sujeciones son las prácticas sobre las que más se sabe, son sobre las que más datos se tienen, y sobre las cuales existen más experiencias de abordaje con el fin de eliminarlas, con lo cual se ha acumulado una experiencia que puede ser útil para abordar otras prácticas rutinarias de las organizaciones de cuidados, también cuestionables y cuestionadas, y consideradas muchas como malos tratos por la institución.

Compartir las claves del uso de sujeciones en las residencias españolas en este documento, así como la experiencia del Programa Desatar contribuyendo a que existan centros libres de sujeciones conocidos, será útil para comprender mejor los malos tratos por la institución y cómo se pueden abordar, para su erradicación algún día.

Además, se harán otras propuestas que pueden contribuir en la minimización de los malos tratos institucionales, y en su mejor control por parte de los poderes públicos

1. INTRODUCCIÓN

Hoy día prevalece la creencia de que los malos tratos institucionales son cosa del pasado, y nada más lejos de la realidad, ya que los malos tratos institucionales siguen existiendo en todo el mundo^{1,2,3,4}, y me atrevo a afirmar, sobre la base de mi experiencia⁵, que la mayoría de las instituciones de cuidados maltratan.

Cuando nos referimos al ámbito institucional, de las instituciones de cuidados a personas mayores, se introduce una variable que no existe necesariamente en otros ámbitos, como el doméstico, la variable de “expectativas de cuidados profesionales”, y podemos hablar de “corrupción de los cuidados”, cuando se actúa en contra de ellas⁶.

Se admite que una institución está legitimada para lograr sus objetivos generales de forma eficaz y eficiente, aunque conlleve alguna merma al bienestar individual, es decir que, podemos observar que las normas o procesos rutinarios pasan por encima de los usuarios, en aras supuestamente, a mantener el orden y organización necesarios para el bien común. Sin embargo, existen cuestionamientos éticos y legales respecto de la actuación de profesionales y organizaciones de cuidados para con personas mayores objeto de atención^{7,8}. La pregunta, que puede hacerse es ¿hasta que punto puede llegarse, en aras a ese bien común, limitando los derechos de las personas objeto de atención en la institución, o produciendo malestar o sufrimiento en ellas? Precisamente ese es uno de los objetivos de este documento, dar claves para responder a esa pregunta de una forma adecuada, de manera que sea fácil identificar una actuación aceptable de la organización, o sus trabajadores, o a partir de que punto se debe considerar como injustificable, es decir, un abuso.

Hacer bien,.... a tiempo,..... lo necesario..., es un paradigma de todo quehacer, lo que en nuestro ámbito permite que veamos como lo contrario, la mala praxis, la negligencia, o la aplicación de tratamientos fútiles o dudosamente necesarios. Se hace, pues, necesario, moralmente hablando, cuestionarnos cualquier procedimiento que pueda tener un fuerte impacto físico o psíquico en la persona objeto de atención, o sobre sus derechos fundamentales.

El hecho de que las personas mayores necesiten cuidados, tengan pocas alternativas, y acarreen mermas funcionales importantes, es decir que sean dependientes, les hace especialmente vulnerables a los abusos que se dan en las instituciones^{6,9}. Una posible explicación sociocultural para los malos tratos por la institución es la idea de que una persona mayor institucionalizada ha muerto socialmente, lo que además explicaría la patente falta de interés de la sociedad por los malos tratos institucionales a personas mayores^{10,11}.

El anciano es también particularmente vulnerable al paternalismo-proteccionismo, manipulación y restricción de su libertad¹². La relación entre el anciano frágil y sus cuidadores es asimétrica. Sin embargo, la cronicidad de los procesos que presentan comúnmente las personas mayores institucionalizadas debe ser determinante de una actitud mucho menos paternalista, ya que son procesos crónicos, incurables, y no se puede pretender que las personas abandonen las riendas de su vida para siempre, para facilitar su cuidado a quienes pueden cuidarles.

Entendemos por “corrupción de los cuidados”, o cuidados corrompidos aquellos que tienen un claro y conocido, así como evitable, efecto negativo para la persona objeto de los mismos, o que impiden que se logren el objetivo general natural de los cuidados. Ese objetivo general será una de las claves para la ponderación.

Por otro lado, decir que existen múltiples definiciones de “Malostratos”, si bien es cierto que existe un gran consenso sobre las más representativas, expresadas en el siguiente cuadro:

Definiciones – maltrato a Personas mayores:
“Acción única o repetida, o la falta de respuesta apropiada, que causa daño o angustia a una persona mayor y que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza” (“Declaración de Toronto” de la Organización Mundial de la Salud - 2002).
“Cualquier conducta física o psicológica, o la falta de la misma, que conduce a un aumento del riesgo de dañar o empeorar el bienestar del individuo” (foro de ONG´s – Valencia 2002).

Pero como en este documento me centraré en los malostratos por la institución, se hace necesario expresar lo que consideraremos como tales, a saber:

Consideraremos malos tratos por la institución, aquellos que son fruto de la organización del trabajo, o los procedimientos o normas establecidos, y que van mas allá de la conducta individual (no individualizables o atribuibles en exclusiva a un solo individuo). Son fruto de fallos organizativos que establecen un régimen institucional abusivo. Eso los hace diferentes de otros malostratos, que también pueden darse en el seno de las instituciones de cuidados, pero que son de carácter individual¹¹, es decir, que un individuo, por sí mismo, maltrata.

Así pues, la propuesta conceptual de este artículo es, considerar maltrato o abuso institucional: *“Toda acción u omisión, no individualizable, que limita la autonomía, la capacidad de elegir, la dignidad e intimidad de una persona mayor institucionalizada, o le genera malestar o sufrimiento”*. Si no es una acción, u omisión, individual, cabe decir que se trata de algo sistemático, rutinario, o normal, lo que es fundamental para que se englobe en el tipo “institucional”.

Muchas veces, he observado⁵ que las prácticas asistenciales se basan en el nerviosismo por temor legal, en la vehemencia, la elocuencia, con el determinante principal de la “conveniencia”, y demasiado pocas veces se observa que el determinante principal sea la evidencia científica, en los términos que requieren los nuevos planteamientos de la práctica médica^{13,14}.

Algún autor ha atribuido algunas de las muertes no naturales observadas en residencias a formas frecuentes de abusos o malostratos en las instituciones¹⁵.

Mención especial merece el cuidado corrompido, el maltrato institucional por excelencia en las residencias, el uso sistemático de sujeciones físicas o/y químicas, rutinario o normalizado^{16,17}. Digo por excelencia, porque se trata de un fenómeno paradigmático¹⁸, que ha dado pie a miles de trabajos, de investigación, escritos, guías, protocolos, etc., ha servido

para dividir a la sociedad en dos mundos diferentes, desde el punto de vista del posicionamiento ante esa práctica, y ha permitido desarrollar y aplicar todos los *criterios de ponderación que propongo en este documento*. Los defensores del uso de sujeciones carecen de argumentos científicos a favor, y sus detractores están fuertemente pertrechados tras sólidos argumentos que desaconsejan su uso, a pesar de lo cual se siguen aplicando en la cruda realidad asistencial, con una gran variabilidad que va desde el uso claramente excesivo hasta los “centros libres de sujeciones”¹⁹⁻²¹.

Para comprender mejor el fenómeno de los malos tratos por la institución es necesario conocer algo más sobre la casuística atendida, sobre las poblaciones de personas mayores que viven en residencias. Cabe destacar que la edad media de la población de las residencias españolas es de 85 años, y que el 60% de ellos están en procesos irreversibles de demencia, en sus distintas formas y etapas.

En ese sentido, y haciendo una previsión de futuro a medio plazo, cabe suponer que la proporción de personas con demencia en la población de personas mayores que viven en residencias tenderá a aumentar sustancialmente, dada la cantidad de personas, en el conjunto del estado español, que padecen distintas formas de demencia, que se puede elevar a más de 600.000, retenidas la mayoría de ellas en sus casas por un dique especial que son sus familias, un dique que ya muestra fisuras, y que cuando se rompa producirá un tsunami que llenará las residencias.

Las personas que viven con demencia presentan unas características especiales, especiales necesidades, y especiales manifestaciones que les puede volver difíciles de controlar, y especiales candidatos a malos tratos.

La variabilidad de los datos existentes, y la ausencia de ellos respecto de los malos tratos institucionales en España, sugiere que existe necesidad de investigación, y que este documento pretende ayudar a que se sistematice, y a que se realice con una metodología adecuada, y un mismo lenguaje, aspectos fundamentales para que los resultados sean útiles.

La propuesta principal de este documento es que se promueva que los centros acometan la limitación drástica del uso de sujeciones, algo que redundará en un cambio de actitudes general, y en la erradicación de muchas conductas negativas de las organizaciones de cuidados.

Antes de terminar esta introducción se hace obligado exponer lo que se considera una sujeción física y una sujeción farmacológica. Por un lado, existe un consenso internacional entre expertos en sujeciones físicas, que ha sido publicado en una revista internacional²², y que se puede ver a continuación:

Una Sujeción física es una limitación de la libertad de movimientos de una persona, o su actividad física, o el normal acceso a cualquier parte de su cuerpo, con cualquier método físico aplicado sobre ella, o adyacente a ella, del que no puede liberarse con facilidad.

Para lo que es una sujeción farmacológica (también llamada sujeción química), para cuyo concepto no existe consenso como en el caso anterior, la definición que hemos tomado es la que utiliza la consejería de sanidad de Madrid, en su resolución Resolución 106/2017, de 27 de enero, del Viceconsejero de Sanidad y Director General del Servicio Madrileño de Salud por la que se aprueban las instrucciones relativas al uso de sujeciones físicas y químicas en centros hospitalarios del Servicio Madrileño de Salud.

Dicha resolución dice que una sujeción farmacológica es la aplicación, de forma deliberada e intencional, de un medicamento para controlar un problema de base no psiquiátrica, ni médica, para lo que existe mejor tratamiento y que acaba limitando o restringiendo los movimientos o actividad física y las actividades de la vida diaria del paciente, así como su funcionamiento mental.

2. FACTORES DE RIESGO E INDUCTORES DE MALOSTRATOS INSTITUCIONALES

Los aspectos referidos en este apartado son especialmente importantes, pues comprenderlos, y actuar sobre ellos, será un camino para lograr la erradicación de los malos tratos por la institución. Ahora bien, muchos de los aspectos comentados más adelante son de difícil abordaje, con implicaciones políticas y sociales que hacen que las soluciones no se acometan con facilidad.

Las claves, para que se sistematicen los comportamientos maltratadores, para que se establezcan rutinas que resultan en malestar, discomfort, sufrimiento para las personas que viven en las residencias, son el poder y la deshumanización. El poder que ejercen quienes determinan la vida en la residencia, y la deshumanización a la que se puede llegar en ciertos estados mentales o anímicos por parte de los cuidadores.

Algunas características generales de las organizaciones se han relacionado con mayor probabilidad de que se establezcan normas o rutinas que resulten maltratadoras. Se habla de factores como, el fracaso de la dirección, o fracaso del liderazgo formal, y se habla de organizaciones cerradas/ aisladas, organizaciones que solo se someten a las inspecciones periódicas obligadas de la administración, pero que no tienen el añadido de tener que rendir cuentas a un gobierno de una entidad a la que pertenecen, como tienen que hacer las residencias que pertenecen a una cadena o corporación. Es cierto también que solo las corporaciones de más prestigio técnico son las que incorporan sistemas de control de sus centros, con criterios asistenciales e indicadores de calidad.

Respecto del fracaso del liderazgo formal, o fracaso de la dirección, decir que son factores que predisponen a que existan grupos de poder informales que imponen sus reglas a su mayor conveniencia. En los centros públicos pueden ser poderes paralelos al poder formal, como es el caso de los comités de empresa, o sindicatos. En los centros privados es más normal que los grupos de poder informales sean constituidos por un colectivo profesional concreto, muchas veces profesionales de atención directa, que suelen estar liderados por un trabajador de ese mismo nivel.

Existen otros factores organizativos más específicos, como es el caso de las características de los profesionales que trabajan en las residencias. Se habla de neutralización moral de algunos colectivos de trabajadores, junto a falta de habilidades propias del cuidado, y también de alteraciones anímicas inducidas por el trabajo, como es el caso del denominado burnout.

Factores relacionados con el personal

– Falta de habilidades propias del cuidado

- Escasa capacidad para tolerar la frustración y contener la ansiedad
- Problemas de agresividad previos
- Vida privada estresante
- Desmoralización
- Dificultades relacionales con el residente
- Proyección de sí mismo en el futuro
- Gerontofobia
- Ser testigo del declive que conduce a la muerte a pesar de los años de cuidados.

En concreto, sobre el estado de ánimo laboral de los profesionales de atención directa de las residencias, desde el Programa que dirijo se hizo un estudio continuado del mismo, utilizando la encuesta Maslach con los profesionales de los centros donde hemos hecho intervenciones voluntarias para ayudar a erradicar las sujeciones. Se puede ver en el cuadro siguiente los resultados:

Burn-Out del Personal de Atención Directa

TAMAÑO MUESTRA: 2.700

La escala Maslach aplicada revela lo siguiente:

- Un 47 % de los profesionales de atención directa encuestados muestra un grado significativamente elevado, moderado-severo de agotamiento emocional.
- La más grave expresión de burn-out, fuertemente relacionada con formas complejas de maltrato, la “despersonalización”, se observa solo en el 23% de los encuestados.

Existe un aspecto cultural de la sociedad moderna que influye también en el ánimo de quienes tienen que trabajar con personas mayores, es lo que se ha dado en llamar la “gerontofobia”, el rechazo a la vejez y a lo que implica, lo que en algunas personas también condiciona su actitud.

Por otro lado, no podemos olvidar el denominado etarismo o edadismo, que se puede ver en nuestra sociedad y que se traduce en trato discriminatorio de las personas mayores, a quienes se les atribuye globalmente pérdidas de capacidad y actitudes, que les hace no ser candidatos a ciertos derechos y servicios.

Algunos de los efectos de ese edadismo es tratar a las personas mayores como a niños, infantilización, muy presente en las residencias de mayores, que lleva incluso a una forma de hablarles, que los anglosajones denominan elderspeak, algo que se ha visto en algunos estudios como muy molesto para las personas mayores en general, y para las personas que viven con demencia en particular.

También se reconoce en la literatura, y en nuestras observaciones directas visitando los centros lo hemos comprobado, que existen características de las personas mayores que viven en residencias que les hace más candidatos a ser objeto de abusos y malos tratos. Básicamente, son conductas o actitudes que generan frustración y enfado en los profesionales, y que complican la realización de las tareas rutinarias, en las que los trabajadores buscan ser eficaces, y en las que las organizaciones buscan ser eficientes. Esas características pueden verse en el siguiente cuadro:

Características de las *personas con mayor riesgo de maltrato institucional*

Residentes violentos

Residentes irritantes

- Repetitivos
- Resistentes a tratamientos o cuidados
- Desagradecidos
- Disgustados
- Demandantes
- Provocadores

(agravado por alteraciones de la personalidad y daño cerebral)

Con los residentes irritantes se suelen dar negligencias o abandono de los cuidados, de forma normalmente no premeditada.

Las personas que viven con demencia en residencias, que ya hemos dicho que son el 60% de la población total de residentes, como promedio en los centros españoles, son personas con especial riesgo de abusos, excesos y malos tratos. Las personas con demencia presentan sobre todo 2 características que les hace especialmente vulnerables, por un lado, la incapacidad de autogobierno, y por otro los síntomas psicológicos, y especialmente los síntomas conductuales, que les puede convertir en personas difíciles de controlar.

La incapacidad de autogobierno hace que "otros" tomen las decisiones por la persona, y que, por ello, esos "otros" se vean obligados a sentirse responsables de su vida. Normalmente son familiares, más o menos directos, los que asumen ese rol, normalmente ocupados en sus vidas personales y con poco tiempo para dedicar a la persona enferma,

persona que, hay que admitirlo, suele tener la característica de superar la capacidad de compañía y ayuda que un ciudadano medio puede soportar.

Como decía, las conductas de las personas con demencia les pueden volver difíciles de controlar, tanto que muchas veces no es posible cuidarles en el domicilio, lo que obliga a recurrir a centros de larga estancia, tipo residencias, donde les puedan acoger.

Según nuestros datos, en las residencias es común que se recurra al uso de antipsicóticos para controlarles mejor, y también a otros fármacos psicotrópicos, y también es frecuente el uso de sujeciones físicas.

En cualquier caso, la respuesta a esas actitudes y conductas de los residentes depende de la actitud y comprensión de los profesionales, que deberán ser especialmente formados y entrenados para trabajar en residencias.

Pensando en otros factores inductores de malos tratos por la institución observados en los centros españoles, se puede ver como el objetivo de todos es ocupar todas las plazas de que disponen, lo cual es un legítimo objetivo de la organización, ya sea por afán de lucro, o sea por empeño en ayudar a la mayor cantidad de personas posible, pero que se traduce en un mayor riesgo de que ante situaciones especiales no haya una capacidad de respuesta adecuada y oportuna. Véase el caso de una persona residente que comienza con hiperactividad nocturna, en una habitación compartida, y con la que no queremos utilizar medidas restrictivas/represoras, como las sujeciones físicas y/o químicas. Sirva como ejemplo de buen hacer la norma americana que obliga a todas las residencias a dejar un porcentaje de plazas libres. Ello permite que se pueda resolver una incidencia de conducta reubicando a un residente, o que la ubicación de un nuevo residente tenga distintas opciones, y elegir la más adecuada a las características del nuevo ingreso.

Respecto de los criterios de admisión, imagínense un escenario en el que en un centro solo se admiten a quienes serán capaces de cuidar adecuadamente. Esta es una realidad inexistente en España, y si existen criterios de selección de ingresos, existen para fines perversos, como es el caso de centros con lista de espera, que pueden elegir a las personas en mejores condiciones para ingresar, y así poder ahorrar en recursos y esfuerzos, dejando a los más necesitados sin el servicio necesario.

Yo he visto residencias que se anuncian como expertos en demencias, cuyos responsables han admitido que no dominan lo que es necesario dominar respecto de las demencias una vez terminado un curso de formación.

En términos de ratios de personal, está aún pendiente una revisión de los mismos sobre la base de la actual configuración de la casuística que recibe cuidados en las residencias. No cabe duda de que, déficits en recursos humanos, y en su adecuada formación, son inductores de malos tratos por la institución. Pero, respecto de los factores relacionados con el personal y sus condiciones laborales, no podemos olvidar el elevado turn-over, o recambio, sobre todo del personal de atención directa, lo que condiciona, además de su desmotivación y su escasa implicación con los objetivos de la organización, condiciona también que no se acumula experiencia y aprendizaje, de tal manera que cuando conocen mejor a los residentes se tienen que marchar. El elevado turn-over del personal de atención directa se debe a distintos factores, comenzando por los bajos salarios, pasando por las cargas de trabajo, y terminando por incentivos de ayudas públicas a quienes crean empleo distribuyéndolo entre más personas.

Otros inductores de malos tratos por la institución son los horarios de la residencia, no solo por el efecto directo en la calidad de vida de los residentes, sino porque imponen dinámicas a los profesionales que pueden resultar en malestar para las personas menos autónomas del centro. Las tareas masivas de las residencias, como es el caso de “la levantada” y “la acostada” representan momentos de mayor intensidad de malos tratos por la institución. “La levantada” implica que todos los residentes tienen que estar levantados y listos para revista en los comedores a una hora determinada, lo que fuerza que la actuación de los profesionales de atención directa (auxiliares o Gerocultores) sea condicionada por “las prisas”, traduciéndose en que no se pueden detener en observar especial consideración para con los residentes más lentos, o con más problemas para realizar por sí mismos las tareas de higiene y vestido. La acostada, que se traduce en que todos los residentes que necesitan ayuda están en la cama a una hora fija del día, así como otras tareas básicas de cuidados que son rutinarias en el centro, igualmente pueden traducirse en que todos, o muchos de los residentes, son sometidos a prisas de los trabajadores, y por tanto a un trato que puede ser indignante o al menos frustrante.

Hablando de inductores de malos tratos por la institución, es obligado mencionar a las familias como potenciales inductores, con resultados de abusos, excesos médicos, en distintas variantes. Cabría preguntarse como es posible que las familias directas de las personas mayores que viven en residencias pueden llegar a ser perjudiciales. Pero lo cierto es que se dan muchos casos en los que es así.

No es raro que en los centros exista la actitud de que prevalezca el criterio de las familias por encima de la voluntad de la persona mayor que vive allí. Es una actitud de conveniencia, descarada cuando el residente conserva capacidad para decidir, que lo que busca es no tener conflictos con las familias, lo que a veces lleva a prácticas incluso perjudiciales para la salud de los residentes. Es el caso de mantener medicamentos prescritos, o el de remitir a las urgencias del hospital a petición de las familias a pesar de contar con profesionales sanitarios en el centro, y a pesar de que muchas veces la visita al hospital puede ser más perjudicial que beneficiosa.

Son muchos los excesos médicos que se cometen por una actitud de medicina satisfactoria o de complacencia, o de medicina defensiva, y muchos los tratamientos de dudosa utilidad que se mantienen o se implantan a demanda de las familias, si bien es cierto que esos excesos están en el límite entre lo médico, la negligencia, y el maltrato.

Otras prácticas, claramente más agresivas, que causan más sufrimiento en las personas, como el caso de las sujeciones físicas, pueden ser inducidas por una negociación con las familias, a veces familias que quieren estar tranquilas, a veces familias mal informadas, que acuerdan con los profesionales del centro su aplicación, profesionales que también se quedan más tranquilos y cómodos, pues la sujeción les facilita la tarea.

He oído expresiones de profesionales de las residencias, tales como “he logrado que la familia de un residente no le ponga la sujeción”, o “he logrado que no pidan la sonda nasogástrica”, o “he logrado convencer a una familia para que no se apliquen barandillas de la cama en la noche”, las cuales expongo aquí de este modo, para que cada quien obtenga sus conclusiones.

Una vez escuché a un juez decirle al gerente de una asociación de familiares de enfermos de Alzheimer que “no siempre las familias actúan o deciden para el mejor beneficio de la persona, y que su experiencia como juez de tutela le había enseñado que hay familias de las que es necesario proteger a las personas mayores”, lo cual es fácil de compartir por

cualquier profesional que trabaja en asuntos conflictivos de la asistencia sanitaria en las residencias. Yo lo he aprendido en mi trabajo de “desatar”, conociendo cientos de casos de familias que se oponen a la retirada de las sujeciones por una cuestión esencialmente de conveniencia, pues la eliminación de la sujeción en la residencia implicaba en cierto modo renunciar a la tranquilidad que la sujeción proporciona, y a pesar de hacerles ver que esa renuncia a esa tranquilidad se traducirá en claros beneficios humanos y funcionales para la persona.

Esto me lleva a escribir sobre una reflexión que se está dando en el mundo anglosajón sobre el riesgo. En esos países, y en concreto en el ámbito de la atención a personas que viven con demencia, ha surgido la preocupación por el riesgo como una clave para que la vida de la persona sea natural y de calidad. Se habla del pacto de riesgo, que se ha de hacer entre quienes representan los intereses del enfermo y los profesionales que van a cuidarle. En España la cultura de seguridad, mezclada con el proteccionismo, redundando en que la persona mayor que vive con una demencia vive fuertemente restringida, no asumiéndose ningún riesgo evitable, y llegando a encerrarlas en pequeños espacios controlados e incluso a someterles a sujeciones.

3. CONTEXTO O COMPONENTES DE LA REALIDAD DEL SECTOR DE SERVICIOS SOCIALES EN ESPAÑA QUE PUEDEN SER INDUCTORES

Existe una cultura prevalente en ese sector, que puede influir en la visión que se tiene sobre las personas objeto de atención en las residencias y dispositivos semejantes. Es la cultura de beneficencia, aquella con la que nacieron los dispositivos residenciales, que sin transformaciones profundas ahora sirven para albergar a personas mayores muy dependientes, muchas de las cuales muestran severos desordenes mentales.

La gestión de plazas en este sector, y el desarrollo de la oferta se traducen en que los usuarios están cautivos en muchos de los centros en los que finalmente logran que se les admita, sin muchas opciones para elegir o cambiar, lo que también refleja esa cultura de beneficencia que mencionábamos antes, y que induce a pensar que si has tenido la suerte de que te acojan ya te puedes “dar con un canto en los dientes”, y no protestes encima.

Técnicamente hablando, el sector de servicios sociales está atendido por profesionales a los que se les atribuye menor cualificación que a quienes ejercen en el sector de sanidad. Además, son profesionales peor pagados que los que ejercen en hospitales o atención primaria, y mucho menos reconocidos, con menos incentivos y posibilidades para investigar y desarrollarse.

En muchos casos, los métodos de trabajo son importados de otro sector, y carecen de la adaptación necesaria a una filosofía de cuidados prolongados, o de acudir a cuidar allí a donde las personas mayores viven (p.e.: modelo de atención centrada en la persona) .

Es un sector en el que se va creando un lenguaje técnico propio, de forma tímida y lenta, y que en muchos aspectos no es compartido por todos. Técnicamente hablando, los centros son como una torre de babel, donde se hablan distintas lenguas, de distintas disciplinas, difíciles de conciliar, y que no permiten un entendimiento claro, lo que conlleva a una pobreza del abordaje interdisciplinar necesario.

Es un sector con muchas reservas, con muchas restricciones para compartir información y experiencias, con pobre colaboración entre distintas entidades que operan en él, y por tanto con dificultades para progresar de forma más rápida.

Es un sector pobremente coordinado con el sector sanitario, a pesar de tener un componente técnico-asistencial sanitario muy importante, y a pesar de que la casuística atendida ya no es estrictamente social.

Es un sector dominado eminentemente por la iniciativa privada, con y sin afán de lucro, lo que motiva que sea un sector con un crecimiento tutelado, e incluso temeroso ante las políticas que se puedan establecer para su control público.

En un sector así, los principales determinantes de sus resultados son:

- Leyes de Mercado
- Conocimiento/ Capacidad Profesional
- Control/ Regulación y Legislación específica

4. ESPECIAL REFERENCIA AL USO DE SUJECIONES

USO DE SUJECIONES Y MALOSTRATOS POR LA INSTITUCIÓN

Poner el foco en el uso de sujeciones para analizar las conductas de las organizaciones de cuidados se ha revelado como de gran valor, especialmente cuando se revelan conductas que nos hablan de intenciones, de unas intenciones que tienen un denominador común con otros comportamientos sistemáticos que buscan más la conveniencia de la organización o de sus trabajadores que el beneficio para la persona objeto de atención.

En resumen, podríamos decir que una organización en la que se utilizan sujeciones por conveniencia, es una organización que realizará otras acciones por conveniencia, muchas de las cuales también perjudican a los residentes.

Observar durante años el comportamiento de las organizaciones que utilizan de forma rutinaria sujeciones, nos ha permitido desvelar los componentes de esas conductas, y los contextos en los que se producen, así como comprender por qué los miembros de esas organizaciones no ven otras opciones.

Es normal observar que cuando una práctica es cuestionada la respuesta de los profesionales implicados, y de las organizaciones donde se dan, es buscar justificaciones, aunque las justificaciones sean peregrinas, como es el caso de justificar las sujeciones físicas con el riesgo de caídas de los residentes, o dejarles encamados para su supuesto mejor descanso, o mantenerles en sillas de ruedas todo el día, para su supuesta mejor movilidad, aunque en realidad la persona permanezca la mayor parte del día “aparcada” en algún rincón.

Son muchas las prácticas y rutinas que suponen un ahorro de esfuerzo, y con ese denominador común se pueden observar en muchas residencias para personas mayores, pero ese ahorro de esfuerzo puede tener un precio elevado para la organización, en términos de deficiencias organizativas y faltas de adecuación ambiental y estructural, así como que son freno para adquirir habilidades y experiencia.

Pero, volvamos a la observación de las conductas de la organización cuando se quiere aplicar sujeciones, y a analizar la coincidencia de esas conductas con las que se dan para otros fines que también pueden redundar en daño a las personas, o al menos sufrimiento.

Por ejemplo, pactar con las familias ciertas decisiones y ciertas acciones, como sistema de validación. Eso ocurre en muchos casos de sujeciones, pero también ocurre cuando se quiere remitir a un residente al hospital, o se quiere mantener por más tiempo a una persona en la cama, o cuando se quiere aplicar un pañal, o implantar una sonda de alimentación, o se quiere recluir a una persona con demencia en un área restringida del centro, y así sucesivamente.

Se puede hacer que parezca que la seguridad de los residentes es el motivo de una sujeción, sin revisar que otros factores del centro, organizativos y ambientales son los que están determinando que la sujeción se vea como la opción obligada.

El denominador común por excelencia, de las acciones más perversas desde el punto de vista de tener más efectos negativos, que positivos, sobre las personas, es la actuación por conveniencia, o buscando el mínimo esfuerzo, o la mayor tranquilidad, o evitación de conflictos.

Por conveniencia se puede dejar a las personas en sillas de ruedas todo el día, por conveniencia se puede aplicar pañales a una personas, por conveniencia se puede medicar con tranquilizantes a una persona, por conveniencia se puede mantener a una persona en la cama, por conveniencia se puede mandar a una persona a urgencias, por conveniencia se puede alimentar por sonda, por conveniencia se puede levantar a los residentes a una hora, por conveniencia se puede actuar de múltiples formas que resulten en inconvenientes y malestar para las personas.

Mi propuesta, sirva esto como un adelanto de las propuestas finales, es que se promueva que los centros acometan la limitación drástica del uso de sujeciones, algo que se puede hacer desde las administraciones públicas competentes, y que redundará en un cambio de actitudes general, y en la erradicación de muchas conductas negativas de las organizaciones de cuidados.

La transformación que se produce en los centros que se han esforzado por eliminar las sujeciones, y que han llegado a ser centros libres de sujeciones, ha podido ser observada por nosotros, y eso nos permite afirmar que es una transformación de cambio de actitudes y de conductas general, que sirve para evitar las sujeciones, pero también para evitar otras actuaciones negativas relacionadas.

Una gran ventaja que aporta la observación de las sujeciones, es que es de las prácticas más observadas, tanto a nivel español como a nivel internacional. Las sujeciones son las practicas sobre las que más se sabe, son sobre las que más datos se tienen, y sobre las cuales existen más experiencias de abordaje con el fin de eliminarlas, con lo cual se ha acumulado una experiencia que puede ser útil para abordar otras prácticas también cuestionables y cuestionadas, y consideradas muchas como malostratos por la institución.

Por ello, creo que compartir las claves del uso de sujeciones en las residencias españolas en este documento, así como la experiencia del Programa Desatar contribuyendo a que existan centros libres de sujeciones conocidos, será útil para comprender mejor los malostratos por la institución y cómo se pueden abordar, para su erradicación algún día.

Así, a continuación, procedo a explicar de forma resumida esas experiencias.

USO DE SUJECIONES EN RESIDENCIAS ESPAÑOLAS

5. PROGRAMA DESATAR AL ANCIANO Y AL ENFERMO DE ALZHEIMER

España lideraba, ya en los '90, el ranking de prevalencia de la utilización de sujeciones físicas entre aquellos países que publican datos. Esa fue la razón principal para crear, en el año 2003, el Programa Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer en España. Hubo otras razones importantes como los efectos psicológicos que pueden producir las sujeciones, y las consecuencias del uso diario en la salud de las personas mayores. El objetivo del programa fue reducir el uso de sujeciones físicas hasta alcanzar valores semejantes a los países de nuestro entorno.

La elevada prevalencia en España y ese patrón de uso diario nos hicieron ver el uso de sujeciones como un problema de salud pública de los que se deben abordar desde la prevención cuaternaria, esa vertiente de la medicina preventiva que se fija en ese conjunto creciente de bien intencionadas actividades sanitarias caracterizadas por su dudosa utilidad para el individuo y por la sospecha de posibles beneficios para quienes promueven y promocionan su uso, ya que la aplicación de medidas de sujeción parece responder en muchos casos a la conveniencia de terceros. También, ese uso por conveniencia es lo que permite colocar la mayoría de las sujeciones en el contexto de los malos usos por la institución, pues además de ser un uso por conveniencia, se expresan como formas rutinarias de responder a ciertas dificultades de manejo de los problemas que presentan los residentes.

Hoy en día, contamos en España con centros totalmente libres de sujeciones, que permiten comprender las claves de esos resultados. Los primeros Centros totalmente libres de sujeciones, que se mantenían durante por lo menos un año, permitieron diseñar una nueva metodología para su erradicación, cuyo resultado permitió que en la actualidad existan decenas de Centros libres de sujeciones en España. Sin embargo, la realidad dominante en la actualidad en España, es que el uso, en general, de sujeciones sigue siendo más elevado que en otros países.

De nuestro trabajo directo con los centros hemos obtenido otros resultados indirectos, que responden al proceso de diagnóstico preliminar, que nos permite conocer algunas características comunes a los centros que acostumbran a usar sujeciones, y en concreto deficiencias. Las deficiencias más comunes evidenciadas se pueden ver a continuación.

- No se discuten, en sesiones de equipo multidisciplinarias, los problemas de uso de sujeciones y de nuevas prescripciones de psicofármacos.
- Déficits de seguridad física pasiva en las habitaciones, para que el residente realice el circuito cama-baño.
- Ningún sistema de cobertura de suelos duros en habitaciones.
- Cultura de seguridad que busca el inmovilismo como clave de seguridad.
- Cultura de responsabilidad, que concentra la responsabilidad de los accidentes en los profesionales de atención directa.
- La organización del levantado y acostado no responden a criterios de seguridad y de necesidades de las personas con demencia, a pesar de que la mayor incidencia de caídas en residencias se da en esos horarios.
- Actitud defensiva a la hora de negociar con las familias la seguridad del residente.
- El registro de una caída responde más a la necesidad de informar a los familiares que a la necesidad de realizar un buen análisis causa-raíz.
- La respuesta dominante a los síntomas conductuales más desafiantes de las personas con demencia es farmacológica.

- Existencia de sistema de megafonía, como sistema dominante de comunicación en el centro.
- El tono de vigilancia en áreas comunes es bajo, ya que las personas de más riesgo están sometidas a sujeciones.
- La iluminación en las zonas en las que los residentes tienen que desenvolverse es, en general, deficiente y con grandes diferencias de intensidad entre espacios, especialmente en las habitaciones, que suelen carecer de iluminación nocturna adecuada a sus actividades.
- Política de vida nocturna restrictiva, tendente a mantener a los residentes dentro de sus habitaciones.
- Uso sistemático de barandillas completas, con una alta proporción de uso con fines restrictivos.
- Escasa revisión de uso de tratamientos farmacológicos. Alta proporción de residentes altamente polimedicados (por encima de 8 medicamentos diferentes de efecto sistémico al día)
- Elevada proporción de residentes que pasan la mayor parte del día en silla de ruedas.
- Elevada incidencia y prevalencia de síntomas conductuales, especialmente agitación y apatía.
- Ausencia o deficiencia de camas regulables en altura. Ausencia o deficiencia de camas ajustables en altura que pueden quedar ultrabajas (cota 0).
- Deficiencias en facilitadores de la orientación y en contraste de objetos. Ausencia de circuitos de vagabundeo seguros.
- Déficit de salas de estar diferentes para personas con demencia, según necesidades de actividad espontánea, control de estímulos, o de vida social.

Destacar que muchas de esas deficiencias habían pasado desapercibidas por los profesionales de los centros, algo que nosotros consideramos que se debe en gran medida a que la mayoría de los problemas de seguridad se manejaban con sujeciones.

Además, la variabilidad de uso de sujeciones que se observa no se explica por las condiciones de los residentes de los centros que aportan datos. En la base de datos del Programa Desatar español tenemos desde centros con una prevalencia de sujeciones físicas de cero, hasta prevalencias superiores a un 67%, tratándose unos y otros de centros muy homogéneos en cuanto a la casuística atendida. Es fácil deducir que el determinante principal de las diferencias de uso observadas es la cultura de las organizaciones, y por tanto las diferentes actitudes que se observan en ellas.

6. TRATAMIENTOS CON ANTIPSICÓTICOS Y SUJECIONES FARMACOLÓGICAS

En España, los antipsicóticos se utilizan, en personas mayores en general y en personas con demencia en particular, con iguales o superiores cuotas que en los países que publican los peores datos, y pueden ser considerados en algunas de las vertientes de prescripción como sujeciones químicas. Esos fármacos utilizados en personas mayores están fuertemente relacionados con riesgo de fractura de cadera por caída, y con mayor incidencia de cuadros de postración, desorientación, estado confusional, y ciertos tipos de alteraciones conductuales, problemas todos ellos fuertemente relacionados con la aplicación de sujeciones físicas, lo que permite pensar que algunos usos de psicotrópicos van de la mano de algunas pautas de sujeciones físicas, especialmente cuando son utilizados por mucho tiempo.

Por otra parte, los efectos del uso de sujeciones físicas sobre el ánimo y las conductas de las personas que son objeto de ello, hace que los responsables del cuidado en la residencia se vean forzados a prescribir fármacos psicotrópicos, con el objetivo de paliar el sufrimiento, ya sean ansiolíticos, ya sean antidepresivos, o pautas para disminuir la agitación o apatía inducidas por las sujeciones.

Desde el Programa Desatar se ha realizado un estudio cualitativo sobre el uso de estos medicamentos en residencias. Los patrones de uso fueron observados en 38 intervenciones in situ, que se realizaron para ayudar a centros a eliminar sujeciones, y se obtuvieron sobre la base de la información que puede verse en el siguiente cuadro:

NUESTRO ESTUDIO CUALITATIVO (PROGRAMA DESATAR)

El uso de antipsicóticos se observó en el 67 % de las personas con demencia, y analizadas las pautas de uso, se observó:

- Elevada frecuencia de pauta “SI PRECISA” (36%);
- Baja frecuencia de ajustes de dosis (18%)
- Uso crónico (superior a 6 meses, mismo fármaco y dosis) 66%;
- Planteado fuera del contexto del “Plan de Cuidados” – 100%

Tanto el uso elevado, casi el doble que la media de los países de nuestro entorno, como las pautas observadas nos permiten deducir que la mayoría de los tratamientos con antipsicóticos evaluados se pueden considerar como sujeciones farmacológicas.

7. DETECCIÓN DE MALOSTRATOS POR LA INSTITUCIÓN

BASES PARA LA INVESTIGACIÓN DE SU INCIDENCIA Y PREVALENCIA EPIDEMIOLOGÍA POR PONDERACIÓN

Necesariamente, estamos obligados a analizar las actuaciones de la organización, sus rutinas y dinámicas, con la óptica de la intencionalidad que hay detrás, huyendo de admitir como buenas las razones que se dan para actuar de ese modo.

La búsqueda de malostratos por la institución se puede realizar con una suma de enfoques y criterios, dada su variedad y complejidad para juzgar.

Por un lado, podemos observar el comportamiento de las organizaciones desde la perspectiva del respeto de los derechos de las personas objeto de atención. Lo que se puede hacer mediante un enfoque legal y también con un enfoque ético. Las dificultades organizativas no serán admitidas como justificación de comportamientos que limiten derechos, o para justificar conductas poco éticas, o para conductas que perjudican claramente a los residentes.

Otro enfoque es el de la conveniencia, un abordaje muy interesante, a pesar de las dificultades que puedan darse para hacer un juicio bien ponderado.

Una actuación por conveniencia de la organización inaceptable es aquella que se traduce en un ahorro de trabajo o esfuerzo, o de recursos, del centro o sus trabajadores, que no solo no beneficia a la persona, sino que le provoca disconfort, malestar o sufrimiento. Se entiende que esas actuaciones son convenientes para la organización.

Hasta cierto punto hay muchas actuaciones por conveniencia aceptables, es aceptable que una organización busque ser eficaz y efectiva, es lógico que actúe buscando el cumplimiento de sus objetivos. Pero no es admisible si con ello se abandona el adecuado cuidado, o si con ello se causa sufrimiento o malestar, y especialmente si tiene consecuencias para la salud física o mental de la persona objeto de atención.

No contar con la persona, en la medida de lo posible dadas sus capacidades mentales, es también una forma de maltrato por la institución si quienes lo hacen son sus directivos o responsables de la organización, general o asistencial.

En general, cualquier actuación que haga que nos alejemos de lograr el objetivo general de los cuidados prolongados es una actuación corrompida, por razones diversas, y que puede considerarse un maltrato por la institución.

<p>Objetivo General de los <u>Cuidados Prolongados</u>: Lograr el mayor grado de autonomía, física, mental, y psicosocial, posible, en un contexto de bienestar y de respeto de la persona objeto de atención.</p>
--

EPIDEMIOLOGÍA POR PONDERACIÓN

Criterios de análisis:

- Derechos/ Principios Éticos
- Conveniencia..... ¿para quién?
- Consecuencias de la conducta de la organización para el residente
- Indicadores de Corrupción de los cuidados

Ya he explicado con anterioridad esos distintos enfoques que permitirían cuantificar/dimensionar, si bien es cierto que es imprescindible contar con la normativa adecuada para que se puedan aplicar en la práctica, una normativa que además ponga en manos de un adecuado equipo de inspecciones de centros la tarea de detección y cuantificación, centro a centro. Los equipos de inspección pueden necesitar ser formados

especialmente para que desarrollen la tarea de vigilancia de campo de los posibles malos tratos institucionales.

Es necesario tener una base para hacer un juicio sobre una conducta, y llegar a una conclusión de que es una conducta de la organización interesada o por su conveniencia, y que causa mal en un residente.

Conocemos lo potencialmente perjudicial para una persona mayor cualquiera, acciones que hay que cuestionarse, por tanto, y que solo son admisibles cuando el bien perseguido supera al mal que se puede provocar. Ese ejercicio es el que llamamos “ponderación”.

Conociendo las acciones que pueden desembocar en un importante perjuicio para un residente, y conociendo las acciones que se pueden observar en las residencias y que son claros exponentes de limitación de derechos, o que claramente van en contra del objetivo que tienen los cuidados en una residencia, podemos crear una estrategia para detectarlo y para ponderar.

A continuación, se listan indicadores que sirven para monitorizar prácticas de las residencias que pueden resultar en malestar o sufrimiento a residentes, y que deben limitarse.

Indicadores indirectos de potencial maltrato institucional

- Número de personas que son remitidas a la urgencia del hospital al mes
- % de pautas “si precisa” de fármacos psicotrópicos
- % de portadores de pañal
- % de residentes con analgesia
- Uso de sujeciones físicas. - Prevalencia
- % de residentes con demencia que duermen con barandillas completas a ambos lados de la cama
- % de residentes que presentan batallas en el baño
- % de residentes que pasan la mayor parte del día en silla de ruedas
- % de residentes con UPP originadas en el centro
- % de residentes con sonda de alimentación
- % de residentes encamados
- % de residentes que reciben alimentos modificados mecánicamente
- % de residentes que reciben ayuda total para las AVD de última pérdida
- % de residentes que se resisten a la higiene buco-dental
-

Monitorizar esos indicadores, podemos obtener tendencias, medias de normalidad estadística y grados de desviación de esa normalidad. Hay que tener en cuenta que, según de qué indicador se trate, la elevación o disminución de las cifras tiene significados diferentes. Por ejemplo, una cifra baja de residentes con analgesia hace pensar en que el dolor está infraidentificado e infratratado (algo muy frecuente en personas con demencia). Sin embargo, una cifra elevada de personas que presentan batallas en el baño, hace pensar que la organización fracasa a la hora de prevenir esas conductas.

En este cuadro se explicará, a modo de ejemplo, el significado de algunos de los indicadores

Visitas a la urgencia del hospital

No cabe duda de que una persona mayor que vive en una residencia puede necesitar acudir a las urgencias de un hospital, pero tampoco cabe duda de que no todos son beneficios de esas visitas, lo que obliga a ponderar mucho esas decisiones, y obliga a monitorizar la frecuencia con la que remisión de personas a las urgencias se produce, ya que se sabe que una deficiente organización de las residencias, déficits de personal de enfermería, o simplemente evitar conflictos con familias pueden ser inductores de un abuso de esta medida, en cuyo caso el beneficio es dudoso, y se mantiene el potencial perjuicio que una estancia en urgencias puede causar en una persona mayor, especialmente si padece alguna forma de demencia.

Uso de Sillas de Ruedas

Según nuestros datos, de más de 700 centros, un 52 % de los residentes pasan la mayor parte del tiempo (excepto noches) en silla de ruedas. Se trata de un mal dato, ya que ese tipo de asientos no se adecua bien a todas las características y necesidades posturales de las personas mayores, y además guarda relación con un riesgo de caídas especiales, y de especial gravedad (P.E.: riesgo de traumatismos craneoencefálicos severos), y una mayor incidencia de problemas de conducta en personas con demencia. Un uso así de elevado de sillas de ruedas es un uso que responde a la conveniencia de los profesionales de atención directa que se encargan de los desplazamientos de los residentes que necesitan más ayuda, ahorrándose de este modo tener que hacer transferencias a sillones más adecuados para permanecer sentados.

Ayuda para AVD de última pérdida

Sabemos que la mayoría de las personas que viven en residencias conservan capacidad para realizar por sí solas actividades básicas de la vida diaria hasta sus últimas etapas de la vida, y sabemos también que son muchas las que reciben ayuda total para realizarlas, muy a conveniencia de la organización o sus trabajadores. Es el caso de comer, de lo que son capaces por sí mismos muchos residentes, pero que finalmente son alimentados por otra persona, ya sea porque interesa que acaben pronto, ya sea porque necesitan ayudas técnicas o/y orientación para hacerlo solos.

Alimentación con dietas modificadas mecánicamente

Por conveniencia, este tipo de modificaciones de los alimentos (triturarlos o pasarlos por túrmix) se realiza para facilitar la tarea de “dar de comer” a las personas que realmente o supuestamente necesitan esa ayuda para ser alimentados. Existen muchas opciones para alimentar a personas con dificultades para comer por sí mismos, si es el caso. Un número elevado de personas alimentadas con alimentos triturados es un potencial exponente de conducta por conveniencia de la organización y por tanto de maltrato.

Residentes encamados

Son excepcionales las circunstancias en las que a una persona le conviene estar encamada, y por ello el porcentaje de personas encamadas en una residencia para personas mayores normal debe ser bajo y tendente al cero. Se considera que una persona está encamada cuando pasa 22 horas o más en una cama, o un mueble semejante. Se sabe que para la organización, o para algunos trabajadores de las residencias puede ser más cómodo que algunas personas muy difíciles de manejar, que

necesitan mucha ayuda para moverse, pasen la mayor parte del día encamadas, y sabemos que algunas organizaciones buscan distintas fórmulas para justificar ese comportamiento de dejar una excesiva cantidad de personas encamadas, incluido la prescripción facultativa. En general, y salvo las excepciones aceptables, se considera que es perjudicial para una persona mayor permanecer mucho tiempo en la cama.

Residentes que presentan batallas en el baño

Las batallas en el baño, muy frecuentes en las personas con demencia, son una forma de expresión de resistencia a los cuidados que, según diversos estudios, se debe a un trato inadecuado por parte de los profesionales encargados de los cuidados más básicos que reciben los residentes en un centro. Muchas veces, las actitudes de esos profesionales de atención directa se ven influenciadas por las normas del centro, y especialmente por los horarios que deben cumplirse. Finalmente, si el residente con demencia presenta resistencia a los cuidados, está expresando que no le gusta el trato que recibe, y el sufrimiento o malestar que eso le produce. Una mejor organización de las tareas y un buen entrenamiento de los profesionales pueden ser bastante para que esto se pueda evitar.

En general, las conductas de resistencia a los cuidados, ya sea para la higiene general, ya sea para la higiene buco-dental, o para cualquier otro cuidado, se dan más frecuentemente en personas con demencia, y responden en gran medida a las formas con las que son abordados, ya sean de educación, ya sean las prisas, o la forma de hablarles, por ejemplo.

Uso de sujeciones

En los estudios realizados por el Programa Desatar español, hemos detectado que, la práctica totalidad de las sujeciones utilizadas son diarias, y que los patrones con los que se utilizan responden mayoritariamente a la conveniencia del centro o de su personal. Es curioso, pero precisamente cuando los profesionales tratan de utilizar las sujeciones por el menor tiempo posible es cuando se pone de manifiesto que el uso es por conveniencia directa de ellos, o por motivos organizativos, deficiencias del entorno o del mobiliario. Es el caso de las sujeciones que se utilizan solo por la noche, o las sujeciones que se utilizan solo por un breve periodo de tiempo todos los días a la misma hora, o las que se utilizan solo en un tipo de silla y no en otra, o las que se utilizan solo en unos lugares y no en otros, o que se repiten todos los días en las mismas circunstancias. Para que no sean interpretadas como de conveniencia, habría que explicar por qué se necesitan solo en la cama y no durante el día, o por qué se necesitan solo a unas horas y no a otras, y por qué todos los días se necesita a la misma hora, o por qué son necesarias solo en ciertos lugares y no en otros. Todas esas sujeciones pueden evitarse si se modifican horarios y organización del trabajo, si se adaptan camas y sillas, y si se cambian las normas del centro y el entorno (es lo que aprendemos de los centros libres de sujeciones que conocemos en el Programa Desatar). Hay que decir que se trata de una falsa conveniencia, pues solo resulta rentable a corto plazo, ya que las consecuencias de usar diariamente sujeciones terminarán dando más trabajo y complicaciones a la organización.

8. CONCLUSIONES/ PROPUESTAS

Los malos tratos por la institución se dan en la mayoría de las instituciones, y claro es que también en la mayoría de las instituciones de cuidado a las personas mayores, como es el caso de las residencias.

Cuando se analiza bien la afirmación de que, es necesario más personal para evitar el uso de sujeciones, una idea muy prevalente en la sociedad, se deduce que existe cierta tolerancia universal, ya que se deja ver que se admite ahorrar recursos humanos mediante esa práctica. Es algo que invita a una reflexión de toda la sociedad. Afortunadamente esa afirmación está basada en el falso mito de que no se pueden evitar las sujeciones sin incrementar la plantilla.

Hemos visto múltiples ejemplos de conductas de las organizaciones que pueden resultar en malestar, disconfort, e incluso sufrimiento para las personas mayores acogidas en residencias para su cuidado. Y hemos visto que el denominador común de esas conductas es la actuación por conveniencia, por conveniencia para la organización, conveniencia para realizar su labor de forma más fácil, con menos esfuerzo, o con menos complicaciones o conflictos.

Consideramos que el uso de sujeciones, y las experiencias de erradicación de esa práctica, pueden ser utilizada como paradigma, para evaluar actuaciones, o no, por conveniencias de las residencias. El uso de sujeciones es una práctica muy común en los centros españoles, y una práctica muy cuestionada a nivel mundial. Usar sujeciones en residencias es algo sobre lo que más se conoce, es algo de lo que más datos se tiene, y seguro que es la práctica más analizada. La vertiente de uso de sujeciones por conveniencia, ahorrándose esfuerzos, o enmascarando deficiencias, que todavía existe en España, es algo que convierte los métodos de investigación sobre sujeciones, y a las estrategias para erradicarlas, en un ejemplo útil para desarrollar sistemas de análisis de otras formas de abuso o maltrato por la institución, así como para diseñar estrategias para erradicarlas.

La prevalencia de uso de sujeciones puede servir para monitorizar el cambio de conductas de las organizaciones, el cambio de conductas necesario para que las dinámicas de acciones rutinarias y de conveniencia se cuestionen. Entendiendo que la persistencia de conductas restrictivas tendentes a utilizar sujeciones nos habla de que a las organizaciones les cuesta cambiar sus comportamientos por conveniencia, y les cuesta transformarse en la medida de lo necesario.

Los factores que han contribuido a convertir el uso de sujeciones en un fenómeno complejo, fuertemente debatido, ayudan también a discernir como se complican otras conductas de las organizaciones que gestionan la asistencia en las residencias.

También las medidas legales que se han tomado sobre el uso de sujeciones, y las que se están proponiendo actualmente, pueden servir como ejemplo de lo que se puede hacer respecto de otras prácticas abusivas de los centros.

Tengo que decir que, desde el Programa Desatar de CEOMA no consideramos que todo uso de sujeciones en residencias sea malos tratos, y que solo encajan en ese concepto las sujeciones que se utilizan para ahorrar esfuerzos, recursos, o que encubren deficiencias de conocimientos, deficiencias organizativas, o en el entorno. Y que, por tanto, consideramos que la aplicación de una sujeción en una situación extrema, de grave e inminente riesgo para la vida o integridad de la persona, o de terceros, y que no va más allá del episodio agudo que la motivó, es admisible, y no puede considerarse un maltrato. Solo las sujeciones prolongadas,

con un patrón de uso diario, se pueden cuestionar, y nosotros hemos aprendido que en general responden a un uso por conveniencia. También hemos aprendido que las circunstancias excepcionales que pueden justificar la aplicación de una sujeción no suelen darse, y conocemos decenas de centros que no han necesitado utilizarlas durante años.

Los indicadores que se describieron en el apartado anterior, que corresponden a acciones que se dan en todas las residencias, y el cálculo de esos indicadores nos puede ayudar a conocerlas, y a monitorizar en el tiempo, lo que refuerza nuestras posibilidades de delimitar hasta qué punto son admisibles.

Hoy día sabemos que el uso de sujeciones no solo tiene efectos negativos para la persona objeto de ellas, sino que también los tiene para los profesionales, que ven empobrecido su desarrollo profesional, de conocimientos y experiencia, debido a que las sujeciones no dejan trabajar en otras líneas posibles. Lograr supuestas altas cuotas de seguridad mediante sujeciones anula la necesidad de mejorar en seguridad física ambiental en los centros, por lo cual también sabemos que dicho uso tiene efectos negativos no solo para los profesionales, sino también para la organización. La sensación de seguridad que da el uso de sujeciones, la tranquilidad que producen se traduce en un menor tono de vigilancia en el centro, con las consecuencias lógicas de ello, con efectos evidentes sobre la incidencia de caídas con las peores consecuencias.

Si buscamos, en las residencias, deficiencias de seguridad física graves (seguramente inducidas por el uso de sujeciones), indirectamente podemos identificar elementos que pueden ser determinantes de comportamientos de la organización que pueden resultar abusivos para con los residentes, como es el caso de medidas de restricción de la movilidad de todo tipo.

La variabilidad de uso de sujeciones entre centros se debe más a la cultura del centro, que a las características de sus residentes.

Las deficiencias que hemos descrito en el apartado en el que me he referido al uso de sujeciones en España, están enmascaradas por el uso de sujeciones, y solo se han puesto en evidencia cuando se ha adquirido el empeño de trabajar sin sujeciones. El uso de sujeciones diarias encubre deficiencias, ya sean de capacidad profesional, ya sean ambientales, ya sean organizativas, y muchas son las veces que se aplican para evitar conflictos con familiares, pero no en el mejor beneficio de la persona. En general el uso prolongado de sujeciones responde a uso por conveniencia, y por ello es un deber moral de los profesionales erradicarlas de la práctica asistencial.

Es un deber moral, también, aceptar cierto grado de riesgo como parte esencial de un buen cuidado, recuperando así esa cuota de tolerancia a la incertidumbre necesaria para ejercer la asistencia sin caer en excesos. Los centros libres de sujeciones nos están enseñando que es posible la total erradicación de esa práctica, y que ello no conlleva menos seguridad para los residentes, ni aumento de personal.

Desatar es, pues, un cambio de paradigma, de estar de acuerdo en utilizar sujeciones, a un nuevo paradigma de cuidado en el que nos ponemos de acuerdo en no considerarlas una opción. El argumento más contundente a favor de ese cambio de paradigma es que los centros libres de sujeciones son más seguros para sus residentes que los que siguen utilizando sujeciones. Ver para creer.

A la vista de la evidencia médica disponible hasta este momento, se puede afirmar, en relación a las personas con demencia avanzada que: - Se debe evitar en la medida de lo posible la hospitalización. - Se deben evitar las restricciones físicas. - No existen estudios que

demuestren la eficacia de la alimentación enteral en pacientes con demencia avanzada. - El manejo de enfermedades crónicas concomitantes debe realizarse de forma conservadora. En Personas con demencia avanzada, el tratamiento de enfermedades crónicas debe ser restringido y dirigido a evitar efectos secundarios potencialmente serios, o incomodidad en el paciente - Es esencial evitar el uso de fármacos psicotrópicos para el manejo de los SPCD, en la medida de lo posible. Todo ello nos lleva a referirnos a la corrupción de los cuidados, y a la obligación moral de evitarla, enfocando los cuidados al bienestar de la persona, a su mayor autoestima, y a su mayor calidad de vida, posibles.

A corto plazo lo que más puede beneficiar a las personas con demencia, más que tratar su enfermedad, es no hacerles daño, no añadir problemas a los que ya tiene. Aquí es donde toman relevancia los excesos, excesos médicos y de toda índole asistencial de los que pueden ser objeto esas personas cuando reciben cuidados en las residencias.

La tolerancia cero al uso de sujeciones se convierte en un motor de mejora, ya que el uso rutinario de sujeciones es un freno para el desarrollo profesional y para la continua adecuación del Centro. Adquirir una actitud de tolerancia cero obliga a enfrentarse a los retos que plantean cada día las personas mayores, con más conocimientos, mejores estrategias y más creatividad. La búsqueda continua de la corrección de las deficiencias detectadas cuando se quieren evitar las sujeciones físicas y los cambios que por ellos se van dando en los Centros, permite deducir que aquellos que finalmente logran ser libres de sujeciones y se mantienen libres en el tiempo, obtienen mejores resultados asistenciales que los Centros que siguen utilizando sujeciones.

PROPUESTAS

La Primera recomendación es, que todos los actores que influyen en el cuidado a personas mayores admitan que los malos tratos institucionales existen, y que existen en la mayoría de las instituciones del mundo, pues de lo contrario no se actuará para prevenirlos y erradicarlos. ¿Qué director de una residencia no afirmaría tajantemente que en su centro no existen los malos tratos? Esa actitud es uno de los grandes enemigos de su erradicación.

Admitido que el riesgo de se den malos tratos por la institución es elevado, se puede trabajar para minimizar su prevalencia, y para que el disconfort, malestar o sufrimiento que se provoca a los residentes con las normas y rutinas del centro sean de menor intensidad, o que se extingan.

Genéricamente, se propone actuar sobre los factores de riesgo y los factores inductores que se explicaron antes en el apartado correspondiente. Para ello, es necesario regular más intensamente el sector de cuidados prolongados a las personas mayores, como ya se ha hecho en los países desarrollados de nuestro entorno, con la clara conciencia de que las personas que se albergan en esos recursos son personas especialmente vulnerables, y que no se puede dejar que la calidad, el bienestar, y el respeto de los derechos se den espontáneamente, o en respuesta a las leyes de mercado.

El sector de servicios sociales y cuidados prolongados ha de ser un sector muy regulado y muy controlado por los poderes públicos, , para que se puedan evitar perversiones, acciones por conveniencia, y corrupción de los cuidados. Es pues necesario, que se desarrolle normativa que facilite el control de los centros.

Que finalmente se impongan dinámicas de conveniencia o normas de trabajo perversas, significa que se ha producido también un fracaso de la dirección, por lo que sería interesante que la normativa llegara incluso a establecer como obligado que se produzca un recambio de la dirección en los centros donde se han detectados signos de malos tratos. El recambio periódico de directores se puede considerar como una estrategia de prevención de la corrupción de una organización que podría llegar a maltratar, algo especialmente interesante en centros con un mayor riesgo de corrupción de los cuidados.

La normativa debe imponer que las organizaciones revisen periódicamente el estado de ánimo de los trabajadores de atención directa, y que se tomen medidas para prevenir su burn-out.

La normativa debe exagerar el control de lo que se hace con las personas más especialmente vulnerables, como es el caso de las personas con demencias avanzadas.

La propuesta estrella es, que se promueva la eliminación de sujeciones físicas y farmacológicas, ya que utilizar sujeciones diarias es una expresión de potencial uso por conveniencia o disciplina, y son claros exponentes de prácticas que causan daño, físico, mental y moral, y de la actitud de la organización al tener que hacer frente a las conductas más desafiantes de algunos residentes. El uso sistemático de sujeciones es también un exponente de la capacidad que tiene una organización para revisar sus prácticas, y reflexionar sobre ellas. Se entiende que promover el abordaje de las sujeciones, en aras a su erradicación, induce a las organizaciones de cuidados a revisar diversas actuaciones de conveniencia, y a cambiar actitudes e inercias. Los centros que no hacen nada al respecto del uso elevado de sujeciones que realizan, son centros que se dejan llevar por la inercia de las rutinas, son centros que las han normalizado, y que muy probablemente normalicen otras prácticas de conveniencia.

Propuestas normativas

Se habla de elaborar una ley de ámbito estatal que sirva para perseguir y poner fin a los malos tratos. Dentro de esa ley, si es la idea que se impone, debería haber apartados para cada ámbito donde los malos tratos adquieren dimensiones y características diferentes, y donde trabajar sobre ellos será totalmente diferente.

Cuando hablo de ámbitos diferentes, me refiero especialmente a los dos ámbitos más importantes, el ámbito doméstico y el ámbito institucional, donde las diferencias entre los malos tratos en uno y el otro son profundas, y donde también son profundas las diferencias de lo que se puede hacer para evitarlos.

La realidad de los malos tratos por la institución se puede cambiar mediante normas de una manera mucho más efectiva, y también se puede realizar mucho más fácilmente el control en ese ámbito, lo cual no es tan sencillo en el ámbito doméstico.

Así, centrándome en propuestas útiles para cambiar las cosas en el ámbito de las instituciones de cuidados prolongados, además de poner el énfasis en normativa que aborde específicamente la erradicación de sujeciones, normativa que deje claro que se prohíbe el uso de sujeciones por conveniencia y que se controlarán los centros para que esa prohibición se cumpla, digo, además proponemos desde el Programa Desatar de la Confederación Española de Organizaciones de Mayores – CEOMA, lo siguiente:

- Que la normativa establezca límites a las normas de eficiencia de los centros y rutinas derivadas.
- Que la normativa obligue a los centros a velar por la salud mental de los profesionales de atención directa, en términos de adoptar y aplicar medidas de prevención del burn-out.
- Que la normativa obligue a los centros a tener identificados a los usuarios de mayor riesgo de ser sometidos a malos tratos o abusos.
- Que la normativa establezca que los centros deben escribir sus criterios de admisión y hacerlos públicos, al menos en relación a su capacidad asistencial, a fin de evitar que una persona ingrese en una institución inadecuada para recibir los cuidados que necesita, con el adecuado nivel de especialización del centro, sus instalaciones y sus profesionales.
- Que la normativa establezca la prohibición de rutinas o actuaciones de la organización que redunden en disconfort, malestar, o sufrimiento para los residentes.
- Que la normativa establezca que los servicios de inspección de la administración tendrán competencias para detectar las actuaciones por conveniencia, y sancionar aquellas que se traducen en disconfort, malestar, o sufrimiento para los residentes.
- Que la normativa prohíba toda actuación que pretenda disciplinar a un usuario del centro.
- Que la normativa prohíba el uso de restricciones físicas, químicas y electrónicas utilizados por conveniencia o disciplina.
- Que la normativa establezca la obligación de cumplir unos estándares por parte de los centros, según la casuística que vaya a atender:
 - Estándares arquitectónicos
 - Estándares ambientales
 - Estándares de conocimientos de los profesionales
 - Estándares organizativos y de políticas de vida
- Que la normativa prevea la creación y soporte de observatorios de malos tratos y abusos institucionales independientes, cuyos informes sean tenidos en cuenta por las administraciones públicas competentes.

Incluso, creemos que se pueden incorporar elementos que pueden influir en las leyes de mercado que rigen en parte el sector de cuidados prolongados en residencias, claramente en el ámbito de la oferta privada.

Me parece especialmente interesante la iniciativa de EE. UU. donde se aplica una norma de obligada transparencia al respecto de una treintena de indicadores de resultados y procesos que se dan en las residencias americanas, en todas, y a los que tienen acceso todos los ciudadanos del país, a través de internet, visitando una página WEB del gobierno. Así, sin salir de casa, en ese país se puede conocer del uso de sujeciones físicas que se da en cada residencia, con un sistema de búsquedas que permite ir directamente a las residencias de la zona que más nos interese. No solo se pueden ver los datos de los centros sobre sujeciones, sino también sobre las visitas al hospital, el número de personas con úlceras por presión, o el porcentaje de residentes con dolor.

Ese mismo sistema se puede aplicar para los indicadores indirectos de posible maltrato institucional que hemos referido en el apartado de “epidemiología por ponderación” explicado con anterioridad en este documento.

Puedo imaginar una página WEB del gobierno, ya sea el gobierno central, ya sean gobiernos autonómicos, en la que uno puede encontrar datos, que se revisan periódicamente,

sobre porcentaje de residentes portadores de pañal, o del porcentaje de residentes a los que se les aplican sujeciones físicas, o del porcentaje de residentes que pasan la mayor parte del día en silla de ruedas. Esos datos, y los otros que explicamos en el apartado de “epidemiología por ponderación”, pueden en sí mismos activar alarmas sobre prácticas, rutinas, actividades por conveniencia, en un centro concreto, pues además podemos compararlo con otros centros de la misma base de datos con semejante casuística atendida, y si a ello le añadimos la actualización periódica, cada vez que se produzca una nueva inspección, contamos con una visión longitudinal, evolutiva, de esos indicadores, que nos hablará de la tendencia de cada centro, y del conjunto de los centros.

Contar con información así, por internet, y respaldada por el gobierno, puede ejercer una interesante influencia en el mercado, en la medida que los ciudadanos tienen acceso libre a ella, lo que influye en sus decisiones para elegir un centro, y también en su cultura sobre los cuidados que se deben dar en las residencias, promoviendo que, cada vez más, los que consumen los servicios sociales estén mejor informados y armados para contribuir a la erradicación del trato inadecuado y de toda forma de abuso.

Bibliografía básica

1. Biggs S, Phillipson Ch, Kingston P. Elder abuse in perspective. Buckingham: Open University Press; 1995.
2. Defensor del Pueblo. Informes, Estudios y Documentos. La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos. Madrid: Publicaciones D.F; 2000.
3. Garner, J. Institutional abuse of older adults. Council Report CR84. (2000). Royal College of Psychiatrists.
4. Iborra I. 2005. Violencia contra personas mayores. Ariel Editorial - 1ª Edición ISBN10 8434474816
5. Burgueño, AA. *Memoria del Programa Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer*. Confederación Española de Organizaciones de Mayores (2007). <http://www.ceoma.org/alzheimer/index.php>
6. Wardhaugh, J. Towards an explanation of the corruption of care. *Critical Social Policy* (1993), Vol. 13, No. 37, 4-31.
7. Garner, J. An ethical perspective on institutional abuse of older adults. *Psychiatric Bulletin* (2002) 26: 164-166
8. Martínez Maroto, Antonio; Moya Bernal, Antonio. “Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación”. Colección Manuales y Guías. Serie Personas Mayores. Observatorio de Personas Mayores. <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-malostratos-01.pdf>
9. Burgueño A.A. Atención a la dependencia. Determinantes de la calidad y factores de gran impacto. Análisis de escenarios. *Agathos: Revista de Atención Sociosanitaria y Bienestar* (2008); (3): 28-36.
10. Fericglá, JM. Envejecer. *Una antropología del envejecimiento*. Barcelona: Anthropos, 1992.
11. López García de Madinabeitia, Ana Pía. Maltrato en el ámbito institucional. *Revista multidisciplinar de gerontología*. (2003), vol. 13, n. 2, p. 102-113.
12. Komrad, MS. En defensa del paternalismo médico: Potenciar al máximo la autonomía de los pacientes. *Ars Médica – Revista de Humanidades* (2002); 1: 151-165.

13. Gol Freixa JM. Bienvenidos a la medicina basada en la evidencia. En: La medicina basada en la evidencia. Guías del usuario de la literatura médica. JAMA (ed. esp.) (1997): 5-14.
14. Browman G, Gómez de la Cámara A, Haynes B, Jadad A, Gabriel R. Herramientas para la práctica de la medicina basada en la evidencia (y II). Desarrollo de guías de práctica clínica basadas en la evidencia: de abajo-arriba Med Clin (Barc). (2001) Feb 24;116(7):267-70
15. Corey TS, Weakley-Jones B. Unnatural deaths in nursing home patients. Journal of Forensic Science. (1992); 37 (1): 222-27
16. Burgueño, AA. Análisis del uso de restricciones físicas y químicas en personas mayores institucionalizadas. *Agathos: Revista de Atención Sociosanitaria y Bienestar* (2003); (1): 14-25.
17. Ljunggren, G. Phillips, CD. Sgadari; A. *Comparisons of restraint use in nursing homes in eight countries. Age and Ageing* (1997); 26-S2: 43-47.
18. Evans LK, Strumpf NE. Myths about Elder Restraint. Journal of Nursing Scholarship. (1990); 22(2):124-128.
19. Phillips, CD. Hawes, C. Mor, V. Fries, BE. Facility and area variation affecting the use of physical restraint in nursing homes. *Medical Care* (1996); vol 34 (11): 1149-1162.
20. Burgueño, A.A., Iborra, I. Prevalencia comunicada de sujeciones físicas. Resultado de la aplicación de un sistema de información para un benchmarking anónimo entre residencias españolas del Programa desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer. *Revista Agathos de Atención sociosanitaria y bienestar* (2008); (1): 4-11
21. Castle, NG. Fogel, B. Characteristics of nursing homes that are restraint free. *The gerontologist* (1998); Vol 38(2): 181-188.
22. Bleijlevens MH, Wagner LM, Capezuti E, Hamers JP. International Physical Restraint Workgroup. Physical Restraints: Consensus of a Research Definition Using a Modified Delphi Technique. *J Am Geriatr Soc.* 2016 Nov; 64(11):2307-2310.