



**TRABAJO FIN DE
GRADO EN TRABAJO SOCIAL**
**“El Trabajo Social y el Uso
Racional de Sujeciones”**

-Un compromiso de todos-

Autor/a:

MELANIE M^º. BLANCO GARCÍA

Tutor/a:

JOSÉ A. GARCÍA DE COCA

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

CURSO 2014 - 2015

FECHA DE ENTREGA: 24 de JUNIO de 2015

ÍNDICE

Resumen.....	3
Introducción.....	4
Capítulo 1. Aproximación al concepto de sujeciones.....	5-10
1.1. Sujeción, contención, restricción.....	5-9
1.2. Tipos de sujeciones: sujeciones físicas versus sujeciones químicas.....	9-10
Capítulo 2. Prevalencia en el uso de sujeciones.....	11-28
2.1. Prevalencia en España.....	11-15
2.2. Factores socioculturales que justifican la alta tolerancia al uso de sujeciones...	15-18
2.3. Uso inadecuado de sujeciones: Efectos perversos.....	18-23
A. Sujeción física.....	18-21
B. Sujeción química.....	21-22
C. Relación entre sujeciones físicas y químicas.....	22
D. Consenso sobre su uso inapropiado.....	23
2.4. Mitos y creencias. Una razón de la prevalencia en España.....	24-26
2.5. Realidad y retos de la promoción del uso racional de las sujeciones.....	26-27
2.6. Alternativas al uso de la restricción física.....	27-28
Capítulo 3. Trabajo social y uso racional de las sujeciones.....	29-41
3.1. Las sujeciones en el sistema de servicios sociales.....	30-38
A. Regulación normativa versus centros libres de sujeciones.....	34-35
B. Decreto foral 221/2011, de 28 de septiembre, por el que se regula el uso de sujeciones físicas y farmacológicas en el ámbito de los servicios sociales residenciales de la comunidad foral de navarra.....	36-38
3.2. Principios éticos del Trabajo Social.....	39-41
Capítulo 4. La formación en el ámbito profesional de Trabajo Social entorno al uso de sujeciones.....	42-58
4.1. Objetivos.....	42
4.2. Metodología. Hipótesis de partida.....	42
4.3. Técnicas de producción de datos.....	42-44
A. Metodología cuantitativa.....	43
B. Metodología cualitativa.....	44

4.4. Escala de actitud y opinión. Aproximación sobre la necesidad de formación entorno al uso de sujeciones en los profesionales de Trabajo Social: Resultados de la encuesta.....	45-53
A. Caracterización de la muestra.....	45
B. Impacto de la formación en los estudiantes de Grado en Trabajo Social..	46-53
4.5. Análisis del contenido y del discurso. Resultados de las entrevistas a expertos..	54-58
Conclusiones.....	59-63
Bibliografía.....	64-65
Normativa consultada.....	66
Anexos.....	67-75
1.Cuestionarios sobre la percepción de la necesidad de sujeciones físicas y químicas en las residencias de personas mayores.....	67-68
2.Tabulación datos escala de actitudes y opinión.....	69-71
3. Entrevistas a expertos.....	72-73
4. Materiales utilizados en la formación.....	74-75

RESUMEN:

El uso de sujeciones físicas y químicas no dispone de evidencias científicas que lo avalen, sino que por el contrario se detectan multitud de evidencias acerca de los efectos perjudiciales, tanto físicos como psicológicos, que provocan. Y supone a su vez la pérdida y el quebrantamiento de la autonomía, la dignidad y la autoestima de las personas objeto de su aplicación. Con el presente trabajo se pretende realizar una llamada de atención y generar debate en el colectivo de Trabajo Social, aportando una serie de razones que nos comprometen, sobre la necesidad de atender y abordar, desde nuestra competencia, esta realidad para garantizar una intervención social, basada en la mejora de la calidad de vida de las personas objeto de nuestra intervención y acorde a los principios inspiradores de la profesión, de respeto por el valor intrínseco y la dignidad de los seres humanos, no hacer daño, el respeto a la diversidad y la defensa a los derechos humanos y la justicia social.

Palabras Clave: Sujeciones, Trabajo Social, Ética, Formación.

INTRODUCCIÓN:

A lo largo de este trabajo se realiza una revisión y un estudio teórico sobre la realidad del uso de sujeciones (físicas y químicas) en la atención a las personas mayores en España y las cuestiones que hemos considerado más controvertidas y que deben ser objeto de reflexión, así como los avances realizados en la materia. El presente trabajo entorno a las sujeciones en personas mayores en base a una investigación y revisión bibliográfica se resaltan además los siguientes enclaves o focos fundamentales:

-La importante necesidad de que se realice una regulación a nivel estatal del uso de sujeciones, tal y como sucede en otros países, e incluso en la comunidad foral de Navarra, en su Decreto Foral 221/2011, de 28 de septiembre, por el que se regula el uso de sujeciones físicas y farmacológicas en el ámbito de los servicios sociales residenciales de la comunidad foral de Navarra. Norma pionera y estimulante en nuestro país. Se precisa normativa que ofrezca garantías como las que de esta normal en concreto se desprenden.

-La importancia de la formación e información de los futuros profesionales y profesionales en activo, sobre las sujeciones y entre otros aspectos, sobre sus repercusiones y consecuencias, así como su necesaria racionalización y alternativas.

-La importancia de la implicación y posicionamiento del colectivo de trabajo social, desde dos principales abordajes:

- Otorgar la consideración de necesidad social del colectivo de personas mayores, en este caso, al uso adecuado y racional de las sujeciones, tanto físicas como farmacológicas, y en especial en personas mayores dependientes con deterioro cognitivo y/o demencias, como grupo del alto riesgo de padecerlas, o ser objeto de estas en algún momento de su vida.
- Desde la dimensión de la ética y la protección de los principios de dignidad, libertad y autonomía y los derechos que de ellos se desprenden. Justificado en que el trabajo social se erige como protector, garantizador y procurador de los mismos en lo largo y ancho de sus intervenciones, en especial desde la intervención social con el colectivo de personas mayores, más concretamente en centros residenciales, ámbito en el que se enmarca este trabajo.

El trabajo se estructura en torno a tres partes desarrolladas a lo largo de cuatro capítulos:

Capítulo uno y dos se desarrollan en base a una revisión bibliográfica entorno a al concepto y tipos de sujeciones, la prevalencia existente en España y los factores que condicionan la necesidad de un “no uso” de sujeciones.

Capítulo tres se realiza un análisis sobre la situación de las sujeciones en relación con el Trabajo Social en el ámbito de los Servicios Sociales. Para ello se analiza la normativa existente al uso de sujeciones y las leyes de Sociales y por otra parte analizar los principios de Trabajo Social y las repercusiones que conlleva el uso de sujeciones.

Capítulo cuatro se desarrolla una investigación con la que tratamos de aproximarnos a la realidad a través de una metodología cuantitativa y cualitativa, con la finalidad de ver si la formación índice o no, en la perspectiva y en el posicionamiento de los profesionales

CAPÍTULO 1. ACERCAMIENTO AL CONCEPTO DE SUJECIÓN

1.1. Sujeción/Contención/restricción.

Cuando tratamos de adentrarnos en la investigación y estudio de un tema concreto, resulta fundamental definir de forma clara, los conceptos claves, de forma que todos partamos de un mismo esquema conceptual que delimite el estudio.

Sin embargo cabe destacar en un primer momento, la gran complejidad a la hora de abordar el término objeto de estudio ya que en la comunidad científica existe una falta de consenso en torno a su conceptualización, de forma que se puede evidenciar el uso de diversos términos.

Conceptos como contención o restricción son utilizados indistintamente por los diversos autores consultados para referirse a sujeciones, ello es debido en gran parte a que en muchos casos se incorpora la subjetividad, y la perspectiva de quien escribe o habla sobre el asunto.

Además de estos tres conceptos fundamentales que aparecen en la mayoría de los materiales consultados, es importante añadir la definición del término más empleado en (Burgueño, 2008a): atar.

“Es más, en algunos casos con toda esta sinonimia, lo que se pretende no es más que eludir, de una forma artificiosa, el reconocimiento del uso de las mismas; no pudiendo así dimensionar o cuantificar su magnitud real” (Comité Interdisciplinar de Sujeciones, 2014 p.11)

En un primer acercamiento al concepto y partiendo del significado de los diversos términos empleados cuando se alude al concepto de sujeción, el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española define estos términos como:

- A. **“Sujeción:** (Del lat. *subiectĭo*, -ōnis).
 - 1. f. Acción de sujetar.
 - 2. f. Unión con que algo está sujeto de modo que no puede separarse, dividirse o inclinarse.” (DRAE, 2015)
- B. **“Contención:**
 - 1. f. Acción y efecto de contener (sujetar el movimiento de un cuerpo).” (DRAE, 2015)
- C. **“Restricción:** (Del lat. *restrictĭo*, -ōnis).
 - 1. f. Acción y efecto de restringir (Ilceñir).” (DRAE, 2015)
- D. **“Atar:** (Del lat. *aptāre*, ajustar, adaptar).
 - 1. tr. Unir, juntar o sujetar con ligaduras o nudos.
 - 2. tr. Impedir o quitar el movimiento.” (DRAE, 2015)

Acercándonos al concepto desde la literatura existente en torno al tema, a partir de la recopilación de documentación y su posterior análisis, encontramos las siguientes diversas definiciones, que pueden dar lugar o ser objeto de algún tipo de confusión y/o controversia, recogemos a continuación una muestra:

Sujeción Física/mecánica:

1. “Cualquier método, aplicado a una persona, adyacente a ella, que limite su libertad de movimientos, la actividad física, o el normal acceso a cualquier parte de su cuerpo, y que no es fácil de remover” (Burgueño, 2008a p.4)
2. “Cualquier procedimiento o método que mediante un dispositivo material, equipo mecánico o físico, unido, adyacente o atado al cuerpo del paciente, que este no sea capaz de mover o retirar con facilidad, que deliberadamente limite la libertad de movimientos de todo o una parte del cuerpo, o el acceso normal al propio cuerpo” (Comité Interdisciplinar de Sujeciones, 2014 p.12)
3. “Cualquier dispositivo, material o equipo aplicado a una persona, unido a ella o cerca de su cuerpo, que no puede ser controlado o retirado con facilidad por ella misma y que deliberadamente evita o intenta evitar su libertad de movimiento y/o el natural acceso a su cuerpo” (Nevado, 2013 p.288)
4. “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” (Burgueño, 2013 p.154)
5. “Cualquier dispositivo físico o mecánico, material o equipo unido o adyacente al cuerpo del residente, que éste no sea capaz de retirar con facilidad y que limite su libertad de movimientos o el acceso normal a su cuerpo” (Galán Cabello & et al., 2008 p.209)
6. “Entendemos por sujeciones todos aquellos mecanismos de contención, sean físicos o farmacológicos, aplicados a personas dependientes como medidas de seguridad, por ejemplo para evitar caídas, conductas disruptivas o complicaciones de otros dispositivos médicos” (Villacieros, Steegman, Mejías, & Bermejo, 2013 p.408)
7. Intencionada limitación de la espontánea expresión o comportamiento de una persona, o de la libertad de sus movimientos o su actividad física, o el normal acceso a cualquier parte de su cuerpo, con cualquier método físico aplicarlo sobre ella, o adyacente a su cuerpo, del que no puede liberarse con facilidad. (Decreto Foral Navarra 221/2011)

Contención física/mecánica:

1. “Procedimiento físico o mecánico dirigido a contener, sujetar o limitar el movimiento parcial o total del cuerpo, y que no pueda ser manipulada o retirada por el paciente” (Comité Interdisciplinar de Sujeciones, 2014 p.12)

Restricción física/mecánica:

1. “Se trata de cualquier acción (mecánica o física), que se utiliza con el propósito o la intención de limitar la libre circulación o capacidad de tomar decisiones de uno mismo o de una tercera persona. (Comité Interdisciplinar de Sujeciones, 2014 p.12)
2. “Cualquier método físico, manual, aparato mecánico o equipo que este contiguo al cuerpo del individuo, que lo sujete de tal forma que la persona no lo pueda suprimir fácilmente y el cual restrinja la libertad de movimientos o el acceso normal a cualquier parte de su cuerpo” (Fariña-Lopez, Estévez-Guerra, Núñez González, Montilla Fernández, & Santana Santana, 2008 p.201)
3. “Como su nombre indica, esta técnica supone una restricción física y una limitación de la libertad de movimientos”. (Fernández Rodríguez & Zabala Blanco, 2014 p.63)
4. “La restricción física, es cualquier método físico, manual, aparato mecánico o equipo que este contiguo al cuerpo del individuo, que lo sujete de tal forma que la persona no lo pueda suprimir fácilmente y el cual restrinja la libertad de movimientos o el acceso normal a cualquier parte de su cuerpo”. (Alarcón, 2001 p.46)

⇒ *Controversia terminológica.*

A la hora de determinar los porqués de esta controversia a la que hemos aludido al enfrentarnos a la definición del término objeto de estudio encontramos igualmente diferentes explicaciones:

Burgueño (2008a) en su trabajo cuando analiza las definiciones expone que en primer lugar existe una tendencia implícita en las definiciones a asociar la sujeción a medidas o un procedimiento terapéutico, lo que conlleva el encubrimiento de muchos factores determinantes para justificar en todo caso su uso. Considera el autor que se trata de un gran ejercicio de hipocresía que nos lleva a pensar que siempre que se usen sujeciones se trata de un procedimiento médico.

“La mentira está relacionada también con los eufemismos antropológicos de la medicina, de tal manera que cuando se ata a alguien en el contexto de una institución sanitaria se debe hablar de sujeción o restricción, no de atadura” (Burgueño, 2008a p.5) explicando esa justificación como tratamiento médico.

Además argumenta por qué emplear el término “Atar” y porque resulta molesto:

“Eliminar el termino atar es muy útil para la tranquilidad moral, ahorrándose tener que reflexionar, bajo la lupa de la moral, sobre una práctica que es muchas veces violenta, y que está muy cuestionada, tanto desde el punto de vista técnico-científico, como del ético.” (Burgueño, 2008a p.11)

Señala que es precisamente esta forma de denominar el programa el que en algunas ocasiones ha provocado reacciones adversas en el contexto profesional, en el sentido de que muchos se desmarcan ya que consideran que “ellos no atan a las personas” y es una causa del impacto que supuso su puesta en marcha.

El surgimiento de dilemas y diferentes perspectivas entorno a la consideración de ciertos dispositivos o mecanismos, como sujeciones o no, son la matriz también del problema de la conceptualización.

Entre ellos encontramos el uso de barandillas, sillones geriátricos, mesas etc. Es decir, “El sesgo de la tecnificación, es decir, se considera sujeción o restricción física lo que se hace con dispositivos técnicos homologados, y atadura lo que se hace con medios rudimentarios (cuerdas, sábanas, etc.)” (Burgueño, 2008 p.5)

A lo largo de la literatura escrita entorno a este asunto lo que más se destaca es el debate en torno al uso de barandillas en las residencias de personas mayores y su consideración como sujeción física o no.

Fariña-López (2011) dedica un apartado en su artículo los “Dispositivos más implicados en los accidentes comunicados” donde aparecen: los dispositivos “caseros” de sujeción, los chalecos o cinturones abdominales de sujeción, pero también nos habla de las Barras laterales de las cuales señala lo siguiente:

“colocar una barra de protección se considera uno de los procedimientos más rutinarios y benignos. Sin embargo, este dispositivo se ha asociado con innumerables percances, por lo que su posible aplicación debe ser valorada adecuadamente”. (Fariña-López, 2011 p.38)

Nosotros atenderemos a este dilema desde las consideraciones realizadas desde el Documento de consenso sobre sujeciones mecánicas y farmacológicas:

“Siempre que se utilice ambas barandillas de la cama, o en aquellos casos en los que se utilice una sola barandilla, independientemente del tipo que sean, pero siempre que esta, corresponda al lado de la única salida posible de la cama (...)”
“Las barandillas son métodos de sujeción-restricción mecánica con un riesgo de siniestralidad y accidentes muy alto”. (Comité Interdisciplinar de Sujeciones, 2014 p.13)

También atienden al uso inadecuado del mobiliario ergonómico adaptado, ya que no hay que olvidar que estos dispositivos pueden ser utilizados mediante argucias con la intención de limitar o restringir el movimiento de las personas o liberarse de ellos con facilidad. Matizan a su vez diciendo que:

“Si bien es verdad que desde el punto de vista asistencial, parece que existen ciertos matices conceptuales diferenciales entre los términos sujeción/restricción/contención; no acontece así desde una perspectiva puramente jurídica, en la medida en que dichos términos, todos ellos, reflejan una privación de la libertad de los movimientos de la persona y, que por lo tanto, afectan al derecho fundamental reconocido en el artículo 17 de la constitución española...” (Comité Interdisciplinar de Sujeciones, 2014 p.15)

Pese a todo lo expuesto también es destacable la explicación que señala Rodríguez Delgado (2013), quien inicia su trabajo señalando que tras la revisión bibliográfica se “desvela alguna confusión en la utilización de los términos que hacen referencia a las contenciones mecánicas, escasez de dialogo ante los conflictos éticos que sugieren su uso, una notable generalización de las afirmaciones en contra y la ausencia de referencias positivas a pesar de que como muestran algunos autores su prevalencia es de las más elevadas del mundo” (Rodríguez, 2013 p.1)

Y propone definir las contenciones mecánicas en función de su intencionalidad, ya que según dice el autor, “El termino genérico “contención” hace referencia a una acción como el hecho de poner un límite a la persona, no desde la dominación o el poder sino como algo bien intencionado más beneficioso que perjudicar con la intención, de impedir que traspase un límite físico y/o emocional. En base a esto definir las contenciones mecánicas en función de los dispositivos crea ambigüedades tanto técnicas como éticas” (Rodríguez, 2013 p.4).

Por ello también se lanzan a la propuesta de ampliar el concepto de forma que se entienda como contenciones mecánicas “cualquier procedimiento, o dispositivo técnico, mobiliario o textil en contacto o muy cercano a las persona cuya intención sea la de restringir, limitar o dificultar su movilidad de una o diversas partes de su cuerpo”. (Rodríguez, 2013 p.4)

1.2. Tipos de sujeciones: Sujeciones físicas versus sujeciones químicas.

Dada la falta de consenso por parte de los diversos autores acerca de la definición de este término como ha quedado reflejado en el apartado anterior, se hace necesario de cara a la evolución del trabajo que se presenta delimitar el concepto de manera que se clarifique que se entiende por sujeciones tanto físicas como químicas.

Por un lado, en cuanto a la sujeción física, y tras analizar la diversa literatura existente al respecto, tomamos como referencia la definición aportada por el Comité interdisciplinar de sujeciones, la cual compartimos:

- I. SUJECIÓN FÍSICA: *“Cualquier procedimiento o método que mediante un dispositivo material, equipo mecánico o físico, unido, adyacente o atado al cuerpo del paciente, que este no sea capaz de mover o retirar con facilidad, que deliberadamente limite la libertad de movimientos de todo o una parte del cuerpo, o el acceso normal al propio cuerpo”* (Comité Interdisciplinar de Sujeciones, 2014 p.12)

Por lo tanto, vamos a entender como sujeción física, cualquier mecanismo que se utilice, y suponga la limitación de la libertad de movimientos, de alguna forma o en

alguna medida, constituye para nosotros una medida de sujeción mecánica. (Incluyendo barandillas y el mobiliario que se utilice con pretensiones perniciosas y/o mal intencionadas).

Por otro lado, en cuanto a la sujeción química o farmacológica, decir que la delimitación conceptual entraña igualmente sus complicaciones al entrar en escena la intención o intencionalidad con la que se dispensa (Comité Interdisciplinar de Sujeciones, 2014). Resulta complejo identificar el límite entre un uso puramente terapéutico y un uso restrictivo de la voluntad. Si ya hemos visto en el apartado anterior, la falta de acuerdo sobre lo que se considera o no sujeción física y un uso inadecuado de las mismas, se puede decir que en cuanto a las sujeciones farmacológicas incluso es más complejo ya que no existe ni si quiera un reconocimiento de que exista la posibilidad de que se empleen de forma inadecuada. Se da por sentado, que nunca se va a prescribir-administrar, un fármaco con otra intención que no sea la meramente terapéutica y que siempre se prescribe de forma adecuada. Esto se constata en la escasez de guías o protocolos de buenas prácticas que regulen u orienten este tipo de prescripciones. (Burgueño, 2008a)

Nosotros nuevamente tomamos y asimilamos la conceptualización que desde el Comité Interdisciplinar de Sujeciones se aporta para delimitar lo que a lo largo del presente trabajo vamos a entender como sujeción química y/o farmacológica:

- II. SUJECIÓN QUÍMICA-FARMACOLOGÍA: *“Uso de psicofármacos independientemente del grupo o familia utilizada y/o de su dosis, que limiten o restrinjan la movilidad y comprometan las actividades de la vida diaria (levantarse, vestirse, bañarse, ir al baño, etc.), así como el funcionamiento mental (enlentecimiento del pensamiento), con el objetivo de controlar una conducta inadecuada o molesta (vagabundeo, rechazo de los cuidados, etc.), y siempre que no tiene su base en un trastorno psiquiátrico o medico diagnosticado, sino que se utilizan por conveniencias organizativas y no en beneficio de la persona. Es decir, el uso de medicamentos para manejar un problema para el que existe mejor tratamiento”* (Comité Interdisciplinar de Sujeciones, 2014 p. 16)

Así mismo destacamos la definición procurada desde el Decreto Foral 221/2011, de 28 de septiembre, por el que se regula el uso de sujeciones físicas y farmacológicas en el ámbito de los servicios sociales residenciales de la comunidad foral de navarra, norma pionera fundamental y excepcional en este momento, en nuestro país, quien atiende a la definición de Sujeciones Farmacológicas, en el artículo 3 como:

“Intencionada limitación de la espontanea expresión o comportamiento de una persona o de la libertad de sus movimientos, o su actividad física, mediante cualquier fármaco”.

CAPÍTULO 2. PREVALENCIA EN EL USO DE SUJECIONES.

2.1. Prevalencia en España.

En España se pueden apreciar o diferenciar tres etapas o momentos entorno a la preocupación por el fenómeno de las sujeciones:

PRIMERA ETAPA:

Hasta la década de los noventa: no existía conciencia, ni consideración por el asunto de las sujeciones, ni en el proceso asistencial, y mucho menos a nivel social. “Su uso durante esta etapa, venia determinado por la sensibilidad y buena praxis de los profesionales” “Eran momentos o etapas de absoluta opacidad y tenebrosidad, en las que para sujetar a las personas, se utilizaban elementos o utensilios no homologados” “su uso a menudo se ocultaba, no se comunicaba a los familiares, ni se les hacía partícipes en la toma de decisión” (Comité Interdisciplinar de Sujeciones, 2014 p.18).

SEGUNDA ETAPA:

Irrupción del siglo XXI. Durante los primeros años del siglo XXI, comienza a despertar interés y preocupación las sujeciones y sus efectos por lo que comenzaron a surgir múltiples guías y protocolos que daban cuenta de indicaciones y buenas prácticas a la hora de aplicar las sujeciones. “Pero sin que con ello hayamos avanzado en el compromiso de los derechos, principios, valores y autoestima de las personas a las que atendemos” (Comité Interdisciplinar de Sujeciones, 2014 p.18)

Varios años más adelante debido a que la irrupción de todos estos protocolos y guías de buenas prácticas cobraron un aspecto protector de las entidades y la propia protección a la persona quedó en un segundo plano, se comienza a apreciar: “las enormes repercusiones jurídicas, sociales, morales y éticas tanto de los profesionales como de las instituciones encargadas de la atención a los mayores.” Ya que como bien destaca el Comité Interdisciplinar de sujeciones: “comprometen el derecho a la libertad, a la integridad física y moral, a no sufrir trato inhumano o degradante, al principio de autonomía y a determinados valores como la dignidad personal y la percepción de la autoestima” (Comité Interdisciplinar de Sujeciones, 2014 p.19)

TERCERA ETAPA:

En la actualidad se trata de “generar nuevas apuestas que mejoren la calidad de vida, la seguridad, la autoestima y la dignidad de las personas” (Comité Interdisciplinar de Sujeciones, 2014 p.19)

En España encontramos por tanto una alta prevalencia del uso de sujeciones, siendo inexistente además una legislación específica para esta cuestión quedando por tanto desregularizado el uso de sujeciones tanto físicas como químicas.

De esta forma y en comparación con otros países se pone en evidencia el elevado uso de sujeciones en la atención de personas mayores en España alcanzando este problema una dimensión preocupante según criterio de los distintos autores consultados.

En 1997 se realizó uno de los primeros estudios epidemiológicos sobre el uso de sujeciones del que se extrajo una gran preocupación acerca del uso de sujeciones físicas en residencias y otros centros de cuidados prolongados de personas mayores (Nevado, 2013 p.286)

Tabla 1: Prevalencia de uso en 8 países. Porcentaje de residentes con sujeciones físicas usadas diariamente y no diariamente

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

Age an ageing 1997, suplemento de verano

“En la tabla se puede apreciar que países como Dinamarca, Islandia y Japón, presentaban ya por aquel entonces una baja tasa de sujeciones con menos de un 9% de sujetos. Entre el 15 y 17% sufren sujeciones en Francia, Italia, Suecia y EE.UU, mientras que en España casi el 40% de la muestra presenta sujeciones.” (Nevado, 2013 p.287)

Burgueño (2008a) amplía esta información aludiendo a que:

“El tipo de sujeción empleada también varía, según ese mismo estudio, así en Suecia y EE.UU. el uso de sujeciones de tronco tiene más prevalencia que otros tipos. En otros países, una silla que impida levantarse era el tipo dominante: se utilizaban dos a tres veces más que las restricciones”. “Las cifras altas de España se derivaban del uso de sillas de las que las personas no puede levantarse.” “El uso “no diariamente” de restricciones también varía mucho: las cifras eran bajas en Dinamarca e Islandia, que también presentaban un uso diario bajo, pero también en España, donde el uso total era alto.” (Burgueño, 2008a p.6)

Y por otro lado “La enfermería de centros de cuidados prolongados sugiere que entre un 50% y un 75% de los sujetos reciben medicamentos psicotrópicos, a diferencia de lo que se ha observado en el medio comunitario que oscila alrededor del 16%” (Burgueño, 2008a p.6)

El autor profundiza un poco más en la problemática del uso de sujeciones farmacológicas y nos indica que: *“Del resto de estudios analizados cabe destacar el que analiza el consumo entre personas con demencia, mostrando que un 65.5% del total de la muestra consumía neurolépticos, así como otros que ponen en evidencia que un plan de suspensión de neurolépticos en personas con demencia institucionalizadas, consigue mantener al 30-40% de ellos sin el fármaco después de 6 meses.”* (Burgueño, 2008a p.7)

Respecto a la falta de investigaciones y datos propios en España, indica que: “En España se carecía de la información actualizada de prevalencia y de evidencias publicadas sobre cómo se percibe esa práctica, el uso de sujeciones, desde la sociedad, los profesionales sanitarios, y los representantes del sector de cuidados prolongados a personas mayores y enfermos de Alzheimer” “Ha sido pues necesario actualizar datos habiéndose realizado una serie de estudios, dirigidos por el autor de este trabajo, durante los años 2005 y 2006”. (Burgueño, 2008a p.7)

“Prevalencia comunicada de sujeciones físicas” de Burgueño Torijano, Iborra Marmolejo, Martínez Sánchez, & Pérez Cano, (2008). Se trata de un estudio referente en España, por ello resulta imprescindible adentrarnos en él.

Cuando analizamos el artículo donde se recoge este estudio lo primero que nos indica es lo siguiente: “Para investigar incluyendo al sector privado, se consideró necesario establecer un sistema basado en la confianza y en la rentabilidad para los centros participantes, ideándose un “Benchmarking anónimo” que permita la comparación”. “Conscientes de que investigar sobre sujeciones podría despertar reacciones negativas” (Burgueño et al., 2008 p.4)

“En este artículo se publica el análisis de la primera entrega de datos que se obtuvo a partir de la participación del grupo inicial de centros incorporados al benchmarking”. “El objetivo de este trabajo fue examinar la frecuencia de utilización de sujeciones y los factores asociados”.

“Nos preguntábamos si sigue existiendo en España una alta prevalencia de sujeciones y si su uso guardaba relación con, el tamaño del centro, la titularidad –pública o privada-, la antigüedad, la ubicación –urbana o rural, la pertenencia a un grupo, la proporción de residentes con demencia y el uso de barandillas” (Burgueño et al., 2008 p.5)

Burgueño (2008a) nos dice que de dicho estudio de prevalencia comunicada de sujeciones físicas se pueden extraer las conclusiones siguientes:

“Participaron 63 residencias, seleccionadas aleatoriamente, con un total de 5.080 plazas de las cuales estaban ocupadas el 87.19%. Se ha observado una prevalencia global de sujeciones del 17.61% y que las sujeciones guardan una aceptable correlación con la demencia y el uso de barandillas y que existe una

elevada variabilidad de uso. Véase que en este reciente estudio se habla de sujeciones usadas diariamente y que si seleccionamos a los residentes más dependientes nos quedamos con una casuística más atendida, que se asemeja más a la del estudio comparativo internacional antes referido, y entre ellos la prevalencia se eleva al 27.54%” (Burgueño,2008b p.7)

Pero además a lo largo de nuestra búsqueda bibliográfica hemos manejado otro artículo titulado “Uso de sujeciones físicas en una población anciana ingresada en residencias públicas” (Galán et al., 2008 pp.208-213) que nos aporta más datos reveladores sobre la situación del uso de sujeciones.

Para realizar el estudio se incluyeron a 25 residencias públicas de la comunidad de Madrid, donde se propusieron realizar el análisis de los datos referidos: La frecuencia de uso de sujeciones físicas (diario o temporal), que tipo de dispositivo se emplea, así como el grado de dependencia funcional para las actividades básicas de la vida diaria y el grado de deterioro cognitivo de los residentes.

El objetivo que se plantean en el estudio es: “conocer la prevalencia de uso de dispositivos de sujeción física en residencias públicas de mayores utilizando el sistema de información clasificación funcional de residentes, para evaluar la implantación del protocolo dirigido a reducir su uso y a su manejo racional.” (Galán et al., 2008 p.208)

Los resultados derivados del estudio los resumen de la siguiente forma: “Residentes incluidos: 5.346. La prevalencia fue del 8.4%. Añadiendo el uso de barandillas en la cama, el porcentaje se eleva al 20.8%. El 63.4% de las sujeciones eran barandillas; había restricción de tronco en el 17.7%, restricción de miembros en el 3% y sillas de sujeción en el 15.9%. Solo se utilizó un dispositivo en el 62.2%. De las sujeciones, el 71.4% se utilizó a diario y el 28.6% de forma no permanente.” (Galán et al., 2008 p.208)

Y por último y a modo de resumen los autores concluyen que: “Los resultados permiten obtener una aproximación a la situación actual de uso de sujeciones físicas en residencias. La prevalencia es similar a la obtenida en otros estudios e incluso inferior a otras publicadas. Las barandillas son el dispositivo de sujeción más empleado. Probablemente exista un uso excesivo de barandillas que afecta incluso a residentes sin deterior cognitivo ni dependencia física.” (Galán et al., 2008 p.208)

Alarcón (2001) nos señala que:

“En España, el uso de la restricción física en el anciano tanto en hospitales como en residencias, es un problema también muy poco tratado en las revistas científicas, a pesar de la alta frecuencia de su uso”. “La tasa de prevalencia de restricción física en el medio hospitalario varía según los diversos estudios, incrementándose en la población anciana” En hospitales de agudos la prevalencia se situó entre el 1.7-27%, en unidades de rehabilitación 34%, unidades cuidados intensivos médicos 37% y quirúrgicas 28%” “En España, en un estudio realizado por la Unidad de valoración Geriátrica del Hospital de La Paz en pacientes ancianos ingresados en Traumatología, la prevalencia encontrada fue del 10.2% (datos propios no publicados).” (Alarcón, 2001 p.46)

Para concluir este apartado de nuestro trabajo nos vamos a apoyar en lo que esta autora en otro de sus artículos denominado “El uso adecuado de la restricción física en el anciano: una preocupación creciente” el cual finaliza diciendo:

“Conocemos la prevalencia en nuestro medio, conocemos también el uso inadecuado en un porcentaje no despreciable de la población. Es preciso formar a los profesionales en este problema, fomentar su uso adecuado y protocolizarlo, y prevenir complicaciones si se usan. (...) La introducción de programas educativos para profesionales, las alternativas al uso de la restricción física, el conocimiento de las consecuencias de su uso, y el seguimiento de políticas de no restricción y de estándares de calidad han resultado muy útiles en otros países para reducir la prevalencia de uso de restricción, sin incrementar el personal cuidador, la medicación psicotrópica o las caídas sin lesiones y nuestro medio no es diferente. “

“Disminuir la restricción requiere un cambio de actitudes y conductas por parte de los profesionales, junto con una política clara sobre su uso, tanto en medio hospitalario como en medio residencia. La filosofía que debe imperar es la de usar lo menos posible la restricción. Unos buenos cuidados en el anciano son unos cuidados sin restricción.”
(Alarcón, 2008 p.198)

2.2. Factores socioculturales que justifican la alta tolerancia al uso de sujeciones.

El programa “Desatar al Anciano y al enfermo de Alzheimer” y los estudios que su autor ha realizado nos proporciona claves para la comprensión de este fenómeno.

Como el mismo reconoce: “El fenómeno de las sujeciones es muy desconocido en muchas de sus dimensiones. Está plagado de mitos”, “El uso de sujeciones se ve fuertemente influenciado por, la cultura general, la cultura de las organizaciones, la de los distintos profesionales y la formación del personal” (Burgueño, 2008a p.3) por ello, vamos a realizar un repaso a los apuntes que el autor nos aporta sobre las actitudes y la percepción profesional y social que existen en la sociedad española

La razón básica que fundamenta y apoya el uso de sujeciones es la de proteger de caídas, accidentes y la protección de la integridad física de la persona, sin embargo ya son muchos los estudios realizados por numerosas instituciones y expertos en la materia, entre otros, la Fundación Cuidados Dignos, Grupo Torrezuri, CEOMA, que están demostrando que cuando se emplean sujeciones físicas y/o químicas se aumenta el riesgo de accidentes y caídas mucho más graves. Y al mismo tiempo se está comprobando como la eliminación o reducción de sujeciones no solo proporciona mayor calidad en la atención a la persona mayor, sino que incluso se ha demostrado la reducción significativa de estos accidentes y caídas, y sus efectos colaterales.

Además se está constatando que en multitud de ocasiones el empleo de medidas restrictivas viene determinado principalmente por la necesidad de auto protección de las personas encargadas de su atención y no tanto por el “bien” de la persona. Los y las profesionales tratan de protegerse de las tan temibles reclamaciones legales que se producen ante las posibles situaciones de caídas o accidentes. Tradicionalmente la pauta facultativa del algún tipo de sujeción ha proporcionado alivio a dichas situaciones, sin reparar en ningún caso en la persona usuaria y su bienestar. La pauta de estas medidas

no suele ajustarse a una evaluación integral y personalizada provocando por tanto, que en muchas ocasiones estas medidas no logren el efecto deseado, y en multitud de momentos solo supongan un agravamiento del problema.

Por tanto, las actitudes que no favorecen el desarrollo de un cambio hacia un talante no sujeciones y como bien remarca Burgueño (2008a pp.13-17) son:

- Por parte de las *familias*: partiendo de su desconocimiento ante otras alternativas, y basándose en su propia experiencia de cuidado son más proclives a utilizar o permitir el uso de sujeciones en la persona mayor ya que se considera que por así decirlo ‘el fin justifica los medios’, y el fin no es otro que tratar de preservar a toda costa la integridad física de la persona mayor, esto viene en parte condicionado porque constantemente reciben la información por parte de los profesionales de que el uso de sujeciones en ciertos casos son inevitables. Además en nuestra sociedad se puede constatar la confianza ciega ante cualquier indicación o prescripción que se realice por parte de facultativos médicos. Es decir, y hablando llanamente “Lo que dice el/la médico, va a misa”. (Burgueño, 2008a p.14)

A modo complementario queremos resaltar lo indicado en el “Estudio descriptivo sobre la actitud de la familia ante el uso de restricciones físicas en mayores: resultados preliminares” (Fariña-Lopez, Estévez-Guerra, Núñez González, Montilla Fernández, & Santana Santana, 2008)

El objetivo de este estudio realizado sobre un total de 50 familiares estaba centrado en: “Valorar la actitud que, ante el uso de las restricciones físicas, adoptan los familiares cuidadores de personas mayores dependientes en el domicilio y considerar cuales serían los factores que podrían relacionarse con esta.” (Fariña-Lopez et al., 2008 p.201)

Los resultados y conclusiones que se extraen de dicho estudio según sus autores son las siguientes:

“La mayoría de los familiares considero este recurso como adecuado y un 90.7% estaba dispuesto a utilizarlo en un familiar suyo. Un 41.9% opino que no pueden evitarse las restricciones y desconocían otras alternativas que pudieran usarse. Un 23.3% no era consciente de que la restricción puede ocasionar algún problema físico o psicológico. Ninguno estimo de forma concluyente que este procedimiento fuese una forma de maltrato”.

“Las familias mantenían una actitud positiva ante la restricción y consideraba apropiado su uso. Ello podría relacionarse con el limitado conocimiento de las alternativas que se pueden emplear y de las complicaciones que originan. Se sugiere poner en marcha programas de formación que se centren en educar sobre las opciones terapéuticas alternativas a la restricción”. (Fariña-Lopez et al., 2008 p.201)

- Por parte de *los médicos*: de forma general los médicos tratan de dar respuesta a las presiones que reciben por parte del resto de profesionales y sobretodo de las familias cuando se producen circunstancias en las que existe un alto riesgo de caídas o problemas de conducta en la persona mayor. Ya que son estos los únicos que tienen la potestad de pautar las medidas restrictivas tanto físicas como químicas. El problema es que en la mayoría de ocasiones el diagnóstico se acaba centrando en la conveniencia de el uso de algún tipo de sujeción fundamentando por tanto, que el empleo de la sujeción es algo inevitable, lo que hace que quede en absoluto olvido la información por parte del profesional de la medicina sobre los efectos negativos que pueden acarrear el uso de esa sujeción y las diversas alternativas que podrían desarrollarse en lugar de recurrir directamente a algún tipo de medida restrictiva. (Burgueño, 2008a pp.15-16)
- Por parte *del personal de atención directa*: son las personas que se encuentran directamente con los problemas de las personas usuarias. Generalmente su actitud es la más próxima a considerar las medidas restrictivas como algo necesario. Esto se debe a que:
 - o Lo consideran una medida que les protege ante las posibles caídas y accidentes de las personas usuarias y las represalias que puedan acarrear por parte de las familias y la dirección del centro, institución u organización.
 - o Son el personal con menor cualificación. Esto supone que en la mayor parte de casos tengan un escaso o nulo conocimiento sobre la gestión y el manejo de los problemas de conducta, el riesgo de caídas y las posibles alternativas a las sujeciones. (Burgueño, 2008a p.16)
- Por parte de los *responsables del centro o institución* de atención a personas mayores: Suelen ser generalmente los primeros interesados en que la gestión del riesgo de caídas se realice de forma correcta y eficaz, con la intención de proteger legalmente al centro y evitar en la mayor medida posible los conflictos con los familiares de las personas usuarias. Pero delegan esta responsabilidad en el facultativo asumiendo que él médico jamás prescribe una sujeción sin estar debidamente justificado. Por ello y con el fin de evitar cualquier situación que ponga en riesgo de caída o accidente al usuario/a son proclives a que se utilicen las medidas que sean necesarias aunque estas sean restrictivas. (Burgueño, 2008a pp.16-17)
- Por parte de *la persona mayor*: de forma general el uso de las sujeciones está más extendido entre las personas que sufren algún tipo de demencia o deterioro cognitivo que no le permite expresar su aceptación o rechazo ante la medida restrictiva con contundencia y rotundidad. Lo cierto es que suelen expresarlo muchas veces por ejemplo a través de una mayor agitación, o cuadros de ansiedad, pero debido a su demencia no se tiene en cuenta su opinión o sentimientos respecto al uso de este tipo de medidas, quedando desamparados. (Burgueño, 2008a p.14)

Junto con esto, de nuevo Burgueño (2008a) tras su investigación, confirmó una serie de hipótesis sobre la actitud social existente ante el empleo de sujeciones, estas son:

- “La sociedad española es más tolerante con el uso de sujeciones que otras sociedades.
- Se confía ciegamente en las decisiones de los médicos
- Cuando se ha tenido un enfermo de Alzheimer en casa se es más tolerante con el uso de sujeciones.” (Burgueño, 2008 p.14)

2.3. Uso inadecuado de sujeciones: efectos perversos.

“Las personas sometidas a sujeciones físicas se enfrentan a una pérdida de autonomía, dignidad y autoestima” (Burgueño, 2008a p.10)

A. Sujeción Física.

Lo primero que debemos apuntar antes de entrar a profundizar en la cuestión que nos atañe en este apartado del trabajo, es que además de las diferencias indicadas anteriormente, entre las sujeciones también se realiza otra diferenciación sobre:

-Sujeciones con Intencionalidad Restrictiva: Refiriéndose a las sujeciones que se emplean como dispositivo o elemento que no puede ser retirado con facilidad por la persona y que restringe el normal acceso a su cuerpo o su libertad de movimientos.

-Sujeciones con Intencionalidad No Restrictiva: cuando lo que se procura es el mantenimiento de una correcta y fisiológica posición corporal y se presupone como un apoyo postural.

Y tras añadir esta otra clasificación conviene señalar que los elementos o dispositivos más conocidos y empleados como sujeción física, a los que hacemos alusión son por ejemplo: -Cinturones abdominales, Muñequeras, Tobilleras, Petos (Standard/perineal), Arnese, Tiras para cambios posturales, Chalecos... etc. Todos estos se presentan en múltiples tipos y modalidades -Clip/Velcro/Magnéticos...-, - para sillas/sillas de ruedas/camas...-.



El uso de sujeciones físicas traen consigo una serie de consecuencias físicas en las personas como son las úlceras por presión, infecciones, incontinencias, disminución del apetito, estreñimiento, pérdida del tono muscular, atrofia y debilidad. También efectos psicológicos como son la vergüenza, la ira, la agresividad, el miedo y/o pánico, la depresión, el aislamiento social, la apatía entre otros. (Burgueño, 2008a p.11)

El Trabajo Social y el Uso de Sujeciones.

Entre las consecuencias negativas del uso de sujeciones físicas Alarcón (2001) recoge desde una perspectiva hospitalaria y técnica, de gran interés las siguientes:

- “1. Estrés tanto físico como psicológico de la persona.*
- 2. Reducción del apetito, deshidratación, disminución del volumen plasmático ¹e hipotensión con riesgo de síncope² y caídas.*
- 3. Aquellas derivadas de la inmovilidad continuada.*
- 4. Accidentes severos secundarios a caídas.*
- 5. Alteraciones sensoriales que llevan al aislamiento del entorno*
- 6. Aumento de la agitación y riesgo de delirium. .*
- 7. Incremento de pérdida de memoria por daño estructural en las neuronas cerebrales.*
- 8. Mayor incidencia de infecciones nosocomiales³.*
- 9. Aumento de las reacciones negativas hacia los pacientes (la restricción induce a pensar que el paciente no es capaz de comunicarse, disminuyendo la comunicación natural con él y la intensidad de los cuidados).*
- 10. Pérdida de autonomía y el aislamiento social y por tanto efectos adversos en la salud física y mental de los pacientes.*
- 10. Abrasiones en piel, úlceras, lesiones nerviosas.*
- 11. Posibilidad de muerte directa por asfixia.*
- 12. Mayor estancia hospitalaria e incremento de traslados a <<nursing home⁴>> al alta hospitalaria. “*

Fariña-López (2011) igualmente señala en sus estudios que la aplicación de sujeciones, tiene importantes efectos negativos, incrementa el coste de la asistencia de la persona cuidada e incluso la complejidad de la propia asistencia.

Los efectos derivados de una inmovilidad prolongada, asociada al uso de sujeciones son: “Úlceras por presión, pérdida de masa ósea, descenso del tono muscular, infecciones, reducción del apetito, deshidratación, estreñimiento, incontinencia, etc.; también suele aumentar la confusión y agitación de los pacientes, al tiempo que genera humillación, miedo, retraimiento y otros trastornos emocionales.” (Fariña-López, 2011 p.36)

Completando la descripción de los efectos perversos del uso inadecuado de sujeciones físicas, va un paso más allá indicando que: “El uso de restricciones físicas se asocia, además, a otros graves efectos adversos. Una parte de estos ocurre cuando las personas quedan atrapadas por los dispositivos en una posición que genera un riesgo de asfixia; también se ha mencionado que la muerte súbita de pacientes sometidos a este

¹ **Volumen plasmático:** o La volemia puede definirse como el volumen total de sangre de un individuo.

² **Síncope:** llamado también desmayo o soponcio, es una pérdida brusca de consciencia y de tono postural, de duración breve, con recuperación espontánea sin necesidad de maniobras de reanimación.

³ **Infecciones nosocomiales:** o infección intrahospitalaria a la infección contraída por pacientes ingresados en un recinto de atención a la salud

⁴ **Nursing home:** Hogares de ancianos

procedimiento podría relacionarse con el estrés que produce, y por último, estaría las lesiones por golpes y caídas referidas a su aplicación” (Fariña-López, 2011 p.36).

Plantea igualmente problemas de seguridad relacionados con las sujeciones:

“Asfixia mecánica. Un mecanismo de sujeción mal colocado podría ocasionar en el paciente una presión en cuello, tórax o parte superior del abdomen, dificultando la entrada de aire en los pulmones. (Fariña-López, 2011 p.37)

“Muerte súbita. Diversos estudios señalan que la restricción física causa en muchas personas un gran estrés físico y emocional, acompañado de ansiedad intensa, resistencia y agitación. Esto desencadenaría una fuerte descarga de glucocorticoides⁵ y catecolaminas⁶, las cuales podrían sobreestimular el corazón y provocar una arritmia fatal en pacientes con enfermedad vascular previa.

Otros autores añaden que la resistencia constante a la restricción generaría una acidosis metabólica⁷ que también tendría efectos cardiovasculares negativos. En caso de accidente, la capacidad del organismo para corregir dicha acidosis por compensación respiratoria se vería reducida, ya que la posición corporal determinada por la sujeción dificultaría la ventilación.” (Fariña-López, 2011 p.38)

“Otras posibles complicaciones: Lesiones por caídas y golpes, lesiones por quemaduras y aspiración”. (Fariña-López, 2011 p.38)

⇒ *Accidentes asociados.* (Fariña-López, Camacho Cáceres, & Bros i Serra, 2009)

A lo largo de la investigación documental realizada encontramos el documento titulado “Accidentes asociados al uso de restricciones físicas en ancianos con trastornos cognitivos: estudio de tres casos.” El cual, nos aporta las claves de algunos casos donde se aprecia de forma muy gráfica, el grave riesgo que se puede presentar cuando se utilizan de forma inadecuada sujeciones en personas mayores, por ello vamos a hacer especial hincapié y dedicar un espacio al análisis propio de dicho documento.

Se trata de un estudio de las circunstancias que rodean al fallecimiento de tres personas mayores con trastornos cognitivos que estaban bajo la prescripción de un cinturón de sujeción abdominal en el momento que murieron.

Los autores inician el artículo realizando la siguiente apreciación: “Las personas mayores con trastornos cognitivos forman un colectivo muy susceptible de ser sometido a un mecanismo de sujeción, a pesar de que ello puede causar graves complicaciones en estos pacientes” (Fariña-Lopez et al, 2009 p.262)

Además nos indica que “Los dispositivos más involucrados en los accidentes son las barras laterales de protección, los chalecos y los cinturones de sujeción. La muerte suele

⁵ **Glucocorticoides:** Son hormonas que participan en la regulación del metabolismo producidos en la corteza suprarrenal de los seres humanos son el cortisol, la cortisona y la corticosterona.

⁶ **Catecolaminas:** Son un grupo de sustancias que incluyen la adrenalina, la noradrenalina y la dopamina, las cuales son sintetizadas a partir del aminoácido tirosina. Las catecolaminas están asociadas al estrés y la obesidad.

⁷ **Acidosis metabólica:** Afección en la cual hay demasiado ácido en los líquidos corporales. Ocurre cuando el cuerpo produce demasiado ácido o cuando los riñones no están eliminando suficiente ácido del cuerpo.

producirse por asfixia, cuando la persona trata de abandonar la cama o el sillón y queda atrapada por el mecanismo, que le causa una compresión en el cuello, el tórax o la parte superior del abdomen". Según estos autores, "la incapacidad de los pacientes para reconocer riesgos, la escasa vigilancia, la aplicación incorrecta de los dispositivos, una baja ratio del personal en determinados turnos y una insuficiente formación" son factores que incrementan las posibilidades de que se produzca un accidente. La optimización de las condiciones en las que se realiza el cuidado, concluyen, conducirían a la reducción de este tipo de hechos que afectan directamente a la seguridad y la vida de las personas." (Fariña-Lopez et al 2009 p.263)

En Alemania, se realizó otro estudio, donde se analizaron todos los casos de muerte bajo restricción física que se registra en los informes de autopsia, del Instituto de Medicina Legal en Múnich entre 1997 y 2010, y que muestra unos resultados entre los que destacan lo siguiente:

De las 27.353 autopsias que se realizaron entre 1997 y 2010:

-26 personas murieron bajo la aplicación de una restricción física.

-22 de esas 26 muertes, fueron causadas exclusivamente por la restricción, 11 de los casos por estrangulamiento, 8 por compresión torácica y 3 por quedar suspendidos con la sujeción y boca abajo.

-En 19 de esos 22 casos, las sujeciones estaban aplicadas de forma incorrecta y en dos de esos casos la sujeción aplicada, ni siquiera estaba homologada (Berzlanovich, 2012)

B. Sujeción Química.

Desde el Comité Interdisciplinar de Sujeciones (2014) se recoge que los grupos farmacológicos más utilizados en este tipo de sujeciones son los que actúan sobre el sistema nervioso central, es decir, Benzodiazepinas⁸, Neurolepticos⁹, hipnóticos/sedantes¹⁰, antidepresivos sedantes¹¹, y antiepilépticos con efecto sedante¹².

Entre las consecuencias que el uso de fármacos psicotrópicos puede producir en las personas que los consumen de forma habitual, destacan: deterioro del estado cognitivo,

⁸ **Benzodiazepinas:** Medicamentos psicotrópicos que actúan sobre el sistema nervioso central, con efectos sedantes, hipnóticos, ansiolíticos, anticonvulsivos, amnésicos y miorelajantes. .

⁹ **Neurolepticos** o antipsicótico: Fármaco que comúnmente se usa en el tratamiento de la psicosis o esquizofrenia para hacer desaparecer las alucinaciones entre otras. Su efecto es sedante y provoca una inhibición de la excitación psíquica y motora (hiperactividad, agresividad, etc.) En muchos casos produce efectos secundarios indeseados.

¹⁰ **Hipnóticos/sedantes:** Medicamentos que causan sueño o pérdida parcial del conocimiento. Deprimen el SNC de una manera no selectiva y, dependiendo de la dosis, producen calma o somnolencia, inconsciencia, anestesia quirúrgica, coma y depresión fatal de las funciones respiratoria y cardiaca.

¹¹ **Antidepresivos sedantes:** En personas mayores pueden tener como efectos secundarios estreñimiento, sequedad de boca, hipotensión ortostática, arritmia cardiaca, somnolencia, inquietud interna, confusión, otros tipos de delirio, déficit cognitivo y riesgo incrementado de caídas.

¹² **Antiepilépticos con efecto sedante:** Fármaco que previene o interrumpe las convulsiones, los ataques epilépticos. Usados en el tratamiento del trastorno bipolar como estabilizantes del humor, se han asociado con una disminución del coeficiente intelectual.

deterioro de la comunicación, delirium y/o alteración del pensamiento, deterioro del estado de ánimo, deterioro de los síntomas conductuales, depresión, alucinaciones, deterioro funcional físico, movimientos físicos de repetición, problemas de equilibrio, hipotensión, mareo, vértigo, síncope, marcha inestable, caídas, fracturas, problemas de deglución, deshidratación, estreñimiento, impacto fecal, retención de orina. (Burgueño, 2008a p.11). Según este autor, el uso de este tipo de sujeciones se debe a que resultan “más decorosas o estéticas” dado que no son tan visibles como las sujeciones físicas. (Burgueño, 2008a p.18)

C. Relación entre sujeción física y sujeción química.

Se ha constatado que el uso de un tipo de sujeción induce al uso del otro tipo y viceversa. En muchas ocasiones por ejemplo, se recurre a la sujeción química como primera medida con el fin de evitar la sujeción física, pero se ha demostrado que con el tiempo se acaban pautando ambas, ya que la propia medida química es la causante de que aumenten el riesgo de accidente o caída, es decir si se pauta algún tipo de sujeción química que entre sus efectos adversos se encuentren el mareo, el deterioro funcional físico, los problemas de equilibrio etc., inevitablemente se está aumentando el riesgo de que esa persona pueda tener un accidente o caída. (Burgueño, 2008a p.18) Y por lo tanto se incrementa la posibilidad de que a posteriori se aplique una sujeción física, tratando de paliar ese riesgo a una caída o accidente. Y por el contrario, también puede producirse que tras la aplicación de una sujeción física, la persona muestre por ejemplo una mayor agitación y esta trate de reducirse a través de una sujeción química.

⇒ *Cuadro resumen: efectos perversos.*



Cuadro de elaboración propia. Fuente: (Burgueño, 2008a)

Por tanto, después repasar sintéticamente las aportaciones doctrinales sobre el objeto de nuestro estudio, resulta obvio señalar que es absolutamente falso considerar las sujeciones como una medida inocua e inofensiva ya que son múltiples los efectos adversos que producen en las personas, por el mero hecho de su uso, aunque esta medida este correctamente pautada y exista una alta tolerancia respecto a su uso.

D. Consenso sobre su uso inapropiado.

Bien es cierto que el uso de sujeciones no está exento de riesgos, pese a que los materiales que se emplean estén homologados. Como ya hemos visto producen o añaden toda una serie de efectos negativos que se agravan al combinarlos con la propia fragilidad y vulnerabilidad del colectivo, derivando en complicaciones y pérdidas de salud, a las que se añaden también toda una serie de consecuencias negativas en las esferas psíquica y social de la persona, como puede ser la pérdida de autoestima y dignidad, trastornos psico-afectivos, estrés, inquietud, aislamiento social y del entorno etc. (Comité Interdisciplinar de Sujeciones, 2014 p.20)

Por ello como bien indica el Comité Interdisciplinar de sujeciones (2014):

“Hay una serie de circunstancias bien definidas, en las que de forma absoluta, resulta inadmisibile el uso continuado de sujeciones y que curiosamente algunas de estas, son utilizadas a menudo como argumentos, con fines espurios, para justificar el uso de las mismas por parte de determinados profesionales como son:

- 1. Existencia de otras alternativas.*
- 2. Imposibilidad de prestar supervisión continuada y cuidados complementarios.*
- 3. Material o dispositivos inadecuados, no homologados y que puedan poner en riesgo la seguridad de la personas a la que se aplican.*
- 4. Evitar el erratismo o vagabundeo (el 15% de las sujeciones se aplican por este motivo).*
- 5. Mejorar el control ambiental: disminuir los ruidos, etc.*
- 6. Presión de los profesionales, familiares o de los propios usuarios*
- 7. Conveniencia, comodidad o dejadez de los profesionales o personal cuidador*
- 8. Déficit de personal cuidador para la supervisión y el control.*
- 9. Falta de formación e información sobre el uso de sujeciones (beneficios/riesgos) en los profesionales, así como la falta de información a pacientes y familiares*
- 10. Asistencia defensiva frente a las reclamaciones o demandas judiciales*

No haber efectuado una valoración geriátrica integral que permita detectar el origen de los trastornos de conducta y corregirlos con otra metodología más adecuada, más digna y menos cruenta “(pp. 21-22)

2.4. Mitos y creencias. Una razón de la prevalencia en España

A lo largo de la revisión bibliográfica realizada para la ejecución del presente trabajo hemos ido observando la identificación de diversos mitos y creencias, existentes en la población española acerca del uso de sujeciones en personas mayores. La existencia de estos mitos y creencias vislumbran una falta de conocimiento entorno al uso y sus consecuencias traduciéndose por tanto en una alta tolerancia en la aplicación de las mismas. En resumen, realizado el estudio y aportaciones bibliográficas de los principales documentos que hacen referencia a este asunto, se pueden señalar los siguientes mitos y creencias, así como la réplica que desde los movimientos “antisujeciones” se realiza (Burgueño, 2008a); (Nevado, 2013);(Gil, 2011):

1. Las sujeciones sirven para **corregir posturas.**

Réplica: Una adecuada corrección en la postural puede realizarse a partir del empleo de un mobiliario que este realmente diseñado y adaptado a las necesidades del usuario.

2. Las sujeciones **previenen la deambulación de riesgo.**

Réplica: La realidad es que no vamos a encontrar una deambulación que no conlleve un riesgo. Por tanto, partiendo de ese precepto, lo que debemos promover son espacios “seguros”, a través del diseño y aplicación de medidas de seguridad adecuadas y adaptadas a las circunstancias y usuarios. La sujeción no debe emplearse con la intencionalidad de limitar la deambulación de la persona, ya que además de suponer una limitación directa a la libertad, esta se erige como necesaria ya que supone beneficios en la salud de los usuarios, tales como una mejora significativa de la potencia muscular y el equilibrio. Y por otro lado, se trata de un método de “entrenamiento de caídas”, es decir, la persona que deambula, aprende a caer reduciendo significativamente las consecuencias de las mismas.

3. Los centros que utilizan sujeciones son **menos vulnerables a las sanciones legales.**

Réplica: La fórmula para evitar las denuncias radica en la realización de una adecuada gestión y una correcta documentación de uso o no de sujeciones en dicho centro. Es decir, la mejor protección legal de un centro cuando se presenta una situación en la cual se presupone un posible uso de sujeciones, será trabajar por la unificación de criterios, la formación de los profesionales, la valoración completa y multidisciplinar, la creación de protocolos específicos y concretos, así como una incesante preocupación por documentar y sistematizar de forma completa los procesos seguidos.

4. Las familias quieren **evitar riesgos y prefieren el uso** de sujeciones.

Réplica: El falso galardón que ostentan las sujeciones como “elemento de seguridad” predispone a las personas a pensar en ellas como un elemento terapéutico, inocuo, e incluso beneficioso para la persona, preservando la alta

tolerancia de su aplicación. Es algo “normal”. Esto vislumbra la falta de formación e información que sufre la población española en cuanto a los múltiples efectos perniciosos de las mismas, así como las alternativas que pudieran ser de aplicación en cada caso.

5. Las sujeciones **previenen la interferencia** con el **tratamiento médico**. “**No hacen daño**”.

Réplica: Como hemos visto, lo cierto es que las propias sujeciones suponen un perjuicio contra la salud, provocando múltiples efectos secundarios, y por tanto interfiriendo en los tratamientos médicos prescritos a la persona.

Por otro lado, cabe destacar que en una de las últimas funciones que pierde una persona que padece algún tipo de demencia como pudiera ser el Alzheimer es precisamente el dolor, el cual acaba por manifestarse a través de la agitación las conductas disruptivas, depresión o vulnerabilidad psicológica.

6. Las sujeciones son para **momentos puntuales**.

Réplica: En la mayor parte de las ocasiones en las que se prescribe una sujeción se realiza sin contemplar la temporalidad de las mismas, por lo que en muchas ocasiones esos “momentos puntuales” dejan de serlo, y se prolonga la aplicación de la sujeción en tiempo ilimitado.

7. Es **más fácil cuidar** con sujeciones y se realiza de forma más eficiente.

Réplica: Debido a los efectos secundarios que se derivan de la aplicación de sujeciones se produce en la persona situaciones de mayor dependencia por lo cual, no solo no es más fácil cuidar, sino que las necesidades de cuidado se incrementan, complejizando aún más la tarea de cuidar.

8. Evitar las sujeciones es **cuestión de dinero** y la **falta de personal** idóneo hace necesario el uso de sujeciones.

Réplica: En la actualidad existen centros acreditados como “libres de sujeciones” y de la información que de ellos se extrae es que no han tenido que aumentar su personal en número, para la consecución del proceso, sino que lo que conlleva cambios organizativos y tareas de formación, sensibilización y concienciación del personal con el que previamente trabajaban. Y es precisamente esa formación, sensibilización y concienciación la que les convierte en personal “idóneo”.

9. El uso de sujeciones **previene de caídas** y sus consecuentes lesiones.

Réplica: No solo no previenen las caídas sino que incrementan significativamente la fragilidad de la persona, incrementando las posibilidades de sufrir caídas con consecuencias más graves. E incluso cuando se producen accidentes con alto grado de peligrosidad puede conllevar la muerte.

La razón principal que justifica la existencia y la perdurabilidad en el tiempo de estos mitos en nuestra sociedad actual es la falta de formación (que en el presente TFG abordaremos en el capítulo 4 desde la perspectiva del peso de la formación sobre la percepción del problema) y de información.

La existencia de estos mitos está relacionada directamente con un desconocimiento profundo sobre el tema titular. Este desconocimiento deriva en prejuicios y se toma de referencia la costumbre cuando se plantea el análisis o la reflexión.

Estos mitos se insertan en la población general por lo tanto se encuentran también en los profesionales que están en relación directa, por lo que la existencia de estos mitos revela una actitud y una cultura de fondo que admite como algo normalizado el uso de sujeciones, es decir conlleva una alta tolerancia. Ello representa una de las principales barreras ante el cambio que esta problemática necesita para conseguir como mínimo de un uso más adecuado de las mismas. Y lo cierto es que se podría combatir simplemente con una leve inversión en formación a los profesionales y una correcta transmisión de información a familiares y usuarios. Si se dota a las personas de las herramientas adecuadas para que puedan realizar una reflexión del asunto, se alcanzará una nueva cultura, tendiente al no uso de sujeciones incluso a la denominada "Tolerancia cero".

2.5. Realidad y retos de la promoción del uso racionalizado de sujeciones

Por lo tanto podemos decir que "Desde hace una década, existen movimientos profesionales y sociales –Antisujeciones–" "Este cambio cultural precisa un tiempo y un camino a recorrer, de concienciación, sensibilización y adaptación, desde la cultura de la sujeción a la cultura de la no sujeción, por parte de todos los estamentos del centro y de la sociedad" (Comité Interdisciplinar de Sujeciones, 2014 p.44) "Una intervención con conocidos efectos potenciales negativos sobre la persona debe generar una actitud preventiva. Nosotros llamamos a esa actitud preventiva –Tolerancia Cero–" (Burgueño, 2013 p.165) "Adquirir una actitud de tolerancia cero obliga a enfrentarse a los retos que plantean las personas con demencia cada día, con más conocimientos, mejores estrategias, más creatividad, lo que además aporta nuevas experiencias que aun mejoran más la capacidad de los profesionales" (Burgueño, 2013 p.163) "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 practica asistencial. Las sujeciones nunca pueden cubrir una deficiencia, falta de capacidad profesional, o defectos organizativos o en el entorno." (Burgueño, 2013 p.165) "Los profesionales debemos mantener una actitud positiva y proactiva hacia el cambio. Necesitamos profesionales valientes, comprometidos y capaces de rectificar, cuando se impone un nuevo paradigma, opuesto al que se ha defendido a ultranza hasta hoy" (Comité Interdisciplinar de Sujeciones, 2014 p.44) "En la medida en la que los equipos interdisciplinarios mejoran en todo esto se hacen más solventes para trabajar sin usar sujeciones y de modo seguro. Los profesionales ganan en capacidad y también trabajar con mejor ánimo y en un mejor ambiente laboral" (Burgueño, 2013 p.163)

"Pero no solo ganan los profesionales. También se muestran más satisfechos los familiares. Pero sobretodo ganan las personas mayores que viven el centro, con claros

indicadores de mejora funcional. También disminuye la prevalencia de síntomas conductuales serios, lo que se traduce en un mejor ambiente en el centro.” (Burgueño, 2013 p.164)

“Los centros mejora su seguridad física pasiva, o seguridad ambiental, lo que propicia la mayor movilidad de los residentes, algo especialmente interesante para los que conservan autonomía o pueden recuperarla” “El centro en su conjunto, como institución mejora su imagen social. Mejora también su imagen frente a las Administraciones públicas” (Burgueño, 2013 p.164).

Por todo ello, nosotros nos hacemos eco, de un apunte que realiza el Comité Interdisciplinar de Sujeciones, en el Documento de consenso sobre sujeciones mecánicas y farmacológicas que nos ha servido de guía y referente básico durante el desarrollo de nuestra exposición y lo asumimos como conclusión de este capítulo del trabajo:

*“Precisamos crear un compromiso y una mayor implicación de la sociedad general, de las familias y de los profesionales dedicados a la atención a los mayores, y de las administraciones, en el que todos apostemos por las ventajas de la no sujeción (**Libertad, dignidad, autoestima, bienestar, etc.**) y al mismo tiempo asumamos y nos hagamos “corresponsables”, siempre desde una praxis adecuada, de las posibles consecuencias de la misma, porque en realidad se trata de los **“Riesgos del vivir en libertad y dignidad”** (Comité Interdisciplinar de Sujeciones, 2014 p.44)*

2.6. Alternativas al uso de la restricción física.

En nuestra incursión literaria hemos encontrado muchos documentos sobre los perjuicios que producen en las personas mayores el propio uso de sujeciones, ya sea aplicados de forma adecuada como inadecuada. Siendo obvio que un uso irracional tiene todavía mayores repercusiones y consecuencias mucho más importantes en la salud física y mental de la persona.

En menores ocasiones hemos encontrado estrategias u opciones terapéuticas para evitarlas que nos sirvan de referente cuando precisamos reflexionar sobre el uso de una sujeción.

Con el fin de ayudar a ampliar nuestro abanico de posibilidades, y sobretodo nuestra mente a las múltiples alternativas existentes vamos a recoger a continuación la aportación que Alarcón (2001) realiza acerca de las alternativas al uso de restricciones.

Para ello esta autora analiza la existencia de una serie de motivos que inducen al uso de restricciones como pueden ser la confusión y agitación en la persona, el vagabundeo, miedo a caídas y lesiones, mantenimiento de tratamientos terapéuticos o simplemente evitación por parte de la organización de litigios que puedan dañar la imagen corporativa de ésta.

Frente a ello Alarcón (2001) esboza una serie opciones terapéuticas alternativas, medidas, “teniendo en cuenta que el simple hecho de no contar con personal cuidador

suficiente es a veces motivo suficiente para el uso de estos dispositivos. En este sentido cabe apuntar que los estudios que han profundizado en este problema no han encontrado características de <<nursing home¹³>> asociadas con el aumento del uso de restricción física e incluso se ha encontrado en <<nursing home>> que la disposición de un alto ratio de personal cuidador por paciente era predictor para el uso de restricción en ellas”. (Alarcón, 2001 p.49).

Las medidas propuestas por esta autora y recogidas en el siguiente cuadro sinóptico, no son medidas complejas, sino alternativas realistas que pasan desde encender una luz por la noche hasta la realización de actividades físicas significativas para las personas y que apoyen su bienestar y autonomía. Ello nos hace empezar a plantearnos la importancia de la formación y la sensibilización profesional en el ámbito objeto de estudio, cuestionándonos si precisamente esa falta de formación es la que da lugar al uso indiscriminado de restricciones en contra de la persona.

CONTROL DE LA CONFUSIÓN Y AGITACIÓN	VAGABUNDEO	SITUACIONES DE EMERGENCIA	MANTENIMIENTO DE TRATAMIENTOS	EVITAR LITIGIO:
Compañía/ supervisión, Disponer de objetos personales :fotografías Orientar e informar en todo momento al paciente de lo que se le va a realizar. Medidas medioambientales: Dejar una luz encendida por la noche. Ubicar al paciente en habitación próxima al control de enfermería, Uso de camas bajas o colchones en el suelo, Dejar los barrotes bajos, Eliminar ruidos medioambientales Dejar el timbre al fácil alcance del anciano	Control creativo mediante actividades físicas : radio, televisión, música, ejercicio, terapia ocupacional, Brazaletes de identificación, Amplios espacios, jardines para pasear, Sistemas de alarmas en habitación, puerta de salida Incentivos de refuerzo a determinadas conductas...	Cuando la conducta del paciente representa un riesgo inminente para él o para otros, el uso de restricción física debe estar sujeto a las normas generales.	No debe superar los 3-5 días; pasado este tiempo es discutible que sea la alternativa más apropiada para el paciente.	Recabar mediante consentimiento del paciente y/o familiar el uso de restricción física

¹³Nursing home: Hogares de Ancianos.

CAPÍTULO 3. TRABAJO SOCIAL Y USO RACIONAL DE LAS SUJECIONES.

En España, el uso de contenciones físicas es legal y está reconocido como una posibilidad de tratamiento en ciertos casos. Su uso está regulado y requiere la prescripción de un médico y la aceptación por parte del residente o de su tutor legal.

Promover la ética y la dignidad en los cuidados de las personas mayores dependientes así como la individualización y personalización de dichos cuidados son elementos claves y fundamentales para conseguir el bienestar y la calidad de vida de las personas mayores.

El uso de las sujeciones está en contraposición con las máximas y objetivos de los cuidados a personas mayores basados en el mantenimiento del mayor grado posible de autonomía física y mental y la consecución de la mejor calidad de vida.

Cuando se realiza un abuso del uso de sujeciones, tanto físicas como químicas, se somete a las personas a una grave pérdida de autonomía, dignidad y autoestima, por tanto, se debe realizar un control exhaustivo del empleo de las sujeciones con el objetivo y la intencionalidad de reducir o eliminarlas del cuidado a las personas mayores en situación de dependencia.

El trabajo social tiene que reforzar su compromiso con este colectivo y proclamarse abanderado del cambio y el progreso de los nuevos modelos de atención a las personas mayores, ayudando al desarrollo y aplicación de metodologías que tengan como fin la mejora de la calidad de vida de las personas mayores.

Lo que da respuesta al objetivo de la intervención social de y con el colectivo de personas mayores, que no es otro que el de conocer y transformar la realidad de la persona mayor y colaborar con otros profesionales para alcanzar el bienestar de este creciente colectivo objeto de nuestras atención. Así como también responde a varias de las funciones (preventiva, rehabilitadora, promocional, asistencial e informativa) o competencias del trabajo social en la atención a personas mayores. De las cuales las de mayor relevancia en este caso (Filardo, 2011):

- La investigación sobre aspectos sociales relativos a las personas mayores.
- Velar por el cumplimiento de los derechos y deberes de las personas usuarias conjuntamente con el resto del equipo.
- Estudio-investigación, planificación, programación, ejecución y evaluación para mejorar las intervenciones profesionales. (Diseño de planes, programas, servicios y políticas sociales)
- Prevención y resolución de problemáticas sociales mediante, el trabajo comunitario y la potenciación-optimización de recursos, así como la planificación de alternativas de intervención.

Funciones y competencias que se alcanzan y solidifican bajo el necesario y fundamental conocimiento, estudio e investigación de la realidad social desde la que se parte, y desde

y con la que queremos trabajar, delimitando y actualizando constantemente las necesidades, problemas-conflictos y recursos provocando su rápida detección e intervención ante las mismas.

3.1. Las sujeciones en el Sistema de Servicios sociales.

El sistema de Servicios Sociales como sistema dirigido a favorecer el desarrollo integral y la autonomía y como elemento esencial del Estado del Bienestar tiene como objeto con carácter general el promover la autonomía y el bienestar de las personas y asegurar su derecho a vivir dignamente durante todas las etapas de su vida.

Si analizamos algunas de las leyes de Servicios Sociales vigentes en la actualidad, podremos no sólo observar sino concluir la relación directa existente entre sujeciones y servicios sociales con una claridad meridiana.

Con dicho análisis se pretende poner en evidencia la relación directa existente entre la profesión de Trabajo Social y el uso de sujeciones. Lo que implica la importancia de un posicionamiento profesional activo ante la existencia de este hecho pleno siglo XXI dentro de las residencias como dispositivos propios del Sistema de Servicios Sociales.

En el siguiente cuadro se recogen las CC.AA. que en sus Leyes de Servicios Sociales aluden directamente al uso de sujeciones:

NAVARRA	Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de servicios sociales
	Decreto foral 221/2011, de 28 de septiembre, por el que se regula el uso de sujeciones físicas y farmacológicas en el ámbito de los servicios sociales residenciales de la comunidad foral de navarra.
CANTABRIA	Ley 2/2007, de 27 de marzo, de derechos y servicios sociales
PAÍS VASCO	Ley 12/2008, de 5 diciembre, de servicios sociales
LA RIOJA	Ley 7/2009, de 22 diciembre, de servicios sociales
ILLES BALEARS	Ley 4/2009, de 11 junio, de servicios sociales

A continuación se presenta un análisis en profundidad de la legislación anteriormente recogida en relación específicamente con su alusión directa al uso de sujeciones:

NAVARRA.

Así la **LEY FORAL 15/2006, DE 14 DE DICIEMBRE, DE SERVICIOS SOCIALES (BON N.º 152 DE 20 DE DICIEMBRE DE 2006)** en su art 8 sobre derechos y deberes específicos de los usuarios de servicios residenciales señala en su apartado k.

“Derecho a no ser sometido a ningún tipo de inmovilización o de restricción física o tratamiento farmacológico sin prescripción facultativa y supervisión, salvo que exista peligro inminente para la seguridad física del usuario o de terceros. En este último caso, las actuaciones efectuadas se justificarán documentalmente y constarán en el expediente del usuario, en la forma que se establezca reglamentariamente. Asimismo, se comunicarán al Ministerio Fiscal”.

Igualmente en su art 87 sobre Infracciones se recoge como infracción muy grave en su apartado b:

“Someter a los usuarios de los servicios a cualquier tipo de inmovilización o restricción física o tratamiento farmacológico sin prescripción médica y supervisión, excepto en el supuesto de que exista peligro inminente para la seguridad física del usuario o de terceras personas”.

El 28 de septiembre de 2011 se aprobó en Navarra el **DECRETO FORAL 221/2011**, que regula el uso de sujeciones físicas y farmacológicas en el ámbito de los servicios sociales residenciales de la Comunidad Foral de Navarra.

Esta norma tiene un carácter pionero, si tenemos en cuenta que es la primera vez que en España se regula específicamente el uso de sujeciones físicas y farmacológicas en el ámbito de los Servicios Sociales. Por ello específicamente se le dedicará un apartado concreto en el que se analice tanto su estructura como contenido.

Cantabria

LEY 2/2007, DE 27 DE MARZO, DE DERECHOS Y SERVICIOS SOCIALES de Cantabria en su art. 6 sobre derechos específicos de las personas usuarias de centros y servicios de atención diurna/nocturna y estancia residencial se hace igualmente alusión directa a las sujeciones recogiendo en su apartado S el:

s) “Derecho a no ser sujeto a ningún tipo de restricción física o intelectual, por medios mecánicos o farmacológicos sin prescripción y supervisión facultativa, salvo que exista peligro inminente para la seguridad física de la persona usuaria o de terceras personas. En este supuesto los motivos de las medidas adoptadas deberán recogerse de forma razonada en la historia personal, precisarán supervisión facultativa antes de veinticuatro horas y comunicarse a sus familiares más cercanos y al ministerio fiscal”.

País Vasco.

LEY 12/2008, DE 5 DICIEMBRE, DE SERVICIOS SOCIALES DEL PAÍS VASCO DE 2008 tipifica como infracción muy grave en su art 91.1e:

“Someter a las personas usuarias a cualquier tipo de inmovilización o restricción física o farmacológica sin prescripción médica y supervisión, a excepción de los supuestos en los que exista peligro inminente para la seguridad física de ésta o de otras personas, así como silenciar o encubrir dichas actuaciones”.

La Rioja

LEY 7/2009, DE 22 DICIEMBRE, DE SERVICIOS SOCIALES DE LA RIOJA RECOGE en su art.85.b como infracción muy grave:

“Someter a las personas usuarias de los centros o servicios a cualquier tipo de inmovilización o restricción física o farmacológica sin prescripción médica y supervisión, a excepción de los supuestos en los que exista peligro inminente para la integridad física de éstas o de otras personas, así como silenciar o encubrir dichas actuaciones”.

Islas Baleares

LEY 4/2009, DE 11 JUNIO, DE SERVICIOS SOCIALES DE ILLES BALEARS recoge en su art. 9.1.n que las personas usuarias de servicios residenciales tienen como derechos reconocidos

“Derecho a no ser sometidas a ningún tipo de inmovilización o de restricción física o tratamiento farmacológico sin su autorización, a menos que haya peligro inminente para la seguridad física de la persona usuaria o de terceras personas, o que haya prescripción facultativa, en ambos casos bajo supervisión”.

Es decir, 5 de los 17 subsistemas de Servicios Sociales existentes en nuestro país hacen alusión directa y de manera específica la existencia en las propias Leyes de Servicios Sociales al uso de sujeciones.

Otras Comunidades autónomas como como la Valencia, Asturias o Cataluña a pesar de que específicamente no recogen en la Ley de Servicios Sociales aluden al uso de restricciones en normativa relativa a los servicios sociales, tal y como se muestra a continuación:

Valencia

- **DECRETO 91/2002, DE 30 DE MAYO, DEL GOBIERNO VALENCIANO, SOBRE REGISTRO DE LOS TITULARES DE ACTIVIDADES DE ACCIÓN SOCIAL, Y DE REGISTRO Y AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS Y CENTROS DE ACCIÓN SOCIAL, EN LA COMUNIDAD VALENCIANA.**

Afirma que a los usuarios solamente les podrán ser aplicadas medidas de sujeción, por prescripción facultativa motivada y expresa, con indicación de las horas que ha de llevarse a efecto, el tipo de sujeción y duración del tratamiento.

- ORDEN DE 4 DE FEBRERO DE 2005, DE LA CONSELLERIA DE BIENESTAR SOCIAL, POR LA QUE SE REGULA EL RÉGIMEN DE AUTORIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES ESPECIALIZADOS PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS MAYORES.

- Art. 47.2.i) Utilización de medidas de sujeción. A los usuarios solamente les podrán ser aplicadas medidas de sujeción, por prescripción facultativa motivada y expresa, con indicación de las horas que ha de llevarse a efecto, el tipo de sujeción y duración del tratamiento. Habrá de concurrir el consentimiento expreso y por escrito del usuario, o su representante legal, en su caso, e informándose de ello a la familia. El medio utilizado para la sujeción deberá contar con la correspondiente homologación. Caso de que el usuario o su representante legal no preste su consentimiento, el centro podrá exigir que dicho rechazo conste por escrito.

Cataluña:

- DECRETO 284/1996 MODIFICADO POR EL DECRETO 176/2000, ART. 5.1 G) – CATALUÑA:

- Artículo 5.1. Todas las administraciones públicas habrán de velar por el respeto a los derechos de los usuarios de servicios y establecimientos sociales reconocidos en las leyes y, especialmente, los siguientes:
 - g) Derecho a no ser sometido a ningún tipo de inmovilización o restricción física o farmacológica sin prescripción médica y supervisión, salvo que exista peligro inminente para la seguridad física del usuario o de terceras personas. En este último caso, las actuaciones efectuadas tendrán que justificarse documentalmente en el expediente asistencial del usuario.

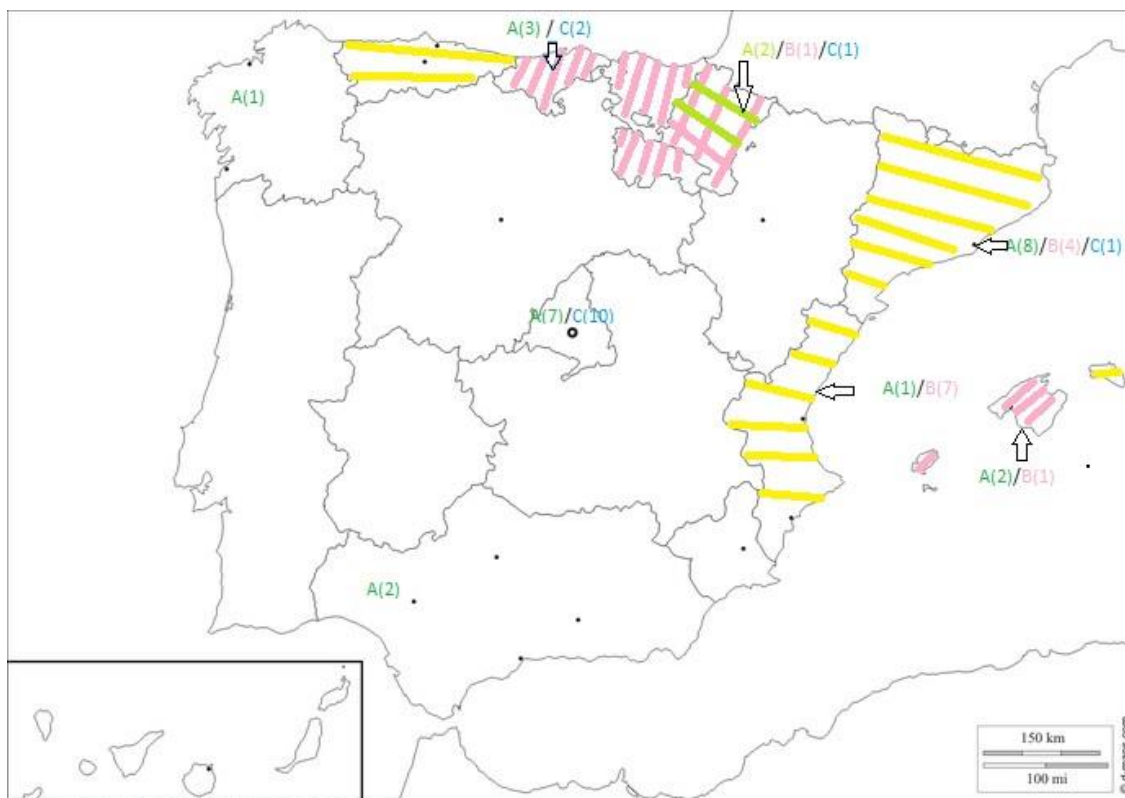
Asturias:

- DECRETO 79/2002, DE 13 JUNIO, QUE APRUEBA EL REGLAMENTO DE CENTROS DE ATENCIÓN DE SERVICIOS SOCIALES DE ASTURIAS

- artículo 17.2.: el contenido mínimo de las programaciones en lo que se refiere a servicios asistenciales para todos los centros de atención a servicios sociales será el siguiente:
 - c) medidas de sujeción mecánica aplicadas a las personas usuarias: al efecto de evitar autolesiones, dichas medidas deberán contar con la debida indicación facultativa o técnica documentada. No obstante, esta medida también podrá ser aplicada ante casos excepcionales y situaciones de emergencia con la autorización del director o directora o del responsable autorizado para atender a eventualidades, registrando documentalmente la aplicación y dando cuenta ulteriormente al correspondiente facultativo o técnico responsable para que decida sobre su prescripción. Los elementos utilizados para la sujeción mecánica serán de tipo homologado y cuando a una persona usuaria se le apliquen estas medidas será preciso intensificar la

función de acompañamiento y de observación por parte del personal asistencial.

A. Regulación normativa versus centros libres de sujeciones.



Fuente: elaboración propia

-Legislación entorno al uso de sujeciones físicas y químicas en España.

- LEGISLACIÓN ESPECÍFICA SOBRE SUJECIONES.
- LEYES DE SERVICIOS SOCIALES QUE CONTEMPLAN LAS SUJECIONES
- NORMATIVA RELATIVA A SERVICIOS SOCIALES QUE CONTEMPLAN LAS SUJECIONES.

-Centros libres de sujeciones según el registro de [CEOMA](#):

A(Nº): CENTROS CON “ACREDITACIÓN DEFINITIVA”

B(Nº): CENTROS CON “PRIMERA ACREDITACIÓN”

C(Nº): CENTROS “EN PROCESO DE DESATAR”

Los centros libres de sujeciones son aquellos que no utilizan ningún tipo de sujeción física. Aunque se reconoce la existencia de muchos más centros que cumplen esta premisa. Estos son los centros conocidos por el programa “Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer”, y que han sido sometidos a la comprobación y posterior acreditación y se publican en la web del CEOMA. Todos los centros que quisieran obtener esta acreditación pueden hacerlo ya que no establecen como premisa haber trabajado desde el programa mencionado.

ACREDITACIÓN DEFINITIVA		PRIMERA ACREDITACIÓN		EN PROCESO DE DESATAR	
CC.AA.	NÚMERO DE CENTROS	CC.AA.	NÚMERO DE CENTROS	CC.AA.	NÚMERO DE CENTROS
1. Andalucía	2	1. Navarra	1	1. Cataluña	1
2. Cataluña	8			2. Navarra	1
3. Baleares	2	2. Valencia	7	3. Cantabria	2
4. Madrid	7				
5. Valencia	1	3. Cataluña	4	4. Madrid	10
6. Cantabria	3				
7. Navarra	2	4. Baleares	1	TOTAL: 4	TOTAL: 14
8. Galicia	1				
TOTAL: 8	TOTAL: 26	TOTAL: 4	TOTAL: 13	TOTAL: 4	TOTAL: 14

Tabla de elaboración propia.

LAS SUJECIONES COMO OBJETO DE REGULACIÓN NORMATIVA.			
CC.AA.	LEGISLACIÓN ESPECÍFICA.	LEYES DE SERVICIOS SOCIALES	NORMATIVA RELATIVA A SERVICIOS SOCIALES
1. Galicia	-	-	-
2. Asturias.	-	-	Decreto 79/2002
3. Cantabria	-	Ley 2/2007	-
4. País Vasco	-	Ley 12/2008	-
5. Navarra	Decreto Foral 221/2011	Ley 15/2006	-
6. La Rioja	-	Ley 7/2009	-
7. Castilla y León.	-	-	-
8. Madrid	-	-	-
9. Aragón	-	-	-
10. Cataluña	-	-	Decreto 284/1996 Modificado ->176/2000
11. Valencia.	-	-	Decreto 91/2002 Orden 4 Febrero 2005
12. Islas Baleares	-	Ley 4/2009	-
13. Castilla la Mancha.	-	-	-
14. Murcia	-	-	-
15. Extremadura	-	-	-
16. Andalucía	-	-	-
17. Islas Canarias	-	-	-
Ceuta y Melilla	-	-	-
	TOTAL: 1	TOTAL: 5	TOTAL: 3

Tabla de elaboración propia

B. Decreto Foral 221/2011, de 28 de septiembre, por el que se regula el uso de sujeciones físicas y farmacológicas en el ámbito de los servicios sociales residenciales de la comunidad foral de Navarra.

Debido a la relevancia que supone en el tema titular de este trabajo consideramos necesarios hacer una pequeña profundización en algunos aspectos que se contemplan en él.

El decreto nos responde en primer lugar, en su preámbulo, al porque, a la justificación de la necesidad de regular el uso de las sujeciones, remarcando que estas suponen un grave riesgo e inconvenientes sobre la salud, y un uso excesivo de las sujeciones conlleva consecuencias especialmente negativas sobre: -la salud y la integridad física. Y pueden además suponer la vulneración de derechos fundamentales y principios constitucionales como:

- Derecho a la libertad física.
- Derecho a la integridad física/moral.
- Derecho a no sufrir tratos inhumanos o degradantes.
- Principios de dignidad humana y libre desarrollo de la personalidad.

Lo que con este decreto se pretende o dicho de otra forma los objetivos que se plantea son:

- Regular las garantías necesarias para la aplicación de sujeciones en procedimientos de urgencia sin prescripción médica.
- Garantizar por completo el derecho recogido en la Ley Foral 15/2006, de 14 de Diciembre, de Servicios Sociales en el artículo 8 ¹⁴
- Establecer garantías de procedimiento en el uso de aquellas que son prescritas conforme a los requisitos (mediante prescripción médica).
- Definir de forma clara y precisa el concepto y variantes, evitando confusiones.
- Regular las garantías de aplicación y uso de barandillas o barras laterales.
- Regular los derechos de las personas usuarias en esta materia.

Se estructura en torno a cinco capítulos en los que se recogen las disposiciones generales en cuanto al objeto, ámbito de aplicación, las definiciones, principios básicos, y derechos de las personas usuarias. Seguido de: el desarrollo del procedimiento para el uso de medidas de sujeción con prescripción facultativa, el procedimiento de urgencia para la aplicación de sujeciones físicas sin prescripción facultativas, las garantías en el uso de sujeciones y por último el control de la administración en el uso de sujeciones y barandillas.

La relevancia de esta norma se asienta en la base de su carácter pionero y el avance que en dicha materia supone. Se trata de la primera norma, que se realiza en nuestro país entorno al uso de sujeciones físicas y farmacológicas desde el ámbito de los servicios sociales. (García & Beltrán, 2012)

¹⁴ “Derecho a no ser sometido a ningún tipo de inmovilización o de restricción física o tratamiento farmacológico sin prescripción facultativa y supervisión, salvo que exista peligro inminente para la seguridad física del usuario o de terceros. En este último caso, las actuaciones efectuadas se justificarán documentalmente y constarán en el expediente del usuario, en la forma que se establezca reglamentariamente. Asimismo, se comunicarán al Ministerio Fiscal”.

Previamente en los servicios sociales no disponíamos de una reglamentación que profundizara en el uso de las sujeciones desde la óptica de los derechos específicos de las personas que son objeto de aplicación de esta medida, que quedan determinados y recogidos en el decreto a través de su artículo 5.

Se trata de una medida sin precedentes que garantiza el derecho de las personas a vivir libres de sujeciones que se imponen motivadas por la aplicación de disciplina o por conveniencia. Prohibiendo por tanto que se apliquen las sujeciones justificadas en los beneficios que obtiene la organización cuando hacen uso e incluso abuso de ellas, en lugar de aplicarlas exclusivamente y como medida extraordinaria en beneficio para la persona.

Además esta norma, representa una gran oportunidad como referente para el resto de Comunidades Autónomas y el Estado, realizando una labor de hacer visible lo invisible, y poner de actualidad, la realidad de una necesidad social persistente en nuestro país, pero silenciada y desatendida, por parte de las Administraciones Públicas, en este colectivo, pero también en otros como el de personas con discapacidad o personas con enfermedad mental, también vulnerables a aplicación de sujeciones.

Todos los riesgos descritos en el capítulo anterior, junto con toda la serie de conflictos éticos que pueden surgir además de las posibles consecuencias legales que ciertas situaciones conllevan hacen necesaria la regulación a nivel estatal que refleje con claridad los contenidos que en el presente reglamento se refieren así como competencias y funciones del equipo multidisciplinar encargado de la atención integral de las personas mayores dependientes, e identificar con exactitud el lugar que ocupa la familia

La desventaja o limitación principal que dispensa esta norma, no es ni más ni menos, que su ámbito de aplicación, ya que solo afecta a la población perteneciente a la Comunidad foral de Navarra.

En este decreto se alude directamente a los Servicios sociales, determinando como principio básico en su artículo 4.b:

“La promoción en los servicios sociales de Navarra de un mayor grado de autonomía física mental y psicosocial, en un contexto de bienestar y respeto hacia la persona usuaria”.

Lo que supone que desde los servicios sociales se debe remover todas las actuaciones y medidas que se precisen, y se ajusten a la libertad, autonomía, dignidad y bienestar de las personas quedando el uso de sujeciones relegado a la última medida a adoptar.

(García y Beltrán, 2012) plantea que el que el uso de restricciones tanto físicas como químicas en la atención a personas mayores es posible aunque ello supone poner el acento en el desarrollo de la prevención y la calidad como eje y base del proceso de cambio por parte de nuestro sistema de Servicios Sociales.

*“Alcanzar este objetivo, perfectamente posible pasa, en primer lugar, por una **actuación preventiva y de calidad** por parte de aquellos servicios sociales que*

*han atendido a estas personas antes de su asistencia residencial, procurándoles el mayor grado posible de autonomía física, mental y psicosocial, en un contexto de bienestar y respeto hacia la persona atendida, y una vez ingresados, disponiendo **una estructura de servicios residenciales con la organización y calidad suficiente para hacer innecesario o muy excepcional el uso de sujeciones**".*

Es decir, que se puede y se debe atender al uso de sujeciones en los servicios sociales desde momentos mucho anteriores al posible planteamiento de su aplicación en una persona. Son muchas las medidas y actuaciones que se pueden realizar previamente como prevención de las mismas, y debemos trabajar en la generación de condiciones adecuadas en las organizaciones en las que trabajamos donde las decisiones que se tomen estén basadas en consideraciones éticas, exigiendo todo lo que sea necesario para que podamos asegurar y procurar en todo momento que realmente esta medida es excepcional en la atención a las personas mayores, y no la tónica general y algo perfectamente asumido como normal en los cuidados, como viene ocurriendo hasta el momento.

Además en su artículo 6.2. se presenta la exigencia de que se contemple en el Plan de Atención Individualizado todas aquellas actuaciones en consonancia con el uso de sujeciones en personas residentes, donde debe a su vez constar la valoración multidisciplinar realizada por el equipo de atención acerca de la posible indicación de la sujeción, fruto de un proceso de deliberación multidimensional. Alusión directa a los Trabajadores sociales, por primera vez en nuestro país, otorgándoles responsabilidades en el proceso.

Entre los efectos que sobre la base de este decreto y de lo expresado en la ley de Servicios Sociales de Aragón, se destaca por ejemplo, que el 17 de diciembre de 2014, el Comité de Bioética de Aragón, emitió una serie de recomendaciones recogidas en la declaración sobre las sujeciones físicas y farmacológicas en el ámbito social y sanitario:

- 1. Limitar la indicación de las sujeciones físicas y farmacológicas a lo estrictamente necesario, como un recurso excepcional una vez agotadas otras medidas alternativas.*
- 2. En caso de que la sujeción sea la única alternativa, el centro dispondrá de un Protocolo que incluirá como mínimo: indicaciones de la medida, motivo de la sujeción, medidas previas aplicadas, tipo de sujeción, duración de la misma, medidas de registro y control, prescripción facultativa ya que es una medida terapéutica, situaciones excepcionales y de urgencia, consentimiento informado y evaluación con información transparente periódica.*
- 3. Impulsar la formación a profesionales sobre Metodología de Gestión y Eliminación de Sujeciones y promover campañas de sensibilización a colectivos de interés (usuarios, familiares, cuidadores, juristas, etc.)*

Instar al Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia a que elabore la oportuna normativa para regular el uso de sujeciones físicas y farmacológicas, de acuerdo con la Resolución del Justicia de Aragón de 27 de mayo de 2014, como garantía del respeto de los derechos de los usuarios.

3.2. Principios éticos del Trabajo Social

El reconocimiento de la dignidad y libertad intrínseca del individuo es fundamental para el Trabajo Social ya que conforma nuestro marco ético y cuerpo deontológico. Ello supone que siempre que existan posibilidades técnicas se debe colaborar en todas las acciones que supongan reconocimiento y protección de la dignidad y libertad de las personas cumpliendo con nuestro deber ético. Parece necesario recordar que el Trabajo Social es una profesión que se sitúa en el ámbito de las relaciones humanas, lo que supone ya unos principios éticos, es decir, el mero hecho de trabajar con otras personas, ya nos está marcando un imperativo ético de consideración al prójimo como un ser digno y libre.

El Trabajo Social es una profesión cargada de valores y estos forman parte de la identidad profesional pero también marca nuestra práctica. Valores fundamentales como: la dignidad, es decir de la valía intrínseca de la persona en sí misma, con independencia de su circunstancia. La libertad de la persona que se traduce en la idea y objetivo de favorecer la autonomía de las personas, así como la igualdad, desglosada en igualdad de oportunidades, igualdad de trato... Todos estos son valores que conforman el marco ético del trabajo social. Enmarcan ese compromiso que tiene el trabajo social en la defensa y respeto de los derechos humanos, los cuales a su vez, reconocen necesidades.

Todo esto se traduce entre otras consideraciones, a la especial protección en situaciones de vulnerabilidad, como es el caso de las personas sometidas a la aplicación de sujeciones físicas y químicas. Sobre todo allí donde se pudiera cometer un abuso y/o uso indebido de las mismas.

La dimensión teleológica, es decir la relacionada con los principios propios de la profesión de Trabajo Social se encuentra recogida en el actual Código deontológico de Trabajo Social. En él se expresa en su art. 7:

“El trabajo social está fundado sobre los valores indivisibles y universales de la dignidad humana, la libertad y la igualdad tal y como se contemplan en la declaración universal de los derechos humanos, las instituciones democráticas y el Estado de derecho. En ellos se basa la actuación profesional, por medio de la aceptación de los siguientes principios”.

De ello se derivan 3 principios básicos fundamentales

- Dignidad: la persona humana, única e inviolable, tiene valor en sí misma con sus intereses y finalidades.
- Libertad: la persona, en posesión de sus facultades humanas, realiza todos los actos sin coacción ni impedimentos.
- Igualdad. Cada persona posee los mismos derechos y deberes compatibles con sus peculiaridades y diferencias.

Sin embargo si la dimensión teleológica y deontológica desarrollada en el Código deontológico se constituyen como claves para determinar los mínimos éticos en nuestra profesión, es necesario aludir a una tercera dimensión propia de todas las profesiones aunque menos desarrollada: la dimensión pragmática directamente relacionada con las consecuencias que sobre la vida de las personas tiene nuestra actuación profesional. Esta dimensión se ocupa de analizar la eticidad de las actuaciones concretas, sobre todo cuando existen conflictos de perspectivas o intereses entre los usuarios, los profesionales o la propia entidad desde la que se interviene.

La integración de estas tres dimensiones es uno de los retos pendientes en la ética profesional del trabajo social. El análisis ético de cada acción debe siempre considerar los valores, principios, deberes y normas de la profesión, teniendo en cuenta a su vez las herramientas necesarias para su aplicación y contextualización. Toda intervención social desarrollada desde el trabajo social se constituye como una actividad objeto de la ética y sujeta a normas de carácter ético o deontológico, porque en ella confluyen las siguientes características y que le otorgan la consideración de objeto y sujeto de ética:

- Libertad: capacidad del trabajador/a social de elegir.
- Intencionalidad: la acción del trabajador social, responde a unos objetivos, intencionales que lo justifican.
- Responsabilidad: responder del ejercicio de poder que supone intervenir con cierto grado de libertad y la capacidad de promover cambios intencionales.

La ética nos señala que valores y criterios deben respetarse individual y socialmente, nos apoya a la hora de diferenciar “lo bueno” y lo “malo”, y reflexiona sobre los criterios básicos para discernir comportamientos y opciones de las personas.

La atención a la ética se justifica en la importancia que está adquiriendo en el contexto general actual y la naturaleza del ámbito profesional específico en el que el trabajo social se sitúa. Ya que el respeto a los valores y criterios éticos, sean más necesarios en aquellas situaciones en las que con frecuencia se sitúa el trabajo social al estar influidas por la vulnerabilidad, además de las dificultades que se interponen en ocasiones a la hora de evidenciar el valor fundamental de la persona (Rodríguez, 2014).

Los trabajadores sociales debemos ir un paso más allá y no conformarnos con los mínimos éticos fijados, sino tender al establecimiento de máximos éticos, que nos indiquen aquello que debemos perseguir, para poder hablar de intervenciones excelentes o de calidad ética. Es lo que el profesional debe proponerse como objetivo y única manera de intervenir de forma correcta. La utopía debe ser guía de nuestras acciones.

El Trabajador social tiene la obligación de llevar a cabo intervenciones reflexivas, analizando de qué forma se abordan las cuestiones morales y éticas de la intervención. Por ello la reflexión ética y nuestra implicación activa y consciente en el proceso que conlleva el uso de sujeciones en nuestros usuarios es primordial para garantizar que en todo momento se está procurando a estas personas una atención de calidad, y que no vulnera en ningún caso sus derechos y dignidad. Para ello es necesario poder ofrecer un procedimiento una forma de intervenir que asegure respuestas en cuanto al uso de sujeciones que trate de crear alternativas y soluciones adaptadas y adecuadas a cada

El Trabajo Social y el Uso de Sujeciones.

una de las personas y circunstancias concretas, fruto de una reflexión y deliberación multidisciplinar, multidimensional y que contemple a la personas desde su integridad bio-psico-social.

En definitiva se trata de que la aplicación de sujeciones se convierta en una medida realmente excepcional, tras todo un proceso de prevención y actuaciones encaminadas a modos que preserven su dignidad y derechos. Y en caso de que esa medida tenga que realizarse se aseguren toda una serie de condiciones y garantías en su aplicación, que no se trate de un acto arbitrario y relegado al ámbito sanitario, ya que como a lo largo del trabajo hemos constatado que en realidad, la reflexión y la atención al uso de sujeciones corresponde a todos, supone la implicación de todo el equipo multidisciplinar encargado de su atención, sus familiares y el propio usuario.

CAPÍTULO 4. LA FORMACIÓN EN EL ÁMBITO PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL ENTORNO AL USO DE SUJECIONES.

Para abordar este cuarto y último capítulo del trabajo se ha realizado una investigación en base a la combinación de distintas técnicas de recogida de datos, de naturaleza cuantitativa y cualitativa.

4.1. Objetivos

Partimos del hecho de que la racionalización del uso de sujeciones se constituye como un reto dentro en el entorno de cuidados de personas mayores dependientes y que debe abordarse desde una intervención profesionalizada.

Desde este planteamiento la presente investigación presenta como objetivo general:

Analizar como una formación completa e integral sobre el uso de sujeciones y las consideraciones éticas asociadas, índice o no, en la perspectiva y en el posicionamiento de los profesionales.

Dicho objetivo se desglosa en los siguientes objetivos específicos:

- Identificar la percepción de los futuros profesionales entorno al uso de sujeciones.
- Analizar la presencia de mitos y creencias acerca del uso de sujeciones en los futuros profesionales.
- Conocer el impacto de la formación en los estudiantes de Trabajo Social.
- Aproximar la realidad del Trabajo Social y el uso racional de sujeciones: implicaciones, funciones y competencias, aportaciones.

4.2. Metodología.

Hipótesis de partida.

1. La percepción de los futuros profesionales de trabajo social acerca de la necesidad de sujeciones físicas y químicas en las residencias de personas mayores
2. La existencia de mitos y creencias equivocadas entorno al uso de sujeciones en los futuros profesionales de trabajo social.
3. La incidencia de la formación en los trabajadores sociales para su posicionamiento entorno al uso de sujeciones.
4. La formación contribuye a la reducción de los mitos y creencias entorno al uso de sujeciones en los profesionales de trabajo social.

4.3. Técnicas de producción de datos.

El objeto de estudio de la investigación desarrollada lo conforman el grupo de alumnos matriculados en la asignatura de “Ética y Deontología del Trabajo Social”, inscrita en el curso tercero del Grado en Trabajo Social de la Universidad de Valladolid.

A la hora de realizar el diseño metodológico de la investigación se ha seguido una combinación de dos técnicas de recogida de datos con el fin de garantizar la rigurosidad y la calidad de la información reflejada estas técnicas se combinan con una intencionalidad, aclaratoria, descriptiva y explicativa, así como exploratoria. En un

primer momento se emplean técnicas de naturaleza cuantitativa y en segundo momento técnicas cualitativas.

A. Metodología cuantitativa.

La metodología cuantitativa se inspira en el positivismo y tiene como propósito la búsqueda de explicaciones a los fenómenos que estudia, a través de un análisis sistemático de los hechos a partir de la descripción objetiva y completa, surgida a través de la cuantificación y medición que se encamina hacia la formulación de tendencias, nuevas hipótesis y la construcción de teorías, haciendo uso de la estadística como fórmula de conocimiento. En esta metodología se parte de los postulados teóricos aprobados por la comunidad científica a través desde los cuales se formulan las hipótesis y las relaciones entre variables, cuya constatación surge de la recogida de información basada en datos empíricos medibles, consiguiendo la determinación del grado de significación de las relaciones previstas.

Se proyecta con la finalidad de conseguir información descriptiva acerca de las variables que son objeto de nuestro interés en este estudio. Se realiza Pre-Test y un Post-Test, recogido en los anexos, basados en la Escala Likert, conformados a través de varias afirmaciones declarativas en base a los Mitos y creencias existentes acerca del uso de sujeciones en personas mayores. Esta fórmula nos facilita esquematizar y obtener un primer contacto con la realidad y la consiguiente aproximación a un conocimiento empírico, permitiéndonos con ello una aproximación a las actitudes y percepciones de los futuros trabajadores sociales entorno al uso que se realiza de las sujeciones físicas y químicas en personas mayores. Esta descripción de la realidad quedará complementada con la posterior profundización en base a las técnicas cualitativas.

Como ya enunciábamos Se aplicaron Pre-test y un Post-test, elaborados a través de varias afirmaciones declarativas en base a los Mitos y creencias existentes acerca del uso de sujeciones en personas mayores. Tras una primera delimitación conceptual de los términos “Sujeción física” y “Sujeción química-farmacológica”, en el contexto de una sesión teórica de la asignatura anteriormente mencionada, se solicitó a los participantes la realización de un primer test en el que indicaron su grado de acuerdo y desacuerdo con los ítems planteados. Tras ello, tuvo lugar una formación, con una duración de dos horas, acerca los aspectos más significativos identificados en la literatura científica existente en torno al uso de sujeciones en personas mayores, tema vertebral de este trabajo.

Transcurrida una semana, se volvió a solicitar a los participantes la realización de un segundo test, construido a partir de los mismos Items ya planteados, con el objeto de obtener algún dato que nos permita aproximarnos a una valoración del posible impacto causado por la formación.

De lo cual se puede resaltar en un primer momento, que la formación en sí misma, supone ya un cambio en las construcciones mentales de los individuos entorno al tema objeto de la misma. Dicho lo cual, más adelante continuaremos con el desarrollo de las observaciones que nos ha permitido realizar este proceso

B. Metodología cualitativa:

La metodología cualitativa, que parte y se nutre del pensamiento hermenéutico, en el que los objetos de estudio son reflexivos, libres y capaces. Se configura como un pensamiento abierto que interpreta significados buscando la comprensión de los fenómenos más allá de la causalidad, contemplando para ello, motivaciones, expectativas, intenciones etc. El interés reside en partir de las percepciones, conocimientos, valores, comportamientos de los sujetos objeto de estudio y su forma de entender la realidad en la que se insertan. Ya que para esta metodología la realidad no es externa al individuo sino que hay una marcada realización entre sujeto y objeto de conocimiento.

La mayor flexibilidad que ofrece este tipo de investigación analítica es el origen de su interés para la consecución de este estudio, incorporando técnicas que nos permiten recoger experiencias, pensamientos y reflexiones de las personas que desde la perspectiva profesional realizan en torno al tema analizado erigiéndose como un marco de referencia válido. Los resultados se presentarán incorporando las palabras y expresiones utilizadas por los participantes.

Para su consecución se emplearán la siguiente técnica:

-Entrevista a expertos.

Con la pretensión de obtener de forma complementaria información relevante y cualificada con el fin de profundizar en los contenidos claves de la investigación, se planteó en la planificación de este proyecto de investigación la realización de tres entrevistas con profesionales de reconocida relevancia, notoriedad, prestigio y significación en relación los contenidos trabajados y objeto del estudio.

- Asesor científico y director médico del programa desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer, Don Antonio Andrés Burgueño Torijano,
- Coordinadora y trabajadora social de las unidades de estancia diurnas y temporales del ayuntamiento de Valladolid, Doña Laura Cantero Poncio.
- Docente de la Universidad de Valladolid y trabajadora social experta en ética y deontología de trabajo social, Doña Cayetana Rodríguez Rodríguez.

4.4. Escala de actitud y opinión. Aproximación sobre la necesidad de formación entorno al uso de sujeciones en los profesionales de trabajo social: resultados de la encuesta.

A. Caracterización de la muestra.

En esta investigación la muestra que se emplea se presume homogénea ya que todos los alumnos participantes en ella se encuentran matriculados en la asignatura de “Ética y deontología en trabajo social” en el Grado de trabajo social de la Universidad de Valladolid.

-Lo primero que se puede observar con respecto a la muestra del primer test que se realizó previamente a la formación, denominado “Pre-Test”, es una cuestión inherente a la profesión y es la alta feminización de la misma, ya que en 80.76% de las personas encuestadas eran mujeres frente a un 19.23% de los participantes hombres.

Un 86.52% de los participantes se sitúan en una franja de edad de entre 20 y 23 años frente al 13.48% situados en los 24 años o más.

De ellos se destaca que un 15.38% de los participantes poseen algún tipo de formación complementaria al grado en trabajo social que cursan en la actualidad, frente al 80,76% que no la poseen y el 3.84% de los participantes que no contestaron esta cuestión.

Y finalmente un 25% de los encuestados tienen algún familiar o personas cercanas en centros de día o residencia de personas mayores frente al 75% que respondieron no a esta cuestión.

-Respecto a la muestra del segundo test que se realizó tras la formación, denominado “Post-Test”, también se destaca la alta feminización correspondiéndose con un 80% de participantes mujeres, frente al 20% de hombres.

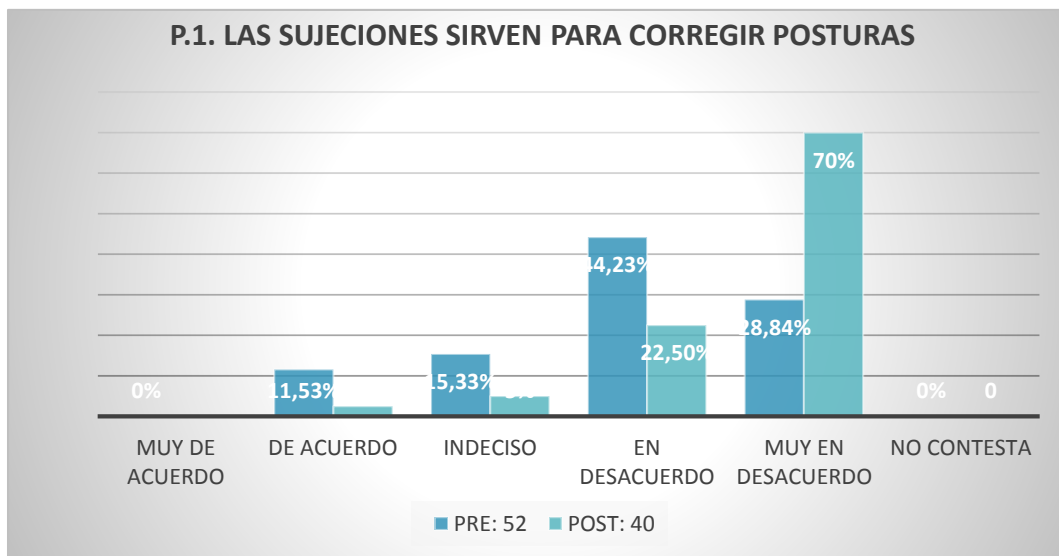
En la franja de edad entre los 20 y 23 años encontramos al 94.23% de los participantes frente a un 5.76% situado en los 24 años o más.

Respecto a la formación complementaria al grado en trabajo social que cursan en la actualidad en este caso el 87.5% manifiesta no poseerla frente a un 7.5% que si poseen dicha formación complementaria y un 5% de personas que no contestaron a esta cuestión.

El 20% de los encuestados tienen algún familiar o persona cercana en centro de día o residencia de personas mayores frente a un 75% que manifestaron no en dicha cuestión y el 5% que no contestaron.

B. Impacto de la formación en los estudiantes de Grado en Trabajo Social

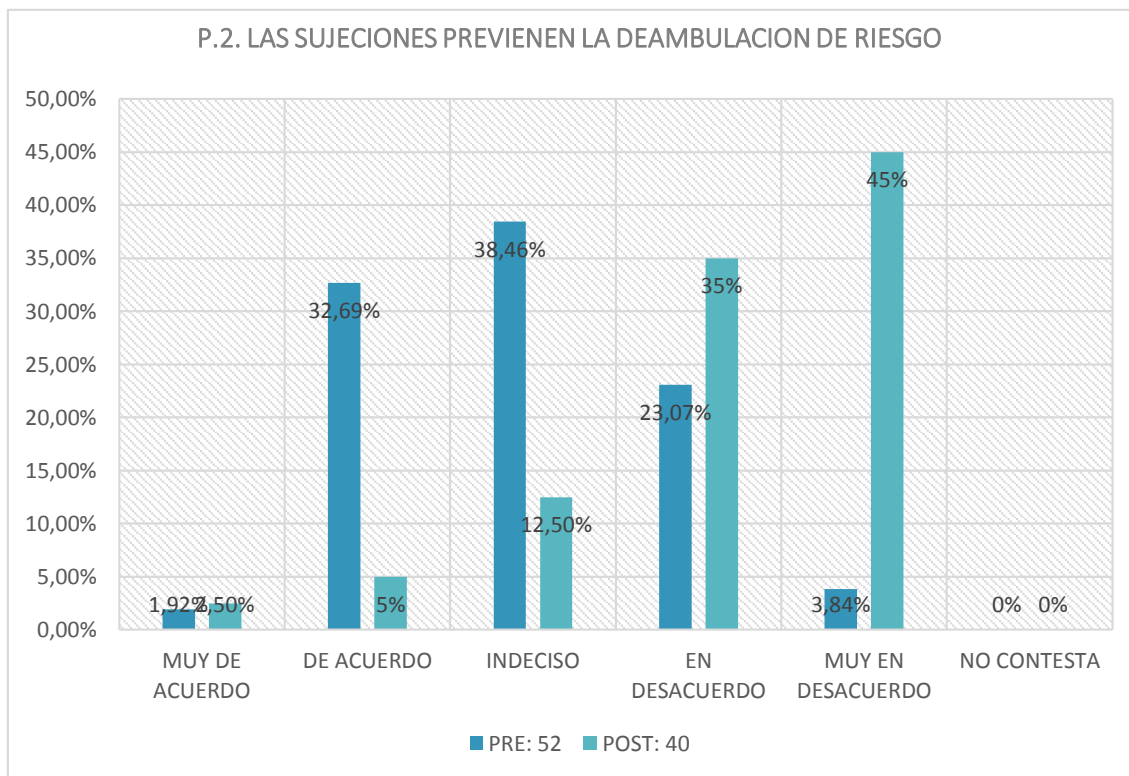
Cuando iniciábamos esta andadura e identificábamos los mitos que en la sociedad española se desprendían entorno al uso de sujeciones y veíamos cómo la falta de formación y el desconocimiento entorno a ellas se erigía como la causa principal de la existencia dichos mitos y falsas creencias por ello, se planteó como necesario valorar y poner de relieve como la formación va a suponer un salto vertiginoso en los profesionales a la hora de aproximarse a esta problemática tan asociada y recurrente en el colectivo de personas mayores, dotándoles de la posibilidad de reflexionar y tomar conciencia de la necesidad que existe de cambiar los planteamientos tradicionales entorno a las cuestiones que se exponen a continuación.



Fuente: Elaboración propia

En primer lugar, cuando se plantea al grupo la afirmación de que el uso de sujeciones sirve para la corrección postural de las personas, antes de la formación encontramos que un 15.33% de los participantes se mostraban indecisos ante esta cuestión, y un 11.53% se mostraban de acuerdo con esta afirmación. Tras la formación los porcentajes se transforman pasando a encontrar un 5% de personas indecisas y tan solo un 2.5% se mantienen de acuerdo con este postulado.

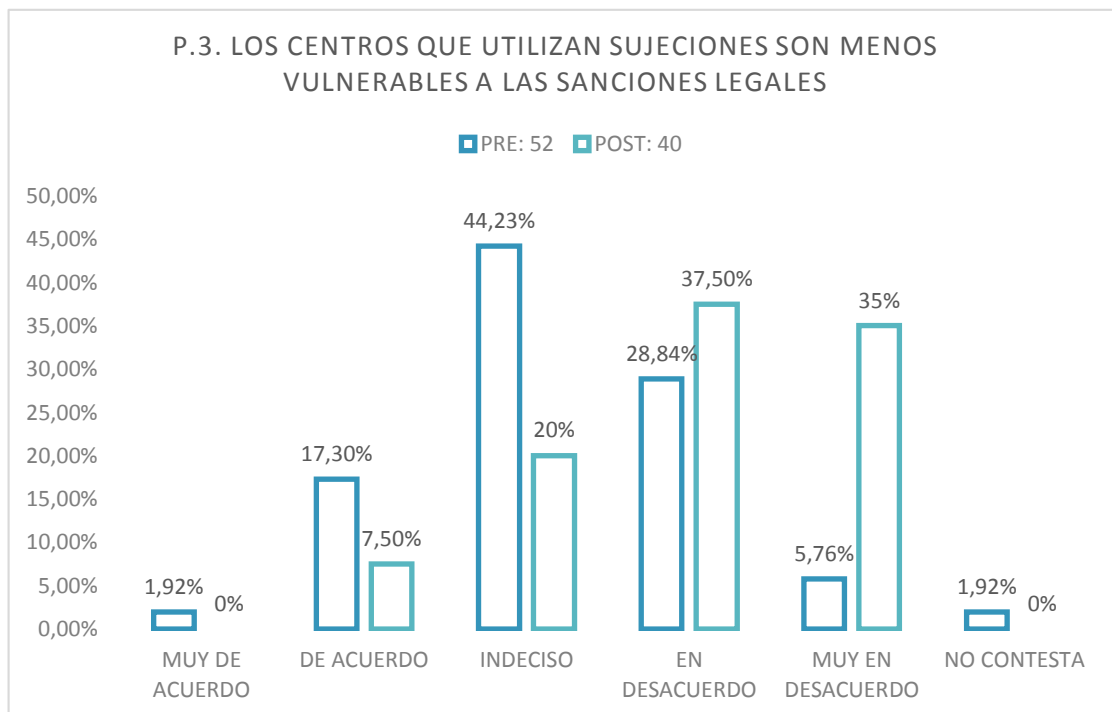
El uso de sujeciones no se conforma como el método adecuado para la corrección postural sino que para la consecución de este objetivo se precisa del empleo de un mobiliario correctamente diseñado y adaptado a las propias necesidades de cada usuario. Antes de la formación el 44.23% de los encuestados se situaba en desacuerdo con la afirmación y un 28.84% se mostraban muy en desacuerdo. Tras la formación apreciamos como esta supone una inversión en dichos porcentajes encontrando al 70% de los participantes en muy desacuerdo con esta cuestión y un 22.50% en desacuerdo, de lo que se desprende que la formación lo que permite a los participantes es reafirmar su posición ya que les dota de más argumentos para ello.



Fuente: Elaboración propia

Respecto al segundo postulado planteado a los participantes en el que se afirmaba que la deambulación de riesgo se previene con el uso de sujeciones encontramos que antes de la formación, un 1.92% de los participantes se mostraban muy de acuerdo un 32.69% estaban de acuerdo y un 38.46% se identificaban como indecisos. Tras la formación encontramos que 2.50% de las personas reafirman su posición como muy de acuerdo antes esta cuestión, pero tan solo un 5% mantienen su acuerdo descendiendo considerablemente el porcentaje de participantes. Por otro lado frente al 38.46% de personas indecisas de las que partíamos el porcentaje queda reducido a un 12.50% de los participantes.

Por otro lado, previamente a la formación encontramos un 23.07% de las personas en desacuerdo con esta afirmación, convirtiéndose en un 35% tras ella. Y el cambio más significativo lo encontramos en las personas que se sitúan como muy en desacuerdo pasando de un 3.84% de las personas encuestadas a un 45% tras la formación en la que se abordó esta cuestión partiendo de la idea de que no existe una deambulación sin riesgo y que la mejor prevención a estas situaciones es el diseño y la creación de medidas de seguridad y espacios seguros para la deambulación. Además se clarifico la necesidad y beneficios de la deambulación en las personas mayores.

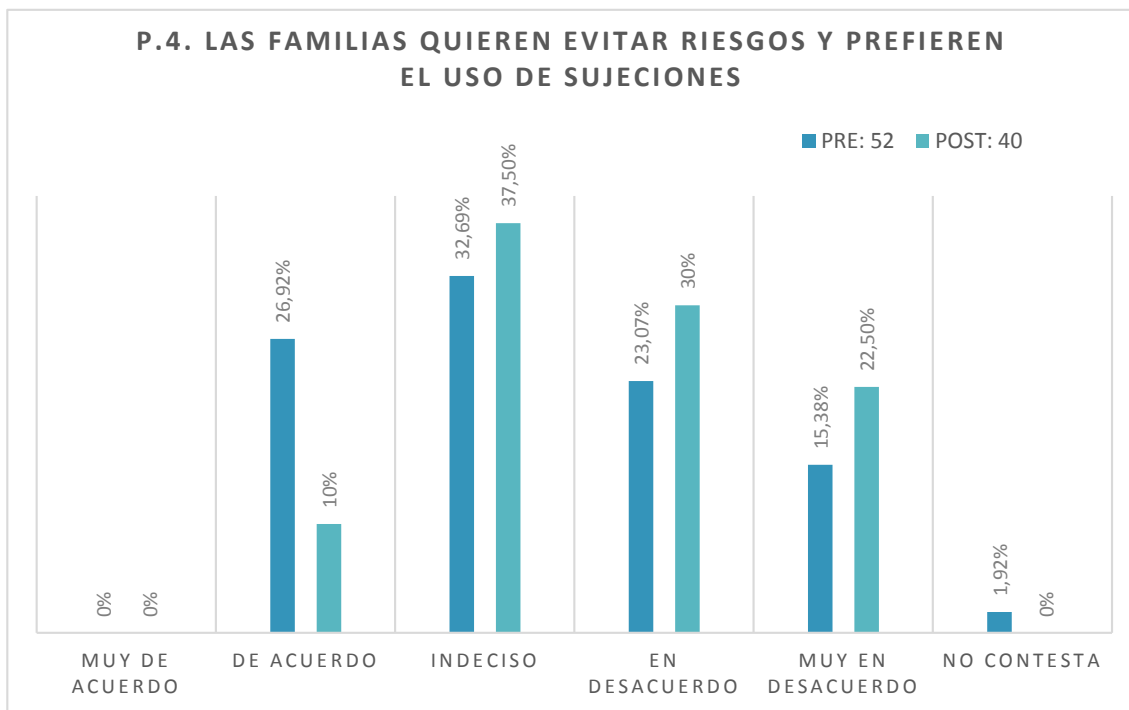


Fuente: Elaboración propia

Sobre la cuestión del descenso de la vulnerabilidad de los centros a sanciones legales cuando utilizan sujeciones encontramos que de forma previa a la formación encontrábamos un 44.23% de los participantes indecisos a la hora de responder, así como un 17.30% de personas que se mostraban de acuerdo y un 1.92% muy de acuerdo. Tras la formación el porcentaje de personas indecisos se reduce a más de la mitad siendo solo un 20% de los encuestados los que se mantienen indecisos y un 7.5% siguen mostrándose de acuerdo con la idea planteada.

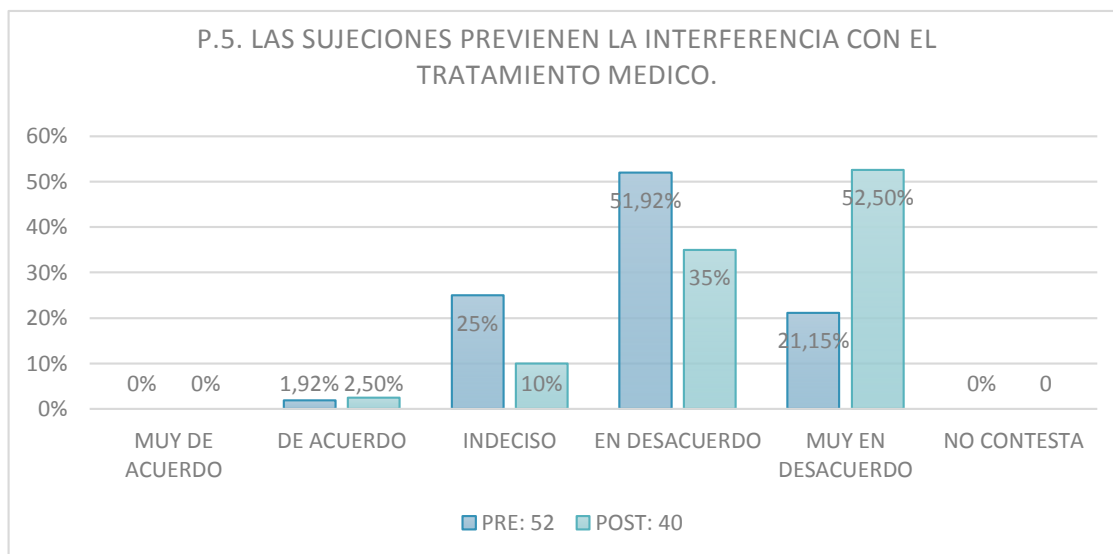
Frente a esto encontramos que antes de la formación un 28.84% de personas se situaban en desacuerdo con este planteamiento, convirtiéndose en un 37.50% tras la formación. Y el cambio más significativo se produce en las personas que se mostraban muy en desacuerdo pasando de un 5.76% antes de la formación a un 35% tras ella.

Se advierte que el método más efectivo para evitar las reclamaciones legales pasa por la realización de una adecuada gestión y documentación del uso de sujeciones. Su utilización no confiere en si misma ninguna seguridad, ni en la persona, ni para la organización.



Fuente: Elaboración propia

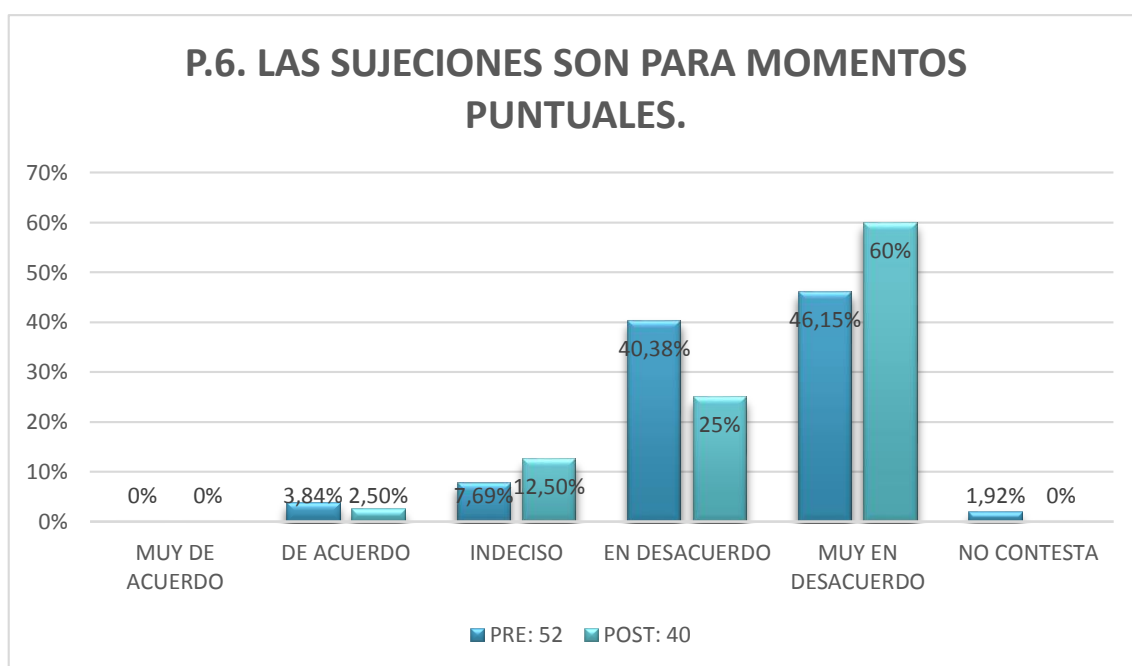
Cuando se plantea la preferencia de las familias por la utilización de sujeciones como método de prevención antes posibles riesgos, de caídas y lesiones, se advierte que un 26.92% se muestra de acuerdo con este planteamiento, y un 32.69% indeciso. Tras la formación el porcentaje de personas que se mantienen de acuerdo desciende a un 10% y en cuanto a las personas que se muestran indecisas se situá en un 37.50%. Por otro lado respecto a los participantes que de muestran en desacuerdo con esta afirmación antes de la formación el porcentaje es de un 23.07% y tras ella incrementa alcanzando el 30% de las personas encuestadas y sucede de forma similar con aquellos que se muestran muy en desacuerdo pasando de un 15.38% a un 22.50%.



Fuente: Elaboración propia

Cuando se plantean el uso de sujeciones para prevenir la interferencia con otros tratamientos médicos hemos visto que son las propias sujeciones las que provocan una mayor vulnerabilidad en la salud de la persona, provocando múltiples efectos secundarios. Las personas que se mostraron de acuerdo con la idea de que son una herramienta de prevención de las interferencias es de un 1.92% y un 25% de los participantes se mostraron indecisos, tras la formación las personas que se mantienen de indecisos desciende a un 10% de los encuestados y un 2.5% se manifiesta de acuerdo.

Por otro lado, es significativo el porcentaje de personas que se mostraron en desacuerdo antes de la formación encontrando un 51.92% y muy en desacuerdo el 21.15% porcentajes que en alguna medida se invierten tras la formación encontrando un 35% de personas que se mantuvieron en desacuerdo y un 52.90% se mostraban entonces muy en desacuerdo con este postulado. De lo que se desprende que tras la formación no solo reafirman su pensamiento si no que se posicionan con mayor rotundidad.



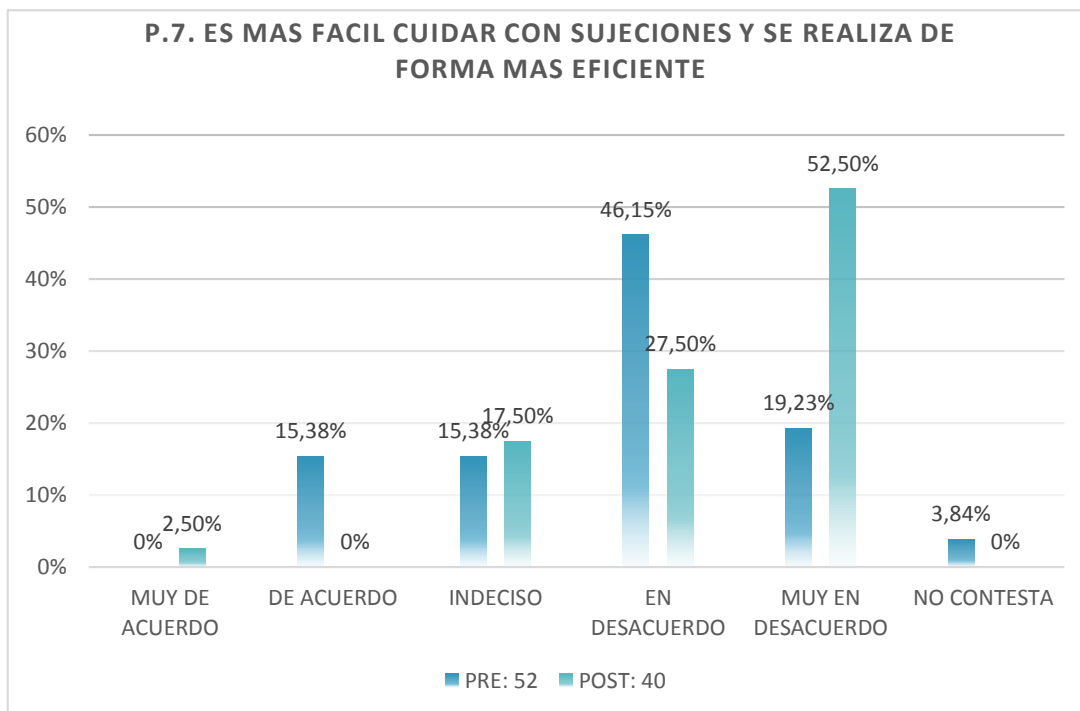
Fuente: Elaboración propia

Como también hemos visto una de las principales cuestiones a la hora de aplicar una sujeción es la necesidad de que se contemple cual es la temporalidad de la prescripción de dicha sujeción, y que esta prolongue de manera innecesaria en el tiempo.

Cuando planteábamos esta afirmación en los encuestados un 3.84% se mostraban de acuerdo y un 7.69% indecisos, tras la formación se mantenían de acuerdo un 2.50% de las personas y en el caso de las personas indecisas incrementaban llegando al 12.50%.

Respecto a las personas que se mostraron en desacuerdo con este planteamiento vemos como el porcentaje varía significativamente del momento previo a la formación al momento posterior pasando de un 40.38% de los participantes a un 25%. Y por su lado aquel que se mostraron muy en desacuerdo representando el 46.15% de los

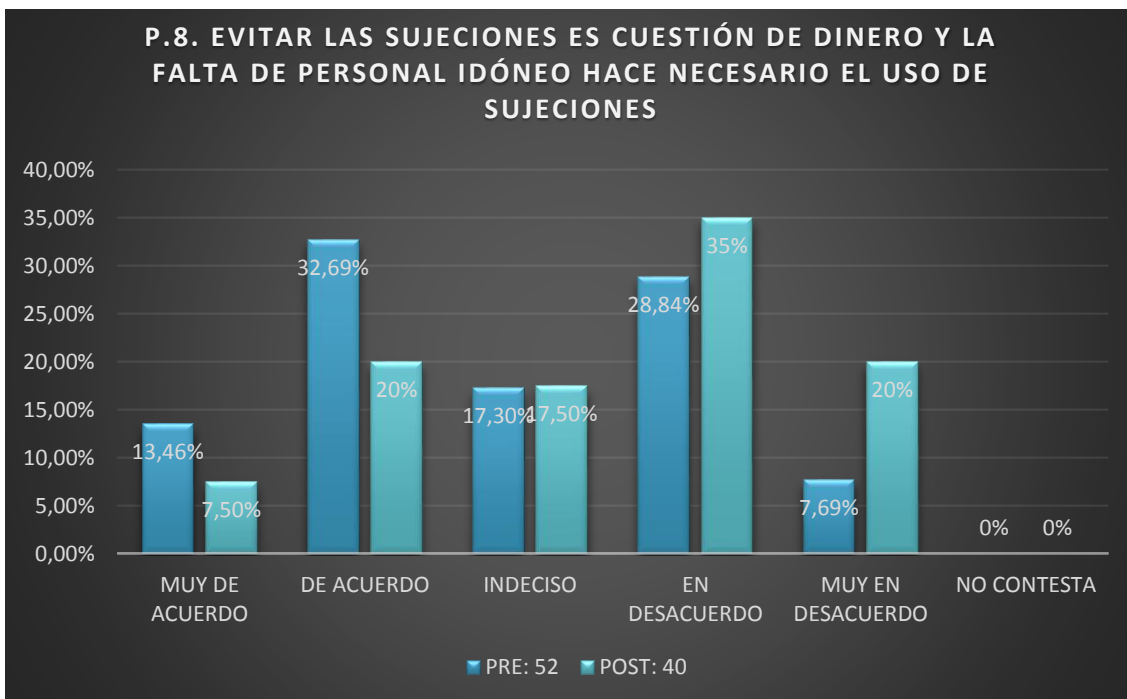
encuestados no solo se mantuvieron si no que incremento el porcentaje alcanzando el 60% de los participantes.



Fuente: Elaboración propia

Lo cierto es que las sujeciones provocan en la persona una situación de mayor vulnerabilidad y dependencia por lo que la tarea de cuidado no solo no se facilita sino que se vuelve más compleja y difícil. Ante esta cuestión partimos de un 15.38% de los encuestados que se manifiesta como indeciso y otros 15.38% se muestra de acuerdo. Tras la formación un 2.50% de los participantes se manifiesta muy de acuerdo y un 17.50% indecisos.

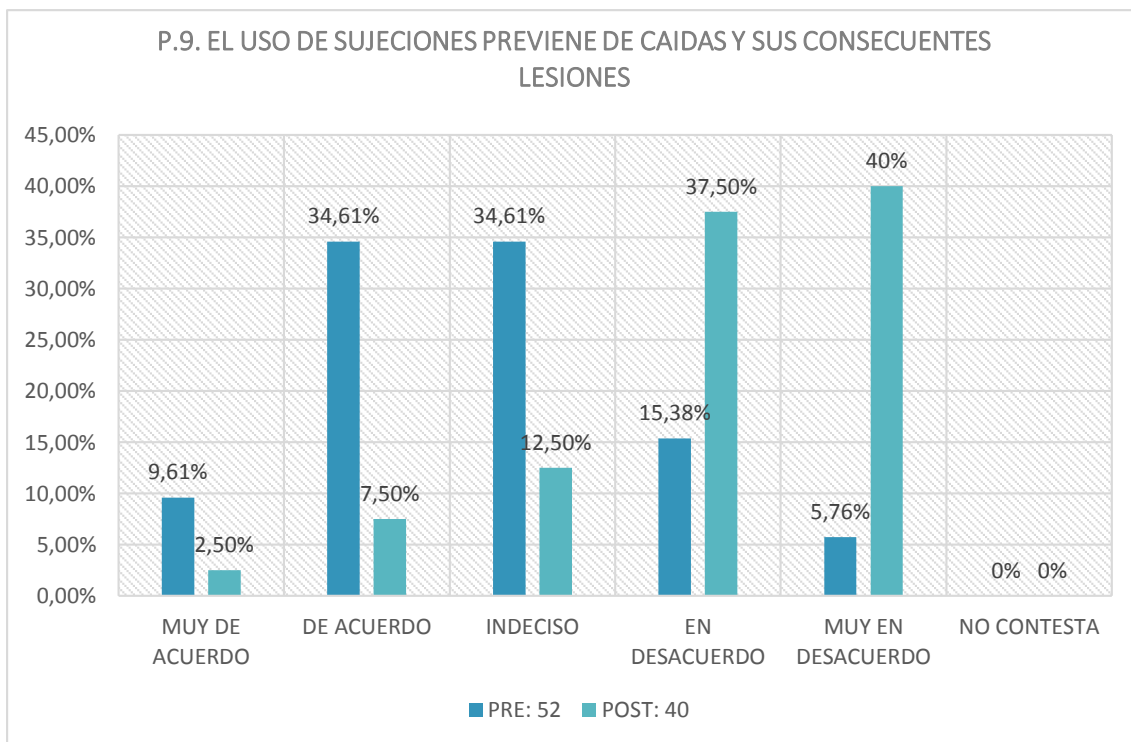
Frente a ello encontramos que el porcentaje de personas que se mostraban en desacuerdo antes de la formación era un 46.15% y un 19.23% en muy desacuerdo. Porcentajes que tras la formación varían produciéndose un trasvase de uno a otro como viene sucediendo en el que el 27.50% de los encuestados se mantiene en desacuerdo y un 52.50% ha pasado a situarse muy en desacuerdo, consolidando su postura frente a esta afirmación.



Fuente: Elaboración propia

Este postulado afirma que la prevalencia de las sujeciones es debido a que no encontramos personal idóneo y que la reducción y eliminación de las sujeciones resulta un proceso muy costoso económicamente y que requiere una inversión que en la actualidad no se realiza. Por lo que el uso de sujeciones es prácticamente inevitable. Cuando se plantea esta afirmación, el 13.46% de los participantes se muestra muy de acuerdo, un 32.69% de acuerdo y un 17.30% está indeciso. Tras la formación los dos primeros porcentajes descienden encontrando un 20% de personas que se mantienen de acuerdo y un 7.50% muy de acuerdo con la afirmación. El porcentaje de personas indecisas se mantiene estable.

Respecto a las personas que se manifiestan como muy en desacuerdo y en desacuerdo encontramos que en ambos se incrementa tras la formación, pasando de un 7.69% a un 20% en el caso de los entrevistados que se muestran muy en desacuerdo y de un 28.84% a un 35% en aquellos que se manifiestan en desacuerdo.



Fuente: Elaboración propia

Para terminar se plantea la afirmación de que el uso de sujeciones lo que hace es prevenir de caídas a las personas a las que son aplicadas y por lo tanto de sus consiguientes lesiones. Ante esta cuestión hemos destacado un gran cambio entre los resultados obtenidos antes de la formación y los resultados que surgen tras la formación.

En un primer momento el 9.61% de las personas se mostraron muy de acuerdo tras la formación se reduce a un 2.50%. En cuanto a las persona que se identificaron de acuerdo pasamos de un 34.61% a un 7.50% y de aquellos que se mostraban indecisos pasamos de un 34.6% a un 12.50%, descendiendo por tanto de un momento a otro significativamente los porcentajes. Lo contrario sucede en aquellos que se mostraron en desacuerdo y muy en desacuerdo con esta cuestión, incrementando significativamente en el caso de las personas que se mostraban muy en desacuerdo vemos como de un 5.76% pasamos a un 40% de los encuestados tras la formación y en el caso de los que se identificaban en desacuerdo pasamos de un 15.38% a un 37.50%.

En este caso se aprecia significativamente como la formación índice en los encuestados cambiando de forma drástica su posicionamiento ante esta cuestión.

4.5. Análisis de contenido y del discurso: Resultados de las entrevistas a expertos.

Las entrevistas surgen de la necesidad de contrastar los fundamentos extraídos en base al estudio y reflexión de la literatura científica especializada, el estudio normativo acerca del uso de sujeciones junto con los datos extraídos de las encuestas planteadas a los alumnos de trabajo social de la universidad de Valladolid, con las aportaciones de los entrevistados considerados expertos en sujeciones y ética, ya sea por el desarrollo científico que a lo largo de su carrera profesional han realizado en dicha materia, por su formación e inquietudes o bien por el puesto profesional que desempeñan, ligados con el asunto a tratar de una forma u otra, confiriéndoles y dotándoles de especial relevancia en este momento.

Por lo que dichas entrevistas se realizan con la finalidad de abordar la necesidad percibida de un posicionamiento claro del colectivo de trabajadores sociales en cuanto al uso de sujeciones que se realiza en personas mayores constituyéndose como herramienta fundamental la formación de los profesionales y el desarrollo normativo.

De las entrevistas se extraen una serie de elementos significativos y comunes en relación con este objetivo que pasamos a reflejar a continuación.

En la actualidad en la que la prevalencia de uso de sujeciones continúa siendo muy elevada en nuestro país. Cuando se trata de afrontar desde las instituciones un proceso de reducción y eliminación de sujeciones en la atención a personas mayores nos planteamos como base de cambio la formación de los profesionales y la necesidad de que exista una regulación normativa en la cual ampararse. Hechos refutados por los expertos entrevistados quienes opinan en este sentido que la formación en cuestión de sujeciones de los profesionales resulta importante.

“de cara a que los equipos de trabajo compartan una misma filosofía sobre lo que son e implican las sujeciones para las personas afectadas por ello y sus familias. Este lenguaje común entre profesionales que llevan años trabajando en el mismo centro es la base para la puesta en marcha de un proyecto común entorno a la reducción de sujeciones en los centros y la formación desde mi punto de vista es básica de cara a la sensibilización y al conocimiento que se precisa en un proceso de cambio”. (Entrevista nº2)

“Considero la sensibilización individual el primer motor de cambio” “Estimo oportuna la formación para la concienciación”. (Entrevista nº3)

“Son necesarios más conocimientos para evitar el uso de sujeciones, en especial sobre seguridad física pasiva y prevención y manejo de las conductas desafiantes de las personas con demencia, ya que esos conocimientos son los que hacen a los profesionales lo suficientemente solventes para evitar ser tan restrictivos como para llegar a utilizar las sujeciones.” (Entrevista nº1)

Por otro lado en cuanto a la necesidad de una regulación normativa se plantea como imprescindible para el establecimiento de líneas rojas y límites claros, que supongan una serie de garantías a las personas.

El Trabajo Social y el Uso de Sujeciones.

“Ahora bien, hay que decir que mi experiencia “desatando” me ha enseñado que evitar las sujeciones es sobre todo querer, y para promover esa necesaria voluntad creo que es necesario contar con una normativa que ponga difícil y caro el uso, con límites claros para el uso por conveniencia o disciplina. Así pues, priorizo la necesidad de contar con un marco legal protector de las personas vulnerables cara a abusos como las sujeciones.” (Entrevista nº1)

“La legislación se entiende igualmente básica dado que constituye una base legal para que las acciones formativas sobre sujeciones se generalicen. Es muy distinto que una comunidad autónoma ponga en marcha formación concreta que sea la propia ley la que marque cómo tienen que actuar los centros en este sentido. Desde mi punto de vista la existencia de un decreto ley en la comunidad de Navarra es un hito en el Sistema de Servicios Sociales al igual que se haya recogido este aspecto en algunas leyes de Servicios Sociales como Sistema público de Servicios Sociales en el que conviven recursos públicos y privados con las mismas obligaciones.” (Entrevista nº2)

En esta línea los expertos entrevistados coinciden y consideran necesaria la implicación y el posicionamiento claro del colectivo de trabajadores sociales en cuanto a la promoción de un uso adecuado de sujeciones se refiere y un compromiso a la hora de activar los recursos necesarios para lograr una reducción y eliminación de las mismas en los entornos de cuidado.

“Por supuesto, ahora mismo en instituciones parece que estamos relegados al apoyo y orientación familiar y olvidamos el principal objetivo, el bienestar social del individuo. La implicación del trabajador social, como velador de la seguridad individual es fundamental.” (Entrevista nº3)

“Es cosa de todos, ya que se trata más de una cuestión de actitudes que de ciencia médica. El colectivo de trabajo social puede jugar un papel trascendental en la educación social y de las familias sobre los pros y contras de las sujeciones, y sobre las razones por las que realmente se utilizan.” (Entrevista nº1)

“Como trabajadora social creo que el papel de las/os trabajadoras/es sociales en este ámbito es básico” (Entrevista nº2)

El posicionamiento y la implicación de los profesionales en trabajo social acerca de la racionalización del uso de sujeciones se justifican en las implicaciones éticas que de ello se desprenden siendo su herramienta principal para una actuación profesional, el conocimiento y la formación completa en cuanto a los aspectos y elementos que entraña el uso de sujeciones. Por lo que se insiste en la importancia del conocimiento de los aspectos centrales del uso de sujeciones ya que:

“En la medida en que los profesionales de Trabajo Social conozcan sobre las claves del uso y no uso de las sujeciones, así serán capaces de la hacer la tarea de divulgación que pueden hacer.” (Entrevista nº1)

Y plantean en cuanto la importancia de la consideración a las implicaciones éticas:

“Si en base a los principios recogidos en nuestro Código Deontológico como guía de actuación profesional que marca los mínimos éticos que ha de tener en cuenta la/el profesional en su quehacer diario.

Dignidad como principio básico de la profesión , el respeto activo a la persona, la autodeterminación y la coherencia profesional como principios generales avalan la necesidad de un posicionamiento por parte de las/os trabajadoras sociales en este tema. (Entrevista nº2)

“Por otra parte existe una clave que no debemos de olvidar nunca y es el empoderamiento como deber obligatorio y tener en cuenta las consecuencias que nuestras actuaciones directas o complicidad en ellas tiene sobre la vida de una persona. ¿A quién le gustaría sentirse atado sin libertad de movimientos y a veces sin capacidad de comprensión sobre lo que está pasando? Solo porque no se planteen otras alternativas posibles pero más caras o planteadas en menor medida. Somos una profesión para el cambio social...ello lo dice todo.” (Entrevista nº2)

Llegados a este punto, en el que se demuestra la necesaria implicación del trabajo social en cuanto a la reducción y eliminación de sujeciones, se plantea la necesidad de delimitar el cómo. Es imprescindible trabajar para situar nuestra intervención y analizar desde donde vamos a contribuir con nuestras aportaciones a que el uso de sujeciones en los entornos de cuidado de personas mayores quede relegado a su mínima expresión. Identificar nuestras competencias y funciones en todo este asunto. Ante esta cuestión los expertos coincidieron en varios elementos entre los que se destaca el papel que el trabajador social realiza en la actuación e intervención con las familias.

“El Trabajador Social tiene un papel importante en la búsqueda del beneficio individual y grupal.

La familia es un principal factor de intervención antes de elegir la sujeción necesaria (si fuera necesaria) y a posteriori en la evaluación de resultados.

Los cuidadores informales al dejar el cuidado de su dependiente en un centro residencial, tienen un miedo patológico a la caída/contusión traumatológica, sin embargo, una vez explicadas las consecuencias de una mala praxis en la elección de sujeciones se convencen.

Si utilizamos un Programa Individual de Atención para un programa de laborterapia dirigido por el/la Terapeuta Ocupacional; por qué no vamos a establecer un PIA con la intervención social en lo que a eliminación de sujeciones se refiere.”(Entrevista nº3)

“Sobre todo informativa, de concienciación de representantes de las personas con demencia, e información de los derechos que ellos tienen, y que tienen las personas a las que representan. Además, como miembro de los equipos interdisciplinares, su participación en los procesos de eliminación será determinado por la distribución de tareas que en sus reuniones se planteen, y participando en la tormenta de ideas que es necesaria para que de una forma creativa se logre retirar cada sujeción. La historia de vida de cada persona con

demencia es muy interesante a la hora de comprender algunas conductas, y cómo se puede prevenir y manejar.” (Entrevista nº1)

“El contacto con las familias se encuentra igualmente entre nuestras funciones básicas. Informar asesorar a las familias sobre lo que suponen en realidad las sujeciones, las contraindicaciones que estas pueden tener sobre la situación de su familiar y las alternativas posibles, todo ello es fundamental de cara a que la familias puedan tomar una decisión libre y favorable para sus familiares” (entrevista nº2)

Y con respecto al papel y la actuación de los trabajadores sociales en los equipos multidisciplinares encargados de la valoración y evaluación del uso de sujeciones:

“Parte de la necesidad de no hablar de profesionales en las organizaciones sino de equipos de profesionales de distintos ámbitos que complementa la visión de una persona como un todo, como una realidad bio- psico- social.

Por supuesto en estos equipos de intervención la figura de las/os trabajadoras/es sociales se configura imprescindible. Primero como trayectoria de nuestra profesión en el ámbito de los servicios sociales con personas mayores y en segundo lugar como ya he comentado anteriormente por la fidelidad a los principios básicos de nuestra profesión entre los que se recoge la dignidad de la persona en la intervención que se realiza, en este caso que nos ocupa las sujeciones.

La sensibilización a los equipos humanos que forman parte de la residencia, la creación de protocolos, guías de buenas prácticas consensuadas en los centros, la investigación sobre la prevalencia real de sujeciones en nuestra comunidad o al menos en nuestra provincia. “ (entrevista nº2)

Por tanto se debe destacar que no solo resulta de interés sino que son imprescindibles las aportaciones que desde el trabajo social se pueden realizar sobre esta cuestión. Quedando más que evidenciada la necesidad real y profunda de poner en primera línea la atención al uso de sujeciones que se hace en los lugares en los que ejercemos nuestra profesión y por tanto se convierta en un elemento destacable dentro de nuestras intervenciones tanto en las labores de su control, reducción y eliminación como en la tarea de concienciación y sensibilización en los profesionales, familiares, usuarios y población general, así como constituirnos como un elemento de presión exigiendo a las instituciones públicas que se profundice y desarrolle la regulación normativa y las garantías que de ello se desprenden.

“No solo lo considero posible sino básico. Somos una profesión nacida para la actuación, pero no una actuación sin sentido y según lo que se nos marque sino una actuación reflexionada que lleve no solo al bienestar de la persona sino también a su bien ser. Que la persona desde sus capacidades sea el centro de nuestra intervención y que nuestras actuaciones a nivel profesional sirvan para la mejora de su calidad de vida se encuentra recogido en las 17 Leyes de Servicios Sociales. Yo después de 20 años de trabajo en este sistema creo que me conformo con que seamos conscientes de tomar la medida que menor sufrimiento provoca al ciudadano con el que trabajamos y al que nos debemos como profesión. Más

El Trabajo Social y el Uso de Sujeciones.

si su vulnerabilidad es alta como en el caso de las personas mayores con algún tipo de problema de deterioro cognitivo.

Visibilizar lo invisible y las sujeciones tanto físicas como químicas son una actuación relativamente frecuente en nuestras residencias forma parte de nuestra profesión y por tanto debemos reflexionar sobre lo que hace daño a la persona y sensibilizar al ámbito organizativo e institucional de cara a la puesta en marcha de otras alternativas posibles y menos agresivas para la persona, para la ciudadanía que pueda encontrarse en esta situación, ciudadanía a la que no nos olvidemos nos debemos como profesión.”(Entrevista nº2)

CONCLUSIONES.

Las conclusiones de la presente investigación se desarrollan en torno a tres grandes apartados:

USO Y PREVALENCIA DE LAS SUJECIONES EN ESPAÑA

La revisión bibliográfica planteada como punto de partida del presente trabajo refleja que el uso de sujeciones está tan arraigado en los cuidados de personas mayores, que se considera normal su uso y pocas veces se cuestiona ni se reflexiona sobre este hecho. Esto es debido a toda la serie de factores socioculturales analizados que afectan tanto a los familiares, como al nivel profesional (responsable de centros, profesional de atención directa) como a los propios usuarios y a la sociedad en general.

La existencia de una alta prevalencia de uso de sujeciones en los entornos de cuidados a personas mayores de nuestro país es un hecho reflejado a lo largo del estudio que alcanza una dimensión significativa y preocupante según el criterio de los distintos autores consultados. Ello a pesar de la no existencia de evidencias científicas que avalen su uso, y frente a la detección de evidencias objetivas y objetivables sobre el daño que provocan en la persona objeto de su aplicación recogidas en las investigaciones aportadas.

El uso de sujeciones, tanto físicas como químicas-farmacológicas por tanto, no resulta inocuo e inofensivo para la persona, sino que conlleva toda una serie de efectos físicos y psicológicos, de entre los que destacan, el incremento y agravamiento de úlceras por presión, infecciones, incontinencias, atrofia muscular, problemas de equilibrio, dificultades de deglución, así como depresiones, aislamiento social, miedo, agresividad, vergüenza, conductas disruptivas, aumento exponencial del deterioro tanto cognitivo, como en la comunicación y la conducta. Y se asocian con la aparición y/o mayor incidencia de alucinaciones, delirium, alteraciones en el pensamiento, y un largo etc.

Pero el problema no radica solo en la alta prevalencia en comparación con otros países, sino en cómo se percibe esta práctica en la sociedad española es decir, la alta tolerancia y la normalización existente ante el uso de sujeciones. Como hemos visto, este asunto requiere de un cambio de actitudes y conductas en la población, y especialmente en los profesionales implicados. En este sentido se plantea:

- La necesidad de trabajar y evolucionar en la determinación, identificación y aceptación por parte de, todos los colectivos de profesionales implicados, de las normativas asociadas, y la sociedad en general, de una definición clara, objetiva e integral de lo que se entiende por “sujeción física” y “sujeción química-farmacológica”, creando un concepto inequívoco, que proporcione la seguridad y las garantías necesarias para asegurarnos de que, cualquier persona que se aproxime al concepto parte del mismo lugar, de forma que las interpretaciones subjetivas queden limitadas. En el caso del uso de barandillas laterales y su consideración o no, como sujeción, resulta urgente que se alcance un consenso cuanto antes.

Es cierto que se han producido avances en España en la materia que nos ocupa, sobre todo desde la irrupción del programa “Desatar al anciano, y al enfermo de Alzheimer” referente en la lucha por la protección de la dignidad y los derechos

de las personas y que desde su creación hace 13 años, de la mano del doctor Don Antonio Andrés Burgueño Torijano, autor de dicho trabajo y de multitud de publicaciones y estudios de gran relevancia, junto con la labor realizada, desde organizaciones e instituciones como CEOMA, la Fundación Cuidados Dignos, IMSERSO, la Fundación María Wolf, y otros que se encuentran dentro del denominado “Movimiento Anti-sujeciones”, que luchan de forma tenaz e infatigable, con el objetivo de cada día más personas vivan libres de sujeciones.

- La necesidad de abordaje desde los centros, organizaciones e instituciones encargadas del cuidado y atención a personas mayores con la elaboración de programas y proyectos de reducción y eliminación de sujeciones, que tengan como finalidad última alcanzar una cultura organizacional de tolerancia cero ante el uso de sujeciones en los cuidados que dispensan.

Un abordaje transversal, incluyendo consideraciones en todas las intervenciones, proyectos y programas de intervención en este colectivo. Por ejemplo, podría considerarse su inclusión dentro de un programa tan trascendental y de actualidad en este ámbito, como es el “proyecto mi casa”, que aborda cuestiones importantísimas para la mejora del bienestar y la calidad de vida de las personas mayores, en centros residenciales y de atención. Si este proyecto incluyera consideraciones entorno al uso de sujeciones en su población destinataria, sin duda se enriquecería enormemente, y contribuiría a generar un mayor impacto en la calidad de vida de las personas y un respeto consciente y garantizado a su dignidad y libertad.

USO DE SUJECIONES Y TRABAJO SOCIAL

El detrimento, menoscabo y quebrantamiento de la autonomía, dignidad y autoestima en aquellas personas que son objeto de sujeciones implica que el uso de sujeciones se encuentre en contundente oposición con los principales objetivos de los cuidados a personas dependientes reclamados desde la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a personas en situación de dependencia, relacionados con el logro del mayor grado posible de autonomía y capacidad funcional de la persona así como la garantía de la calidad de vida y el bienestar.

El análisis realizado en cuanto a las sujeciones en el sistema de servicios sociales, nos indujo a la consideración de la existencia de una relación directa y clara entre sujeciones y servicios sociales justificado en la alusión que desde las propias leyes de servicios sociales y otras normativas relativas a dichos servicios sociales, se hace a las sujeciones. Y por tanto, de ello se desprende obligaciones que el colectivo de trabajo social debe asumir, con respecto al tema que nos ocupa.

Mención especial requiere el Decreto Foral de Navarra 221/2011 por el que por primera vez en España se regula específicamente el uso de sujeciones físicas y farmacológicas desde el ámbito de los Servicios Sociales. Es su carácter pionero el que justifica la relevancia de la norma y ha supuesto un salto cualitativo en cuanto al uso de sujeciones en el ámbito de su aplicación se refiere, pero también como referente para otras comunidades autónomas.

La existencia de esta normativa no hace otra cosa que avalar los presupuestos desde los que partimos al iniciar el trabajo, y reconoce las implicaciones que el uso de sujeciones conlleva para el trabajo social y los servicios sociales.

Por otro lado tras el análisis se ratifica la urgente necesidad de que este tipo de normativas se hagan extensibles, de forma que el uso de sujeciones aparezca regulado a nivel estatal y en todas y cada una de las comunidades autónomas que conforman nuestro país.

La implantación de normativa específica establecerá un marco legal de referencia y protector de los derechos de las personas, que pudieran ser objeto de sujeciones. Limitando y regulando su uso, estableciendo responsabilidades de forma clara y precisa, así como toda una serie de garantías en caso de aplicación y proporciona las claves necesarias a los profesionales e instituciones a la hora de abordar este hecho desde sus competencias. Sin duda el surgimiento de normativa se considera una de las piedras angulares para alcanzar el objetivo que se persigue desde los movimientos e iniciativas de racionalización y eliminación de sujeciones en los entornos de cuidados.

Así mismo, la vinculación del Trabajo Social y el uso de sujeciones se origina y justifica en los mínimos éticos que se desprenden desde nuestro código ético, en los que se basa nuestra actuación profesional y que suponen la asunción de tres principios básicos y fundamentales: Dignidad, Libertad e Igualdad. Principios que debe proteger y garantizar sobretodo en situaciones de especial vulnerabilidad. El uso de sujeciones conlleva una serie de repercusiones éticas que debemos atender desde el trabajo social en especial en los casos en los que se practica un uso inadecuado ya que supone una pérdida de autonomía, libertad y dignidad en la persona, por ello el Trabajo Social tiene la obligación de poner los cinco sentidos en alerta ante esta realidad y desarrollar una praxis reflexiva en base su compromiso con las normas de carácter ético y deontológico a los que estamos sujetos.

Todo ello, conforma un esfuerzo y compromiso compartido por todos los profesionales, del Trabajo Social como profesión nacida para el cambio.

PAPEL DE LA FORMACIÓN EN EL POSICIONAMIENTO PROFESIONAL ANTE EL USO DE SUJECCIONES

La formación en sí misma es la herramienta básica, el motor necesario para que se produzca un cambio social. Y en este caso en concreto, a través de la formación de los profesionales se consigue en un primer término que las personas que la reciben reparen en la existencia de esta realidad y las repercusiones que tienen asociadas en la vida de nuestros usuarios.

La formación entorno a la realidad de las sujeciones en los entornos de cuidado, las consecuencias, efectos y repercusiones derivadas de su uso, así como las existencia de medidas y estrategias alternativas contribuirán a la reducción de la prevalencia de sujeciones, ya que proporciona un cambio de actitudes y conductas en los profesionales gracias al proceso de sensibilización y concienciación que lleva implícito, junto con el labor de empoderamiento profesional que supone ya que les dota de recursos y estrategias alternativas a la hora de abordar esta problemática.

Y como muy bien aportaban los expertos la formación nos proporcionará la solvencia necesaria para evitar el uso de sujeciones así como un lenguaje y filosofía común entre los profesionales, necesario para sentirnos parte de un mismo proyecto, remar hacia la misma dirección. Algo que al mismo tiempo nos facilitará la tarea de hacer partícipes de todo ello a los usuarios, familiares y población en general.

A través de la experiencia vivida en el aula con los compañeros de tercero de Grado en Trabajos Social, el estudio con el que tratamos de aproximarnos, y las consideraciones que realizaron los expertos, podemos concluir que la formación entorno al uso de sujeciones se erige como elemento clave, fundamental e imprescindible para la atención a esta problemática. A lo largo del estudio de los nueve mitos que han configurado las preguntas del pre-test y post-tets se puede ver cambios sustanciales en los que un 41.16% han cambiado su actitud y sensibilidad con respecto a consideración de las sujeciones como estrategia para la prevención de la deambulación de riesgo, situándose muy en desacuerdo. De forma similar, se posicionan en muy desacuerdo con un cambio de un 31.50%, cuando se plantea como método de prevención en la interferencia con el tratamiento. Y hay un cambio en la perspectiva de más de un 40% de participantes con respecto a la consideración de que las sujeciones sirven para corregir postura, mostrándose en muy desacuerdo.

Como hemos podido observar tras una formación de dos horas se ha producido un cambio en la perspectiva de los participantes, por lo que se puede concluir que de recibir una formación continuada se conseguiría crear un vocabulario común y un cambio en sensibilización así como en el posicionamiento y las actitudes de los profesionales.

En particular la formación sobre sujeciones en el colectivo de trabajo social contribuye por un lado a materializar los principios éticos, a los que la profesión está suscrita.

Y por otro lado, supone que la profesión despierte y se posicione ante esta realidad. El Trabajo Social tiene un papel transcendental desde su competencia en el proceso y son múltiples las contribuciones que puede y debe realizar sobre todo en las referidas a la divulgación, sensibilización y concienciación, la intervención con familiares y usuarios así como en el trabajo que se realiza desde los equipos multidisciplinares, en los que se atiende a la persona como un todo, como una realidad bio-psico-social, imprescindible a la hora de abordar una situación en la que esté involucrado el uso de sujeciones.

Lo mínimo que deberíamos poder asegurar con rotundidad hoy en día es que en los lugares en los que desarrollamos nuestra actividad profesional se realiza un uso adecuado y racionalizado de las sujeciones y para ello es imprescindible la sensibilización, formación y el desarrollo de normativa específica.

El fin al que debemos aspirar, será lograr que en un breve espacio de tiempo el uso de sujeciones quede desterrado por completo de los entornos de cuidados, ya sea en personas mayores, como en cualquier otro colectivo. Puede parecer algo utópico, pero queda demostrado, gracias a la existencia de centros libres de sujeciones de nuestro país, que si todos nos implicamos y trabajamos para ello, recorreremos juntos el camino de concienciación, sensibilización y formación necesaria apostando por las ventajas y beneficios de la no sujeción desde una actitud proactiva y proclive al cambio, removiendo los obstáculos y dificultades que puedan surgir y procurando las

condiciones adecuadas, alcanzando la eliminación de sujeciones, situación tan viable y perfectamente posible, como necesaria.

Para finalizar el apartado plantear que es un hecho incuestionable, la no admisión como profesionales del Trabajo Social un uso continuado de sujeciones justificado en la conveniencia de los profesionales, el déficit de personal, o por tratar de evitar la deambulación, ruidos “molestos”, o una hipotética reclamación judicial, en los centros, instituciones y organizaciones en las que trabajamos.

Y bajo ningún pretexto consentir que se apliquen sujeciones de forma incorrecta o con materiales que no estén homologados, y en perfectas condiciones, o mientras exista algún tipo de medida o estrategia alternativa, ya que la aplicación de una medida de sujeción tiene que ser siempre la última opción posible.

Y en caso de aplicación de la medida de forma excepcional, garantiremos que se pautará correctamente, en tiempos y forma, aplicando la opción que resulte menos perjudicial, ajustada y adaptada a la persona y circunstancia, fruto de una consciente e integral valoración y reflexión por parte del equipo multidisciplinar, siguiendo el oportuno protocolo de actuación, recabando el consentimiento necesario tras una exhaustiva labor de información a familiares y usuario, y realizando el pertinente registro y documentación de todo el proceso. Debemos también, asegurarnos de que la persona recibirá los cuidados complementarios que le sean necesarios y le protejan en el mayor grado posible de los efectos secundarios que las sujeciones conlleva, que se realizará en todo momento una correcta supervisión y que la aplicación de la sujeción no se prolongará innecesariamente en el tiempo.

Fomentar e incentivar la realización de todas las investigaciones que se precisen para desvelar, la situación real que acontece en nuestro país en la actualidad respecto a esta problemática. Es imprescindible manejar datos actualizados y verificables del uso de sujeciones y que este asunto sea tratado con claridad y transparencia absoluta, evitando la envoltura o enmascaramiento que ha sufrido tradicionalmente.

BIBLIOGRAFÍA

- Alarcón, T. (2001). Uso de restricción física en el anciano en el siglo XXI. ¿Necesidad o falta de formación? *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, pp. 46-50.
- Alarcón, T. (2008). El uso adecuado de la restricción física en el anciano una preocupacion creciente. *Revista Española de Geriatria y Gerontologia*, 43(Nº 4), pp. 197-198.
- Berzlanovich, A.M., Shöfer, J., Kell, w. (2012). Deaths due to physical restraint. *Dtsch Arztl Int.*,109(Nº 3), pp. 27-32.
- Burgueño, A. A. (2008). *Atar para cuidar. Uso de sujeciones físicas y químicas en personas mayores dependientes que reciben cuidados prolongados*. Recuperado de <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/5E315864-34F9-4236-9319-931E610416DB/107054%20/usodesujecionesenpersonasmayores1.pdf>
- Burgueño, A. A. (2008). Atención a la dependencia. Determinantes de la calidad y factores de gran impacto. Análisis de escenarios. *Agathos: Atención sociosanitaria y bienestar*, 8(Nº 3), pp. 38-45.
- Burgueño, A. A. (2013). Tolerancia zero a las sujeciones en ancianos. Dificil pero no imposible. *Informaciones psiquiátricas*, (Nº 212),pp. 153-168.
- Burgueño, A. A., Iborra, I., Martínez, P., & Pérez, V. (2008). 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. *Agathos: Atención Sociosanitaria y Bienestar*, 8(Nº 1),pp. 4-11.
- Comité Interdisciplinar de Sujeciones. (2014). *Documento de Consenso. Sobre Sujeciones Mecánicas y Farmacológicas*. Recuperado de Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG).
- DRAE. (2015). *Diccionario de la lengua española*. Obtenido de Real Academia Española: <http://www.rae.es/>
- Fariña-López, E. (2011). Problemas de seguridad relacionados con la aplicación de dispositivos de restricción física en personas mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 46(Nº 1),pp. 36-42.
- Fariña-Lopez, E., Camacho, A. J., & Bros i Serra, M. (2009). Accidentes asociados al uso de restricciones físicas en ancianos con transtornos cognitivos: estudio de tres casos. *Revista Española de Geriatria y Gerontologia*, 44(Nº 5),pp. 262-265.
- Fariña-Lopez, E., Estévez-Guerra, G., Núñez, E., Montilla, M., & Santana, E. (2008). Estudio descriptivo sobre la actitud de la familia ante el uso de restricciones físicas en mayores: resultados preliminares. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 43(Nº 4),pp. 201-207.
- Fernández, Á., & Zabala, J. (2014). Restricción física: revisión y reflexión ética. *Gerokomos*, 25(Nº 2),pp. 63-67.

- Filardo, C. (2011). Trabajo Social para la Tercera Edad. *Documentos de Trabajo Social. Revista de Trabajo Social y Acción Social.* (Nº 49), pp. 204-219.
- Fundacion Cuidados Dignos. (2012). *Como se eliminan las sujeciones. Guia para la eliminacion de sujeciones fisicas y quimicas en centros de atencion sociosanitaria y domicilios.* Recuperado de <http://www.cuidadosdignos.org/2012/09/>
- Galán, C. M., & et al. (2008). Uso de sujeciones físicas en una población anciana ingresada en residencias públicas. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 43(Nº 4), pp. 208-213.
- Garcia, P., & Beltran, J.L. (2012). El uso de contenciones en el ámbito de los servicios sociales de navarra. *Revista jurídica de Navarra*, (Nº 53-54), pp. 71-112.
- Gil, M. (2011). Buenas practicas. En el uso de sujeciones en centros para personas mayores. *Actas de la dependencia*, 3, pp. 97-105.
- Goikoetxea, M. (2012). *Aspectos éticos en la atencion a las personas mayores.* Recuperado de Fundación pilares: http://www.fundacionpilares.org/encuentro_goikotxea.php
- Goikoetxea, M. (2012). *Ética, derechos y relación de ayuda.* Recuperado el 19 de Febrero de 2015, de Fundación Pilares: http://www.fundacionpilares.org/docs/encuentro_RP_Goikoetxea.pdf
- Goikoetxea, M. (2013). Etica y buen trato a personas mayores. *Revista Sociedad y Utopía*(Nº41), pp. 424-448.
- Nevado, M. (2013). Realidades y mitos en la eliminación de sujeciones. *Revista Sociedad y Utopía*(Nº 41), pp. 283-298.
- Pérez, G., & Chulián, A. (2013). Marco conceptual de los malos tratos hacia las personas mayores. *Revista Sociedad y Utopía*(Nº 41), pp. 127-167.
- Rodriguez, J. (2013). Contenciones mecánicas en geriatría: propuestas técnicas y recomendaciones de uso en el ámbito social. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 50(Nº 2).
- Villacieros, M., Steegman, L., Mejías, M., & Bermejo, J. (2013). Diseño y validacion de una escala de actitudes de los profesionales asistenciales hacia la liberacion del uso de sujeciones en personas dependientes. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 36(Nº 3), pp. 407-418.

Normativa consultada.

- Decreto Foral 221/2011, de 28 de septiembre, por el que se regula el uso de sujeciones físicas y farmacológicas en el ámbito de los servicios sociales residenciales de la comunidad foral de Navarra. Boletín Oficial de Navarra, de 14 de octubre de 2011
- Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla y León. Boletín Oficial de Castilla y León, 244, de 21 de diciembre de 2010 y Boletín Oficial del Estado, 7, de 08 de enero de 2011.
- Ley 39/2009, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las situaciones de dependencia. Boletín Oficial del Estado, 299, de 15 de diciembre de 2006.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado, 274, de 15 de noviembre de 2002.
- Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de servicios sociales. Boletín Oficial de Navarra, 52, de 20 de diciembre de 2006 y Boletín Oficial del Estado, 27, de 31 de enero de 2007.
- Ley Foral 17/2010, de 8 de noviembre, de derechos y deberes de las personas en materia de salud en la Comunidad Foral de Navarra. Boletín Oficial de Navarra, 139, de 15 de Noviembre de 2010 y Boletín Oficial del estado, 315, de 28 de Diciembre de 2010.
- Ley 2/2007, de 27 de marzo, de derechos y servicios sociales. Boletín Oficial del Estado, 94, de 19 de abril de 2007.
- Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales. Boletín Oficial del País Vasco, 246, de 24 de diciembre de 2008 y Boletín Oficial del Estado, 242 de 07 de Octubre de 2011.
- Ley 4/2009, de 11 de junio, de servicios sociales de las Illes Balears. Boletín Oficial de las Islas Baleares, 89, de 18 de junio de 2009 y Boletín Oficial del Estado, 163, de 07 de julio de 2009.
- Ley 7/2009, de 22 de diciembre, de Servicios Sociales de La Rioja. Boletín Oficial de La Rioja, 160, de 28 de diciembre de 2009 y Boletín Oficial del Estado, 14, de 16 de enero de 2010.

ANEXOS

1. Cuestionario sobre la percepción de la necesidad de sujeciones físicas y químicas en las residencias de personas mayores

La presente herramienta elaborada a partir de los estudios realizados por (Burgueño, 2008) (Gil Montalbo, 2011) (Nevado Rey, 2013) tiene como objetivo recoger la percepción de futuros trabajadores sociales en torno al uso de éstas en los centros de personas mayores. Tu opinión es importante.

Muchas gracias

P.1.Sexo:

- Hombre.....1
- Mujer.....2

P.2. ¿Cuántos años cumplió en su último cumpleaños?

P.3. ¿En qué país ha nacido usted?

P.4. ¿Tiene alguna formación complementaria a la carrera que en estos momentos está realizando?

- Si
- No
- NS/NC
- En caso afirmativo ¿podría indicarme cuál es?

P.5. ¿Tiene algún familiar o persona cercana en centro de día o residencia?

P.6.Lugar en el que realizas tus prácticas

Por favor, indique su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones:

	Muy de	De	Indeciso	En	Muy en
	acuerdo	acuerdo		desacuer	desacuer
Las sujeciones sirven para corregir posturas.					
Las sujeciones previenen la deambulaci3n de riesgo.					
Los centros que utilizan sujeciones son menos vulnerables a las sanciones legales.					
Las familias quieren evitar riesgos y prefieren el uso de sujeciones.					

El Trabajo Social y el Uso de Sujeciones.

Las sujeciones previenen la interferencia con el tratamiento médico. <i>“No hacen daño”</i> .					
Las sujeciones son para momentos puntuales y <i>“el/la enfermo/a no se entera”</i> .					
Es más fácil cuidar con sujeciones y se realiza de forma más eficiente.					
Evitar las sujeciones es cuestión de dinero y la falta de personal idóneo hace necesario el uso de sujeciones.					
El uso de sujeciones previene de caídas y sus consecuentes lesiones.					

2. TABULACIÓN DATOS ESCALA DE ACTITUDES.

PREGUNTA 1: LAS SUJECIONES SIRVEN PARA CORREGIR POSTURAS.				
	PRE-TEST: total 52 personas		POST-TEST: total 40 personas	
MUY DE ACUERDO	0	0%	0	0%
DE ACUERDO	6	11.53%	1	2.5%
INDECISO	8	15.33%	2	5%
EN DESACUERDO	23	44.23%	9	22.5%
MUY DESACUERDO	15	28.84%	28	70%
NO CONTESTA	0	0%	0	0%
<i>Total</i>	52	100%	40	100%

PREGUNTA 2: LAS SUJECIONES PREVIENEN LA DEAMBULACIÓN DE RIESGO				
	PRE-test: total 52 personas		POST-test: total 40 personas	
MUY DE ACUERDO	1	1.92%	1	2.5%
DE ACUERDO	17	32.69%	2	5%
INDECISO	20	38.46%	5	12.5%
EN DESACUERDO	12	23.07%	14	35%
MUY DESACUERDO	2	3.84%	18	45%
NO CONTESTA	0	0%	0	0%
<i>Total</i>	52	100%	40	100%

PREGUNTA 3: LOS CENTROS QUE UTILIZAN SUJECIONES SON MENOS VULNERABLES A LAS SANCIONES LEGALES.				
	PRE-test: total 52 personas		POST-test: total 40 personas	
MUY DE ACUERDO	1	1.92%	0	0%
DE ACUERDO	9	17.30%	3	7.5%
INDECISO	23	44.23%	8	20%
EN DESACUERDO	15	28.84%	15	37.5%
MUY DESACUERDO	3	5.76%	14	35%
NO CONTESTA	1	1.92%	0	0%
<i>Total</i>	52	%	40	100%

PREGUNTA 4: LAS FAMILIAS QUIEREN EVITAR RIESGOS Y PREFIEREN EL USO DE SUJECIONES				
	PRE-test: total 52 personas		POST-test: total 40 personas	
MUY DE ACUERDO	0	0%	0	0%
DE ACUERDO	14	26.92%	4	10%
INDECISO	17	32.69%	15	37.5%
EN DESACUERDO	12	23.07%	12	30%
MUY DESACUERDO	8	15.38%	9	22.5%
NO CONTESTA	1	1.92%	0	0%
<i>Total</i>	52	100%	40	100%

PREGUNTA 5: LAS SUJECIONES PREVIENEN LA INTERFERENCIA CON EL TRATAMIENTO MEDICO. NO HACEN DAÑO.				
	PRE-test: total 52 personas		POST-test: total 40 personas	
MUY DE ACUERDO	0	0%	0	0%
DE ACUERDO	1	1.92%	1	2.5%
INDECISO	13	25%	4	10%
EN DESACUERDO	27	51.92%	14	35%
MUY DESACUERDO	11	21.15%	21	52.5%
NO CONTESTA	0	0%	0	0%
<i>Total</i>	52	100%	40	100%

PREGUNTA 6: LAS SUJECIONES SON PARA MOMENTOS PUNTUALES Y "EL ENFERMO NO SE ENTERA" -				
	PRE-test: total 52 personas		POST-test: total 40 personas	
MUY DE ACUERDO	0	0%	0	0%
DE ACUERDO	2	3.84%	1	2.5%
INDECISO	4	7.69%	5	12.5%
EN DESACUERDO	21	40.38%	10	25%
MUY DESACUERDO	24	46.15%	24	60%
NO CONTESTA	1	1.92%	0	0%
<i>total</i>	52	100%	40	100%

PREGUNTA 7: ES MAS FÁCIL CUIDAR CON SUJECIONES Y SE REALIZA DE FORMA MAS EFICIENTE				
	PRE-test: total 52 personas		POST-test: total 40 personas	
MUY DE ACUERDO	0	0%	1	2.5%
DE ACUERDO	8	15.38%	0	0%
INDECISO	8	15.38%	7	17.5%
EN DESACUERDO	24	%	11	27.5%
MUY DESACUERDO	10	%	21	52.5%
NO CONTESTA	2	%	0	0%
Total	52	%	40	100%

PREGUNTA 8: EVITAR LAS SUJECIONES ES CUESTIÓN DE DINERO Y LA FALTA DE PERSONAL IDÓNEO HACE NECESARIO EL USO DE SUJECIONES.				
	PRE-test: total 52 personas		POST-test: total 40 personas	
MUY DE ACUERDO	7	13.46%	3	7.5%
DE ACUERDO	17	32.69%	8	20%
INDECISO	9	17.30%	7	17.5%
EN DESACUERDO	15	28.84%	14	35%
MUY DESACUERDO	4	7.69%	8	20%
NO CONTESTA	0	0%	0	0%
<i>total</i>	52	100%	40	100%

PREGUNTA 9: EL USO DE SUJECIONES PREVIENE DE CAÍDAS Y SUS CONSECUENTES LESIONES				
	PRE-test: total 52 personas		POST-test: total 40 personas	
MUY DE ACUERDO	5	9.61%	1	2.5%
DE ACUERDO	18	34.61%	3	7.5%
INDECISO	18	34.61%	5	12.5%
EN DESACUERDO	8	15.38%	15	37.5%
MUY DESACUERDO	3	5.76%	16	40%
NO CONTESTA	0	0%	0	0%
<i>Total</i>	52	100%	40	100%

3. Entrevistas a expertos.

A la atención de:

Me comunico con usted con la pretensión de realizar una petición de colaboración, mediante la cumplimentación de unas sencillas y breves cuestiones, que conformaría una parte fundamental del trabajo que estoy desarrollando. El cual trata de ser una investigación y revisión bibliográfica entorno a las sujeciones en personas mayores con la que pretendo de resaltar tres focos fundamentales:

--La importancia de que se realice una **regulación a nivel estatal** del uso de sujeciones, tal y sucede en otros países, e incluso en la comunidad foral de Navarra, en su Decreto Foral 221/2011, de 28 de septiembre, por el que se regula el uso de sujeciones físicas y farmacológicas en el ámbito de los servicios sociales residenciales de la comunidad foral de Navarra. Norma pionera y estimulante en nuestro país, que ofrezca garantías como las que de esta normal en concreto se desprenden.

-La **importancia de la formación** e información de los futuros profesionales y profesionales en activo, sobre las sujeciones y entre otros aspectos sus repercusiones y consecuencias, su necesaria racionalización y alternativas.

- **La importancia de la implicación y posicionamiento del colectivo de trabajo social**, desde dos principales abordajes:

- Otorgar la consideración de necesidad social del colectivo de personas mayores, en este caso, al uso adecuado y racional de las sujeciones, tanto físicas como farmacológicas, y en especial en personas mayores dependientes con deterioro cognitivo y/o demencias, como grupo del alto riesgo de padecerlas, o ser objeto de estas en algún momento de su vida.

-Desde la dimensión de la ética y la protección de los principios de dignidad, libertad y autonomía y los derechos que de ellos se desprenden. Justificado en que el trabajo social se erige como protector, garantizador y procurador de los mismos en lo largo y ancho de sus intervenciones, en especial desde la intervención social con el colectivo de personas mayores, más concretamente en centros residenciales, ámbito en el que se enmarca este trabajo.

Por ello, resultaría de gran interés, relevancia y notoriedad para el desarrollo de este trabajo sus consideraciones entorno a las siguientes cuestiones:

1. ¿Considera la formación y la regulación normativa base del cambio que procure una reducción y eliminación de sujeciones en la atención a personas mayores en las instituciones destinadas a tal fin? ¿Por qué? ¿Priorizaría una sobre otra? ¿Por qué?

El Trabajo Social y el Uso de Sujeciones.

2. ¿Considera importante la implicación y posicionamiento del colectivo de trabajo social en la promoción de un uso adecuado de las sujeciones, así como su reducción y eliminación de los entornos de cuidado?
3. ¿Considera importante la formación sobre cuestiones como la racionalización del uso de sujeciones en las instituciones de atención a personas mayores así como las implicaciones éticas que de ello se desprenden a futuros profesionales de Trabajo Social?
4. A grandes rasgos, ¿Podría identificar cuál sería el papel y/o funciones-competencias del Trabajador Social en un proceso de reducción y eliminación de sujeciones en una organización o institución de atención a personas mayores?
5. ¿Considera que el/la Trabajador/a Social puede realizar aportaciones desde su perspectiva, de interés en el proceso de reflexión multidisciplinar que conlleva una situación vulnerable de ser resuelta mediante el empleo de algún tipo de sujeción, así como de búsqueda de alternativas? ¿Y en la intervención paralela y necesaria con las familias?

4. Materiales utilizados en la formación:

LAS SUJECIONES FÍSICAS Y QUÍMICAS EN PERSONAS MAYORES
UNA PREOCUPACIÓN DE TODOS

1

★

¿Que entendemos por SUJECIÓN FÍSICA O MECÁNICA?

► Cualquier método, aplicado a UNA PERSONA, adyacente a ella, que limite su libertad de movimientos, la actividad física, o el normal acceso a cualquier parte de su cuerpo, y que no es fácil de remover.

Ejemplos:
- Cinturón abdominal.
- Sillas laterales.
- Pijamas enteros con cremallera.
- Manoplas.
- Tobilleras y muñequeras (córreas).

(Burgueño, 2008)

2

★

¿Y por SUJECIÓN QUÍMICA o Farmacológica?

► Al uso de psicofármacos, independientemente del grupo o familia utilizada y/o su dosis, que limiten o restrinjan la movilidad y comprometan las actividades de la vida diaria, así como el funcionamiento mental, con el objetivo de controlar una conducta inadecuada o molesta, y siempre que no tiene su base en un trastorno psiquiátrico o médico diagnosticado, sino que se utilizan por conveniencias organizativas y no en beneficio de la persona.

Es decir, el uso de medicamentos para manejar un problema para el que existe mejor tratamiento.

Fármacos:
-neurolepticos
-benzodiazepinas

(Comité Interdisciplinar de Sujeciones, 2014)

3

★

¿Que colectivos son mas vulnerables a ser sometidos a sujeciones?

"SE UTILIZAN SUJECIONES EN SUJETOS QUE NECESITAN MUCHA AYUDA Y EN SUJETOS MAS DIFÍCILES DE DOMINAR" (Burgueño, 2008)

► PERSONAS MAYORES (Personas Mayores DEPENDIENTES)
► PERSONAS CON DISCAPACIDAD
► PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

4

★

¿Qué condiciones se asocian a su uso en LAS PERSONAS MAYORES?

► FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL USO DE SUJECIONES FÍSICAS:

- DETERIORO FUNCIONAL FÍSICO
- SER MUJER
- DETERIORO COGNITIVO
- EDAD AVANZADA
- CONDUCTA INAPROPIADA
- NECESIDAD DE CUIDADOS MÉDICOS INSTRUMENTALES
- RIESGOS DE CAÍDAS
- USO DE DROGAS PSICÓTROPAS (Sujeción química)
- POBREZA
- DESARRAIGO FAMILIAR
- DÉFICIT DE FORMACIÓN DE LOS CUIDADORES.

(Burgueño, 2008)

LAS PERSONAS SOMETIDAS A SUJECIONES SE ENFRENTAN A UNA PÉRDIDA DE AUTONOMÍA, DIGNIDAD Y AUTOESTIMA.

(Burgueño, 2008)

MITOS Y CREENCIAS, que perpetúan la prevalencia del uso de sujeciones.

1. Las sujeciones sirven para corregir posturas.
2. Las sujeciones previenen la deambulación de riesgo.
3. Los centros que utilizan sujeciones son MENOS vulnerables a las sanciones legales.
4. Las familias quieren evitar riesgos y prefieren el uso de sujeciones.
5. Las sujeciones previenen la interferencia con el tratamiento médico. "No hacen daño".
6. Las sujeciones son para momentos puntuales y "ella enferma/a no se entera".
7. Es mas fácil cuidar con sujeciones y se realiza de forma mas eficiente.
8. Evitar las sujeciones es cuestión de dinero y la falta de personal idóneo hace necesario el uso de sujeciones.
9. El uso de sujeciones previene de caídas y sus conseqüentes lesiones.

(Burgueño, 2008) (Gil Montalbó, 2011) (Nesado Rey, 2013)

En realidad...

- ▶ 1- Un mobiliario correctamente diseñado y adaptado a las necesidades del paciente corrige mejor su postura.
- ▶ 2- Lo cierto es que no existe una deambulación "sin riesgo". Lo que existen son medidas de seguridad y diseño de espacios "seguros" de deambulación. LA DEAMBULACION ES NECESARIA. Ya que mejora significativamente la potencia muscular y el equilibrio y además favorece que las personas "aprendan a caer" y por lo tanto las consecuencias asociadas a las caídas sean menores.
- ▶ 3- Por un lado, lo cierto es que pocas denuncias prosperan. Y si se realiza una correcta gestión y documentación del "control de sujeciones" o de su "NO USO" será el mejor protector frente a las posibles denuncias.
- ▶ 4- Tradicionalmente la sujeción es presentada a las familias como una herramienta mas en el cuidado, se toma como un elemento de seguridad, y se asume como una prescripción medica. Las familias lo aceptan basándose en la creencia de que no se puede cuidar de otra manera, por FALTA DE FORMACION E INFORMACION, tanto de las sujeciones y sus efectos como de las posibles alternativas existentes.

(Burgueño, 2008) (Gil Montaño, 2011) (Nevado Rey, 2013)

9 ★

En realidad...

- ▶ 5- Las sujeciones producen tal cantidad de efectos secundarios que son las propias sujeciones las que realmente interfieren en el tratamiento.
- ▶ 6- Lo cierto es que esos "momentos puntuales" acaban por prolongarse en días, semanas, meses... Es mas, una de las claves del uso inadecuado de las sujeciones es que no se prescribe atendiendo a una temporalidad determinada. Y por otro lado, el dolor es una de las ultimas funciones que pierden las personas (Alzheimer-demencias) manifestándose a través de la agitación, depresión, vulnerabilidad psicológica, conductas disruptivas...
- ▶ 7- La sujeciones y sus efectos perversos acaban por producir una mayor dependencia en la persona sometida a dicha medida, incrementando la necesidad de recibir cuidados.
- ▶ 8- No existe un personal "idóneo" sino un personal NO FORMADO. Esta tendencia a creer que en muchas ocasiones no hay medios, ni personal suficiente, incrementa significativamente el grado de tolerancia y comprensión, en la sociedad y familiares, ante el uso de sujeciones en algunos casos.

Para la realidad nos dice que los centros denominados como "LIBRES DE SUJECIONES" actuales en nuestro país (50 aprox.) NO han aumentado su personal, si no que se han realizado con ellos actividades FORMATIVAS, DE SENSIBILIZACIÓN Y CONCIENCIACIÓN así como la introducción de CAMBIOS ORGANIZATIVOS. Haciendo posible una situación sin sujeciones.

(Burgueño, 2008) (Gil Montaño, 2011) (Nevado Rey, 2013)

10 ★

En realidad...

- ▶ 9- Las personas sometidas a sujeciones presentan el MISMO RIESGO, O MAYOR a caídas, que aquellas que no las utilizan.

El uso de sujeciones aumenta la fragilidad de la persona, aumentando el riesgo de caídas.

Los centros donde se utilizan sujeciones experimentan una mayor incidencia de lesiones graves como consecuencia de caídas.

E incluso, pueden conllevar la muerte de la persona.

(Burgueño, 2008) (Gil Montaño, 2011) (Nevado Rey, 2013)

11 ★

Tres ejemplos de fallecimientos asociados al uso de sujeciones.



Descripción del caso 1:
"Mujer 81 años, ingresada en una unidad de larga estancia. Padece un trastorno cognitivo severo con agitación, y deambulación continua, por lo que se le colocaba durante la noche un cinturón abdominal y barras laterales que solía manipular con frecuencia" (...)

(Fariña-Lopez, Camacho Cáceres, Estévez-Guerra, & Bros i Serra, 2009)

12 ★

Tres ejemplos de fallecimientos asociados al uso de sujeciones.

(Fariña-Lopez, Camacho Cáceres, Estévez-Guerra, & Bros i Serra, 2009)



Descripción del caso 2:
"Mujer de 85 años, ingresada en una unidad de psiquiatría. Padece un trastorno cognitivo con episodios de desorientación. Para controlar su hiperactividad, el personal utilizaba un cinturón, que le comprimía la zona abdominal, situación a la que llevo tras haber desarmado la barra lateral" (...)

(Fariña-Lopez, Camacho Cáceres, Estévez-Guerra, & Bros i Serra, 2009)

13 ★

Tres ejemplos de fallecimientos asociados al uso de sujeciones.

(Fariña-Lopez, Camacho Cáceres, Estévez-Guerra, & Bros i Serra, 2009)



Descripción del caso 3:
"Varón de 80 años que vivía en una residencia para mayores. Debido a un trastorno cognitivo y episodios de desorientación, a la hora de acostarse se le colocaba un cinturón abdominal y barras laterales, los cuales manipulaba de forma constante" (...)

(Fariña-Lopez, Camacho Cáceres, Estévez-Guerra, & Bros i Serra, 2009)

14 ★

(Comité Interdisciplinar de Sujeciones)

Circunstancias que nos indican un uso claramente inapropiado de las sujeciones.

ANTE...

1. Existencia de otras alternativas.
2. Imposibilidad de prestar supervisión continuada y cuidados complementarios.
3. Material o dispositivos inadecuados, no homologados y que puedan poner en riesgo la seguridad de la persona a la que se aplican.
4. Evitar el erratismo o vagabundeo (El 15% de sujeciones se aplican por este motivo).
5. Mejorar el control ambiental: disminuir los ruidos, etc.
6. Presión de los profesionales, familiares o de los propios usuarios/as.
7. Conveniencia, comodidad o dejadez de los profesionales o personal cuidador
8. Déficit de personal cuidador para la supervisión y el control.
9. Falta de formación e información sobre el uso de sujeciones (beneficios y riesgos) en los profesionales, así como la falta de información a usuarios/as y familiares.
10. Asistencia defensiva frente a reclamaciones o demandas judiciales.
11. No haber efectuado una valoración geriátrica integral que permita detectar el origen de los trastornos de conducta y corregirlos con otra metodología más adecuada, mas digna y menos cruenta.

(Gil Montaño, 2011)

En resumen:

- ▶ Para una eficaz intervención es preciso considerar las circunstancias que favorecen el uso de sujeciones y actuar sobre ellas:
 - o El progresivo aumento de la carga asistencial.
 - o La carencia de formación de todo el personal implicado.
 - o La ausencia de normas al respecto en nuestro país.
 - o La ALTA tolerancia social (familias, usuarios, profesionales)
 - o La falta de estrategia de cuidados apropiada, con seguimiento y control personal. Es decir, ausencia de una auténtica ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA.
- ▶ El uso continuado (mal uso) de sujeciones...
 - o Provoca en la persona múltiples efectos adversos físicos, psicoemocionales y SOCIALES.
 - o Puede constituir una violación de derechos fundamentales:
 - o Atentando contra, la DIGNIDAD DE LA PERSONA.
 - o La CALIDAD DE VIDA y su BIENESTAR.
 - o Su AUTONOMÍA y AUTODETERMINACIÓN