



Buenas Prácticas  
MODELO Y AMBIENTE

# AICP

## Sujeciones físicas y químicas: ¿solución o problema?



### Anexos:

- Plan de atención y vida
  - Hoja de ruta
  - Historia de Vida
- Cuestionario pre-charla
- Cuestionario post-charla
- Estadísticas cuestionarios
  - Presentación institutos
    - Informe derivación
    - Tríptico sujeciones

# PLAN DE ATENCIÓN Y VIDA



# PLAN DE ATENCIÓN Y VIDA

## DATOS PERSONALES:

APELLIDOS Y NOMBRE:	JOSEFA MARTÍNEZ MARTÍNEZ
D.N.I:	00.000.000.X
FECHA DE INGRESO:	01/01/2018
EDAD:	93
LUGAR DE NACIMIENTO:	Valencia
FECHA 1ª VALORACIÓN	5/01/2018
PERSONA REFER./FAMILIA/TUTOR LEGAL	Inés Pérez Martínez –Hija-.

## DATOS SOCIOSANITARIOS:

GRADO DEPENDENCIA	GRADO III
GRADO DISCAPACIDAD	85%
INCAPACIDAD LEGAL	SI
NÚM. AFILIACIÓN SS	MAMA08/658742335
MÉDICO FAMILIA	DR. ESTRADA

## PROFESIONALES QUE INTERVIENEN:

PROFESIONAL DE REFERENCIA	Manuela Rodríguez. Auxiliar de geriatría que se ocupa de la atención personalizada.
OTROS PROFESIONALES (CÍRCULO DE CONFIDENCIALIDAD) Preferentemente un miembro del equipo técnico que haya desarrollado una especial afinidad con el usuario.	<p>METGE: <input type="checkbox"/></p> <p>INFERMERIA: <input type="checkbox"/></p> <p>FISIOTERAPEUTA: <input type="checkbox"/></p> <p>PSICÒLEG: <input type="checkbox"/></p> <p>TREBALL SOCIAL: <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>EDUCACIÓ SOCIAL: <input type="checkbox"/></p> <p>SUPERVISIÓ: <input type="checkbox"/></p> <p>DIRECCIÓ: <input type="checkbox"/></p>

# PLAN DE ATENCIÓN Y VIDA

INDEPENDENCIA/DEPENDENCIA	
SALUD	Profesional/es: Prof. referencia - Médico – Enfermera - Fisioterapeuta
<b>Síndromes geriátricos y enfermedades crónicas que requieren cuidados.</b>	<p><b>ENFERMERIA:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. HTA</li> <li>2. Dislipemia</li> <li>3. Anemia por déficit de vitamina B12.</li> <li>4. Síndrome depresivo</li> <li>5. Osteoporosis</li> <li>6. Hipercolesterolemia</li> <li>7. Control del dolor</li> </ol> <p><b>FISIOTERAPIA</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Test de Tinetti 7/28. Alto riesgo de sufrir caídas.</li> <li>2. Desconexión del medio.</li> <li>3. Omalgia izquierda.</li> </ol>
<b>Tratamientos</b>	<p><b>ENFERMERIA</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Para control de la HTA toma amlodipino 10mg 1-0-0</li> <li>2. Para la anemia toma ferro sanol 1-0-0 y vitamina B12 IM.</li> <li>3. Para el síndrome depresivo precisa tomar duloxetina 30mg 1-0-0</li> <li>4. Para la osteoporosis toma calcial D</li> <li>5. Para controlar los niveles de colesterol toma simvastatina 10mg 0-0-1</li> <li>6. Para el control del dolor toma nolotil 0-0-0-1</li> </ol> <p><b>FISIOTERAPIA</b></p> <p>Dado su perfil funcional y estado cognitivo severamente afectado, a la señora Pepita se le realizan sesiones de Basale Stimulation. También responde bien a las sesiones de musicoterapia, donde se aprovecha su afición por la música para cantar y realizar movimientos coordinados con las extremidades.</p> <p>De forma autónoma se desplaza a voluntad por los espacios de la unidad de psicogeriatría, dónde siempre se encuentra supervisada por un profesional que vela por su seguridad e interviene en caso de que necesite ayuda de cualquier tipo.</p>
<b>Salud percibida (valoración y percepción de la propia persona)</b>	Los días que se encuentra más conectada y se le pregunta ¿cómo se encuentra?, generalmente responde: "bien, me encuentro bien". Es cierto que los días que tiene dolor o no se siente bien, lo manifiesta mediante su comportamiento o incluso algunas veces es capaz de verbalizarlo.

# PLAN DE ATENCIÓN Y VIDA

<b>Principales objetivos de la intervención</b>	<b>ENFERMERIA</b>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Control de la TA periódicamente.</li> <li>2. Controles analíticos periódicos para valorar la anemia.</li> <li>3. Control del dolor mediante pauta analgésica.</li> </ol>
	<b>FISIOTERAPIA</b>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mantener las deambulaciones por la unidad de psicogeriatría todo el tiempo que sea posible. Siempre estar atentos a su estado cuando esté caminando para poder atenderla ante cualquier eventualidad que se pueda producir.</li> <li>2. Sesiones de Basale Stimulation diarias, especialmente cuando presente crisis de ansiedad o cuando se muestre nerviosa o desconectada.</li> <li>3. Sesiones diarias de terapia manual y calor local para controlar el dolor del hombro. Coordinación con el equipo médico para ajustar la pauta analgésica al nivel de dolor que presente.</li> </ol>
<b>INDEPENDENCIA/DEPENDENCIA</b>	
<b>Nivel funcional en las AVD</b>	<b>Profesional/es: Prof. referencia - Terapeuta Ocupacional</b>
<b>Niveles deficitarios o limitaciones</b>	<p><b>Índice de Barthel: 85/100.</b> Según el índice de Barthel, dependiente grave para la mayoría de AVD básicas. Necesita ayuda total para la higiene diaria, la ducha semanal y el vestido. Necesita supervisión constante durante el día.</p>
<b>Competencias preservadas i fortalezas</b>	<p>Es capaz de alimentarse por sí misma, siempre presentándole los alimentos listos para comer con un solo cubierto.</p> <p>Camina de forma lenta e insegura con su caminador, siempre por el espacio protegido de la unidad de psicogeriatría.</p>

# PLAN DE ATENCIÓN Y VIDA

<b>Principales objetivos de la intervención</b>	<p><b>Objetivo:</b> mantener la autonomía en aquellas AVD básicas que aún conserva y ofrecerle ayuda en todas en las que presente dependencia.</p> <p>Valorar cada 6 meses o ante un cambio de su estado de salud o autonomía, mediante el índice de Barthel.</p>
---	---

<b>AUTONOMIA/HETERONOMIA</b>	
<b>Dimensión cognitiva</b>	<b>Profesional/es: Prof. referencia – Psicóloga</b>
<b>Niveles deficitarios o limitaciones.</b>	<p>Pepita padece demencia tipo Alzheimer en fase muy avanzada. Ha perdido todos los espectros de la memoria y aún conserva un lenguaje espontáneo y ocasional. Deambula erráticamente durante el día.</p> <p>Presenta episodios de agitación ante la incomprendición de lo que ocurre a su alrededor o cuando quiere expresarse y no consigue hacerlo.</p> <p>Mantiene todas las funciones cognitivas superiores alteradas.</p>
<b>Competencias preservadas y fortalezas.</b>	<p>GDS 6.</p> <p>Mantiene el reconocimiento de personas próximas a ella. No es capaz de verbalizarlo, pero su cara muestra alegría y una mirada reconfortante.</p>
<b>Salud percibida (valoración y percepción de la propia persona)</b>	<p>Los días que se encuentra más conectada y se le pregunta cómo se encuentra, generalmente responde: "bien, me encuentro bien". Es cierto que los días que tiene dolor o no se siente bien, lo manifiesta mediante su comportamiento o incluso algunas veces es capaz de verbalizarlo.</p>
<b>Principales objetivos de la intervención.</b>	<p>Tomar todas las medidas de confort necesarias para que se sienta en un espacio protegido y seguro.</p> <p>Ofrecer muestras de afecto y contacto físico.</p>

# PLAN DE ATENCIÓN Y VIDA

--	--

AUTONOMIA/HETERONOMIA	
Dimensión emocional	Profesional/es: Prof. referencia - Psicóloga
<b>Dificultades emocionales</b>	Inexpresividad facial. Tendencia a mostrar cara de incomprendimiento y miedo en distintos momentos del día.
<b>Fortalezas</b>	Se muestra receptiva y le gusta que estén por ella.
<b>Principales objetivos de la intervención.</b>	Medidas de confort e identificación de necesidades intrínsecas ante estados de agitación: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Descartar hambre o sed.</li> <li>• Si tiene miedo, acomodarla, cogerle las manos y darle un abrazo o mantener contacto físico para relajarla y darle seguridad.</li> </ul>

RELACIÓN SOCIAL	
Red social de soporte existente	Profesional/es: Trajabadora social
<b>Formal (servicios profesionales)</b>	No reconoce a ningún profesional del centro por su nombre ni por su ocupación en el mismo, pero sin duda mantiene afinidad con diferentes profesionales quiénes, por su simple presencia, le llaman la atención y hacen que se sienta alegre y segura.
<b>Informal (familia, amigos)</b>	No dispone de una red social fuera del centro.

# PLAN DE ATENCIÓN Y VIDA

<b>Tipo de soporte familiar que mantiene (emocional/instrumental)</b>	Recibe un buen soporte por parte de sus sobrinos, los cuales, ante cualquier situación urgente acuden al centro. Debido a su estado actual, no les reconoce, pero se siente tranquila a su lado.
<b>Percepción del soporte que recibe</b>	Agradece la compañía. Aunque no pueda participar en conversaciones de forma activa, le gusta estar presente y participar como oyente.
<b>Dificultades/fortalezas en las relaciones sociales.</b>	Participa pasivamente, no establece comunicación verbal, pero claramente agradece la compañía.
<b>Principales objetivos de la intervención.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se tramitó la prestación económica vinculada.</li> <li>• Se formalizó la incapacitación en el año 2016.</li> </ul>

## LA GESTIÓN DE LA VIDA EN EL CENTRO: Actividades y servicios en el propio centro serveis Profesional/es: Equipo interdisciplinario

<b>Programas, servicios, actividades propuestas.</b>	Las relatadas en los distintos apartados del PAYV
<b>Atención personalizada en las intervenciones.</b>	Las descritas en su HOJA DE RUTA personalizada.
<b>Intervención ambiental (eliminación de barreras,</b>	A Pepita no se la expone a ninguna barrera arquitectónica. Siempre permanece en lugares con suelo llano y sin desniveles ni cambios en la textura del suelo.

# PLAN DE ATENCIÓN Y VIDA

<b>medidas ambientales, ayudas técnicas)</b>	Utiliza un caminador para desplazarse por la unidad de psicogeriatría y una silla de ruedas para ir de la unidad a su habitación o a cualquier otra estancia del centro.
<b>Rutinas o actividades a apoyar en otros escenarios cotidianos externos al centro (pequeñas compras, actos culturales o sociales, etc).</b>	Dado lo avanzado de su enfermedad, Pepita no se siente segura en ningún lugar que no sea conocido y donde ella realiza sus actividades durante el día. Por ese motivo, se descarta su participación en eventos fuera del centro.

## INTERESES OCUPACIONALES DE LA PERSONA

Profesional/es: Educación Social

<b>Relacionados con la historia laboral</b>	Pepita trabajó durante muchos años como modista. Estuvo más de 50 años trabajando en Suiza, lugar al que emigró para poder ayudar económicamente a su familia – hermanos y sobrinos-.
<b>Relacionados con aficiones y ocio</b>	Aún hoy mantiene la atención cuando se pone en el proyector alguna obra de teatro de Lina Morgan, series o anuncios de los 70 y 80.
<b>Principales objetivos de la intervención</b>	Las intervenciones con Pepita se dirigen a mantenerla ocupada y tranquila. Siempre nos adaptaremos a su estado de cada momento, intentando proporcionarle lo que precise.

# PLAN DE ATENCIÓN Y VIDA

## GESTIÓN DE LA VIDA COTIDIANA: DESEOS Y PREFERENCIAS

Profesional/es: Educación Social

Relacionados con el centro y con la organización de su atención.	Aunque a su ritmo, participa en actividades como: manualidades, musicoterapia y cocina.
Relacionados con su vida cotidiana en el hogar y contextos similares.	Dado su fuerte carácter, siempre le gustó tener todo muy ordenado y organizado. No le gustaba dejar nada para más adelante; si había que hacer algo, se tenía que hacer inmediatamente.
Principales objetivos de la intervención	Como se ha mencionado anteriormente, las intervenciones dependerán de su estado y de las necesidades que presente en cada momento.

## INTERVENCIONES DIRIGIDAS AL GRUPO FAMILIAR

Profesional/es: Equipo interdisciplinario

Orientaciones para el cuidado de la persona	Consultar la HOJA DE RUTA de Pepita para dirigir las intervenciones sobre su persona. Es importante recordar que dicho documento se ha de modificar siempre que sea necesario, atendiendo a los cambios que puedan producirse sobre sus costumbres, necesidades o comportamiento.
---	---

# PLAN DE ATENCIÓN Y VIDA

<b>Orientaciones para el autocuidado</b>	<p>Pepita es una persona con dependencia casi total. Siempre es aconsejable recordarle que, cuando quiera caminar, coja su caminador.</p> <p>El riesgo de sufrir caídas es importante, pero también se considera primordial que pueda moverse libremente según sus impulsos o necesidades.</p>

## CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PLAN DE ATENCIÓN Y VIDA Y DE LA INCLUSIÓN DE DATOS SOCIOSANITARIOS PARA GARANTIZAR LOS CUIDADOS

<b>Información</b>	Información sobre la ley de protección de datos vigente en el momento de la revisión del PAV.

# PLAN DE ATENCIÓN Y VIDA

<b>Acuerdo y firma de la persona y/o familia</b>	Una vez leído todo el documento a la persona usuaria o, en su caso, del tutor legal, se procede a la firma y se concreta la próxima fecha de revisión.
<b>FORMA DE SEGUIMIENTO Y PERIODICIDAD DE LAS REVISIONES</b>	
<b>Fecha de la próxima revisión</b>	Las revisiones se realizan sistemáticamente cada 6 meses.
<b>Otras observaciones a tener en cuenta</b>	Cualquier cambio que se produzca en su comportamiento o rutina diaria que precise ser recogido en la hoja de ruta, se debe comunicar a la gerocultora referente de Pepita para poder realizar el cambio en el documento, de modo que dicha información se encuentre disponible para todos los profesionales que intervienen en su día a día.

Me llamo Josefa Martínez Martínez, soy valenciana, aunque he vivido más de cuarenta años en Suiza. Me gusta que me llamen Pepita.

Paso el día en la unidad de psicogeriatría y por la noche duermo en la habitación 100.

Me desplazo utilizando un caminador, pero necesito que estés pendiente de mí cuando lo hago porque mi forma de caminar es muy inestable y podría caerme. Si me levanto, no me digas “¡siéntate que te caerás!” al contrario, dime “¿dónde quieres ir?, ¿te acompañó?”. Si he de desplazarme trayectos medios o largos necesito utilizar la silla de ruedas como, por ejemplo, para ir de mi habitación a la sala donde paso el día y a la inversa.

Acostumbro a levantarme entre las ocho y las nueve de la mañana. Una vez esté arreglada, no me dejes nunca sola en la sala si no hay alguna gerocultora, porque es necesario que haya siempre alguien en el lugar en el que yo esté que pueda ayudarme si me pasa algo.

Por la mañana, cuando entres a mi habitación, llama a la puerta, salúdame, sonríe y explícame que tengo que lavarme y vestirme. Me ayudará que me recuerdes que cuando esté lista iremos a desayunar. Normalmente tengo mucho apetito y eso me animará a hacerlo. No respondo bien a las órdenes ni a las imposiciones, por eso es importante que me hables de una forma amable y positiva. Si me hablas de una forma “seca”, es muy posible que me cierre en banda y no quiera hacer nada de lo que me pides y, si me insistes, posiblemente te grite o te insulte; no tengo mala intención, simplemente me cuesta comprender mi entorno y cuando no entiendo algo, me agobio y reacciono de esa manera. Mientras la persona que me cuida en la sala acaba con sus tareas y puede atenderme, puedes acompañarme a las butacas que hay en el pasillo; allí estaré tranquila porque os iré viendo pasar mientras hacéis vuestro trabajo y, además, podréis ayudarme si es necesario.

Desayuno: acostumbro a desayunar pan con mermelada, unas galletas, un trozo de chocolate y un café con leche. Como no tengo dientes y no tolero la dentadura, es importante que le quites la corteza al pan para facilitarme la masticación.

Para comer y cenar, como lo que haya en el menú, pero necesito que sean alimentos de textura blanda y que estén cortados en trozos que pueda comer con facilidad. Me gusta prácticamente todo y siempre tengo mucho apetito.

Después de las comidas, cuida que tenga la cara y las manos limpias, porque acostumbro a ensuciarme un poco.

Cuando acabo de comer, a veces hago una pequeña siesta en la butaca y, a veces, tengo tanto sueño que me quedo un rato en la misma mesa del comedor.

Durante el día permanezco en la unidad de psicogeriatría, es un entorno recogido y tranquilo donde me siento bien. No acostumbro a participar mucho en las actividades porque no puedo concentrarme, pero me gusta caminar a mi paso e ir cambiando de silla a mi voluntad. Me gusta mucho que alguien se siente a mi lado y me cuente algo. También me gusta la música, las funciones de teatro de Lina Morgan y las series de televisión de los años 70 y 80.

Me encanta que estén por mí, sentirme acompañada y que me pregunten a menudo cómo me encuentro o si necesito algo. Me gusta mucho el contacto físico porque me hace sentir bien y me ayuda a centrarme y a situarme en el espacio en el que estoy. Un abrazo, que me pongan crema hidratante en las manos o me pasen la mano por la espalda, hace que me tranquilice y esté más receptiva a las cosas que ocurren a mi alrededor. Piensa que necesito mi tiempo para hacer las cosas y que si me metes prisa, me pondré nerviosa y no haré nada “bien”.

Muchas veces me desagrada tener que ir al baño o que me cambien el pañal. Para evitar que me ponga nerviosa, explícame bien lo que haremos y si me pongo terca, déjame unos minutos y después vuélvemelo a decir, de esa manera todo irá bien.

Por la noche tienes que dejarme subida la baranda derecha de la cama, así puedo agarrarme para acomodarme con facilidad. Ponme también los calcetines antideslizantes, porque nunca me acuerdo de ponerme las zapatillas si me levanto y deja mi caminador al lado de la cama para que no olvide cogerlo.

Normalmente duermo toda la noche sin problemas, pero si alguna noche ves que me despierto y no puedo dormir, lo más posible es que tenga el pañal mojado o que tenga hambre. Un cambio de pañal o un vaso de leche con dos o tres galletas hará que me vuelva a sentir cómoda y pueda volver a dormir.

Nací el 10 de marzo de 1926, en Valencia. Éramos tres hermanos, Ángeles, Vicente y yo. Nos quedamos huérfanos de padre cuando éramos pequeños. Estalló la guerra y, cuando finalizó, nuestra madre falleció también. Fuimos a parar a un orfanato del que no tengo buenos recuerdos.

Cuando fuimos lo suficientemente mayores como para irnos, fuimos a vivir a Barcelona, donde Ángeles y yo encontramos trabajo de empleadas de hogar.

Unos años más tarde pude hacer un curso de modista y encontré trabajo cosiendo camisas.

Aquella época fue muy feliz, vivía con mi hermana, cuñado y los hijos de ambos. Vivíamos en el barrio de Gracia e íbamos de vacaciones a Castelldefels, donde hacíamos acampada libre.

En 1963, durante la época dictatorial, con la pérdida de derechos y libertades que sufríamos, decidí marcharme sola a Suiza. El principio allí fue muy duro, solo podía comunicarme con mi familia a través de cartas. Cuando conseguía ahorrar un poco, volvía a casa en verano o navidad. Mis sobrinos siempre han sido como mis hijos y para mí fue muy duro no poder verlos crecer, pero ese sacrificio sirvió para poder enviarles dinero y ayudarles a tener un futuro mejor. Afortunadamente, pasé de cosedora a ser encargada e incluso llegué a participar en la confección de un traje para Charles Chaplin.

Una vez, mi sobrino y su mujer fueron a verme a Suiza y cuando llegaron a mi casa, yo tenía puesto a todo volumen “la internacional”. Cuando me preguntaron: ¿tía Pepita, qué haces?, les dije: “Esta es mi casa y pongo lo que me da la gana”. Es una anécdota que siempre recuerdo y que me hace reír.

Siempre he sido una persona con una personalidad muy fuerte y nunca me ha dado miedo hacer cosas en mi vida. Una vez, ya mayor, me fui sola a Cuba para conocer el país y las costumbres de sus gentes. Allí conocí a un miembro de la “Guardia Real Española” con quien pasé buenos ratos durante el viaje; él quiso llegar “más allá”, pero yo no estaba interesada porque siempre me ha importado mucho mi independencia y poder hacer lo que quería sin dar explicaciones a nadie. También viajé a otros sitios, como Londres o Italia. Alguno de esos viajes los hice con mi novio, Pedro, que llegó a ser padrino de uno de mis sobrinos, pero por cosas de la vida no llegamos a casarnos.

Los años fueron pasando entre idas y venidas y una vez ya mayor, viviendo en Ginebra, comencé a tener problemas de memoria. Como ya no podía vivir sola, mis sobrinos me trajeron a una residencia en Barcelona, pero quedaba lejos ellos y decidieron trasladarme aquí, a Castellgalí, para poder tenerme más cerca y visitarme con tanta frecuencia como quisieran.

Si una cosa me ha caracterizado siempre ha sido mi empuje en la vida; mi carácter alegre y positivo siempre se ha reflejado en mi cara. Me han encantado siempre las bromas, las fiestas, el baile y un trato afectuoso con todo el mundo.

Ahora, por culpa de mi enfermedad, me siento perdida. Aún hoy, verás que a veces me angustio y digo cosas como “estoy asustada”, “tengo mucho miedo”, “no sé lo que tengo que hacer”. En esos momentos no comprendo nada de lo que hay a mi alrededor y necesito contacto físico y compañía, enseguida verás que me tranquilizo y vuelvo a mis rutinas.

**CUESTIONARIO 1**  
**CHARLA: "SUJECIONES: ¿SOLUCIÓN O PROBLEMA?".**

Sexo	<input type="radio"/> HOMBRE	<input type="radio"/> MUJER	Edad
------	------------------------------	-----------------------------	------

¿Qué estudias?	<input type="radio"/> Atención a la dependencia	<input type="radio"/> Auxiliar enfermería	<input type="radio"/> Integración social	<input type="radio"/> Otros: _____
----------------	---	---	--	------------------------------------

¿Sabes que es l'AICP (Atención Integral Centrada en la Persona)?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
--	--------------------------	--------------------------

¿En caso afirmativo, puedes explicarlo brevemente?  _____ _____
--

¿Sabes qué son las sujeciones mecánicas y químicas?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
---	--------------------------	--------------------------

En caso afirmativo, ¿puedes explicarlo brevemente?  _____ _____
--

¿Crees que trabajar utilizando sujeciones mecánicas farmacológicas garantiza la seguridad y la dignidad de la persona atendida?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
---	--------------------------	--------------------------

¿Por qué?  _____ _____
---------------------------------

Crees que si una persona tiene riesgo de caer y hacerse daño, ¿existen alternativas a las sujeciones?
<input type="radio"/> SI
<input type="radio"/> NO
<input type="radio"/> LO DESCONOZCO

En caso afirmativo, ¿qué opciones conoces?  _____ _____
--

**CUESTIONARIO 2**  
**CHARLA “CONTENCIOS: ¿SOLUCIÓN O PROBLEMA?”**

<b>Trabajas o has trabajado con personas dependientes o población geriátrica?</b>	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
<b>Has encontrado un tu trabajo a personas sujetas física o químicamente?</b>	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO

<b>Te parecía positivo o negativo que la persona estuviese sujeta?</b>	<input type="radio"/> Positivo	<input type="radio"/> Negativo	No me lo había planteado.
--	--------------------------------	--------------------------------	---------------------------

<b>¿Puedes explicar tu respuesta?</b>			
.....			

<b>¿Crees que la AICP procura una mejor calidad de vida a las personas dependientes?</b>	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
--	--------------------------	--------------------------

<b>¿Puedes explicar por qué?</b>			
.....			

<b>Después de esta charla, ¿qué te parece que se utilicen sujeciones?</b>	<input type="radio"/> POSITIVO	<input type="radio"/> NEGATIVO
---	--------------------------------	--------------------------------

<b>¿Puedes explicar por qué?</b>			
.....			

<b>Permitirías/te gustaría que a ti o a un familiar bajo tu responsabilidad os aplicasen una sujeción?</b>	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> Solo en casos muy justificados, sin ninguna otra opción posible y durante el mínimo tiempo imprescindible.
--	--------------------------	--------------------------	--

<b>Ahora que tienes más información sobre las sujeciones, ¿crees que puedes ver su uso de una forma crítica y proponer alternativas para evitarlas?</b>	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
---	--------------------------	--------------------------

Para poder cuantificar el impacto de las charlas que ofrecemos, decidimos entregar dos cuestionarios. El primero (*anexo 1*), se pasaba antes de comenzar la sesión y solicitaba datos generales y el nivel de conocimiento sobre la AICP, las sujeciones físicas y farmacológicas y la opinión que merecían en aquel momento al alumno. El segundo (*anexo 2*), se pasaba al finalizar la charla y preguntaba, entre otros, qué opinión les merecía el trabajo mediante la filosofía AICP y, con los datos y experiencias que se les habían proporcionado, qué opinaban ahora de las sujeciones.

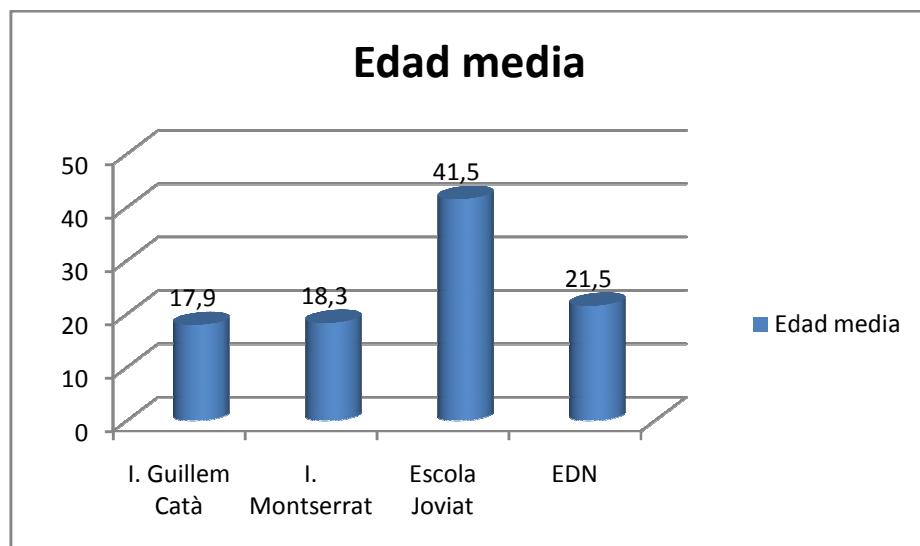
Al pasar estos cuestionarios se pretendía, además de reflejar el conocimiento previo sobre la AICP y las sujeciones, comprobar si la charla había provocado algún cambio en su percepción de las mismas y, sobretodo, si consideraban que existen alternativas perfectamente válidas al uso de las sujeciones que proporcionan un nivel de seguridad adecuado y que velan por la dignidad, la autonomía y la calidad de vida de la persona dependiente.

Una vez hecho el volcado de datos, nos encontramos con las siguientes respuestas:

**Total de alumnos asistentes a las charlas: 127**

**Media de edad de los alumnos por centro:**

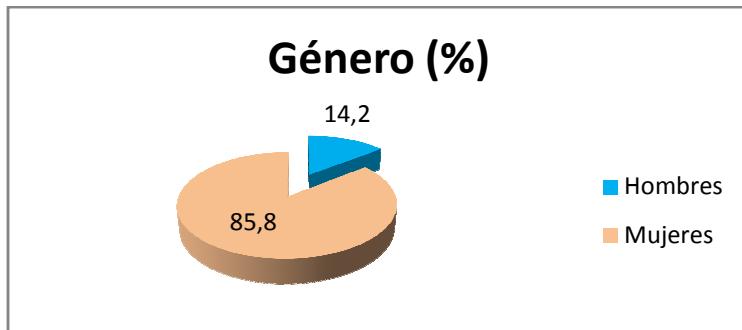
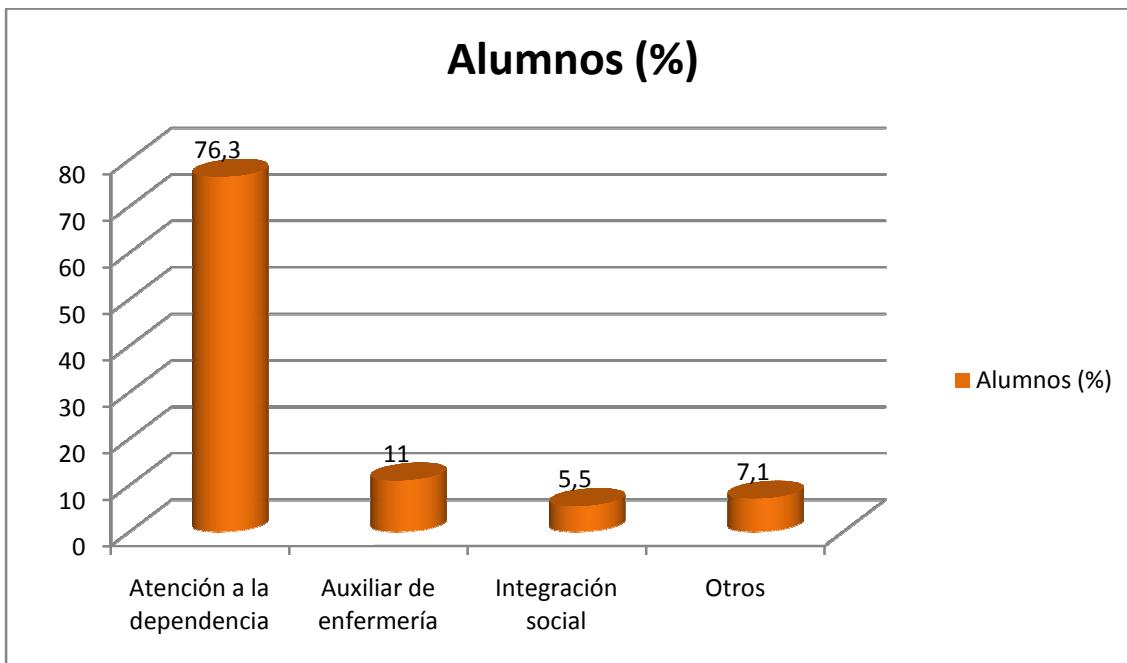
- Institut Guillem Catà (Manresa): **17.9 años.**
- Institut Montserrat –Sant Vicenç de Castellet-: **18.3 años.**
- Escola Joviat –Manresa-: **41.5 años.**
- Escola Diocesana –Navàs-: **21.5 años.**



Los alumnos de “Escola Joviat” pertenecían a un curso de formación para adultos en situación de desempleo. En el resto de institutos, el perfil del alumnado eran jóvenes que estudiaban ciclos de grado medio o grado superior.

**Por género**

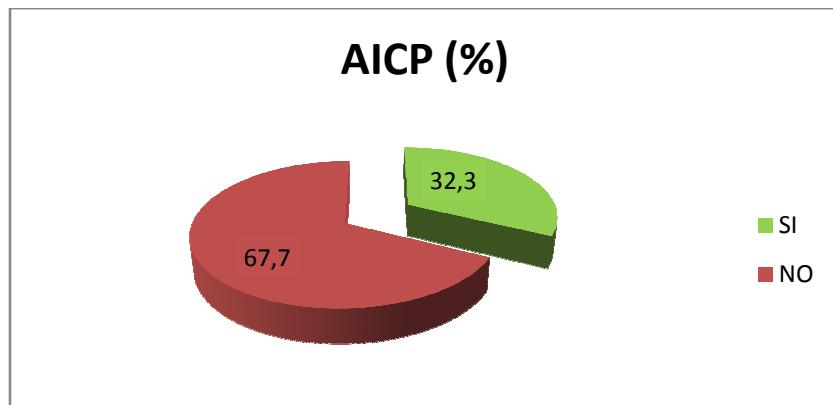
Como viene siendo habitual, en los estudios de la rama sanitaria o de atención social, las mujeres forman la mayoría de la población estudiantil.

**Por especialidad que se está cursando**

Los alumnos del ciclo de *atención a la dependencia* formaron el grueso de participantes siendo, además, la población diana por ser su especialidad la que forma expresamente a profesionales que se dedicarán a realizar atención sociosanitaria a domicilio o a personas institucionalizadas.

En cuanto a las respuestas a las preguntas sobre conocimientos referentes a la AICP y sujetaciones físicas y farmacológicas o químicas, encontramos los siguientes resultados, expresados en tanto por ciento.

¿Sabes lo que es la AICP?



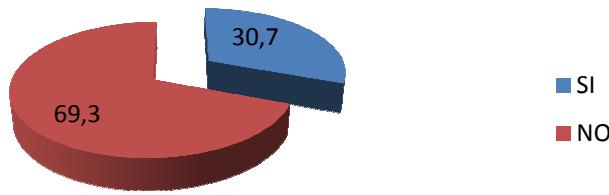
La mayoría de personas no tenía claro qué es la filosofía AICP y así lo manifestaron. Por otro lado cabe remarcar que, una vez leídas las respuestas a la pregunta “*¿Puedes explicarlo brevemente?*”, encontramos que las personas que respondieron “Sí” en ocasiones daban respuestas poco precisas. En algunos casos las respuestas iban referidas a “darles autonomía” en su día a día, otras respuestas decían cosas como “atención a la dependencia”, “atención a personas institucionalizadas” o “atender a las personas según sus enfermedades o minusvalías”. Sólo algunas reflejaron la necesidad primordial de conocer a la persona en profundidad, desde su historia de vida hasta sus intereses, preferencias, aversiones, sueños y objetivos de vida actuales, que pueden tener que ver con su historia de vida o haber dado un giro de 180 grados. La importancia de, valga la redundancia, dar una importancia máxima a las necesidades que la persona dice tener, no a las que los profesionales consideren que tiene. Durante las charlas se remarcó continuamente cuán básico es hablar con la persona, conocerla, indagar sobre sus necesidades siempre dentro de los límites que nos permita, sin traspasar el umbral de privacidad e intimidad que ella misma nos marque.

¿Sabes lo que son las sujetaciones mecánicas y químicas?



¿Piensas que trabajar utilizando sujetaciones mecánicas y/o químicas garantiza la seguridad y dignidad de las personas dependientes?

### Aportan seguridad y dignidad (%)

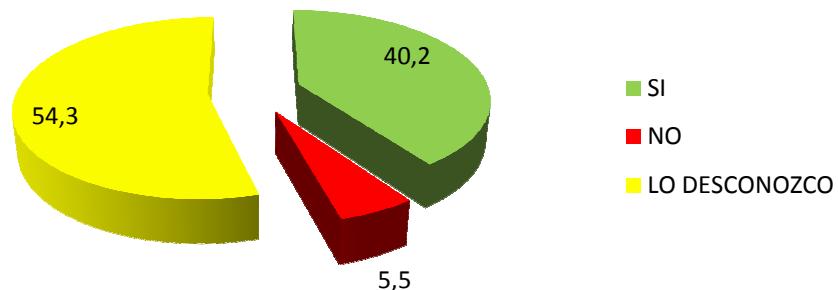


Las personas que respondieron “SI”, justificaban su respuesta en defensa de la seguridad física de la persona; la evitación de caídas, en su opinión, tenía más peso que el derecho a la autonomía y a la libertad de actuación.

Para estimular la reflexión y el debate, se explicaron los *principios de beneficencia y de autonomía* y cómo se contradicen entre sí ya que “hacer el bien no es algo que se pueda imponer”, porque la persona tiene derecho a priorizar su autonomía y libre albedrío por encima de su integridad física, sea cual sea su nivel de conciencia sobre su entorno y sobre ella misma. Igualmente se explicaron las opciones y alternativas para maximizar la seguridad de las personas menos conscientes del peligro y de sus propias limitaciones, con la creación de espacios controlados, amplios y seguros.

Cuando una persona tiene un riesgo objetivo de caer y hacerse daño, ¿crees que existen alternativas a la sujeción?

### ¿Existen alternativas (%)?



Un pequeño porcentaje de alumnos afirmaban que las sujetaciones eran la única forma que conocían de proteger a las personas más dependientes. Más de la mitad de ellos afirmaban desconocer métodos, formas de trabajo o dispositivos alternativos al uso de sujetaciones y un

40% afirmaba que existían alternativas, pero ofrecían como tales la colocación de barandas para impedir que la persona saliese de la cama o el uso de caminadores y bastones como ayuda técnica para mejorar la seguridad durante la marcha.

Mediante la presentación en formato power point (anexo 3), se les expusieron las ayudas y métodos de trabajo que utilizamos para maximizar la seguridad de los usuarios, tales como balancines, pufs, sensores de presencia, dispositivos antideslizantes, luces que se encienden al detectar movimiento, una organización del trabajo que permita la presencia de personal de apoyo especialmente en los momentos más conflictivos y, como más importante, el conocimiento por parte de todo el personal del centro, sea cual sea la figura que representa en el mismo, de los usuarios y sobretodo de aquéllos con más riesgo de caída o desorientación, siendo primordial la implicación de todos nosotros en la seguridad de las personas atendidas.

#### **RESPUESTAS A LOS CUESTIONARIOS RESPONDIDOS UNA VEZ FINALIZADA LA SESIÓN**

*¿Trabajas o has trabajado con población geriátrica?*



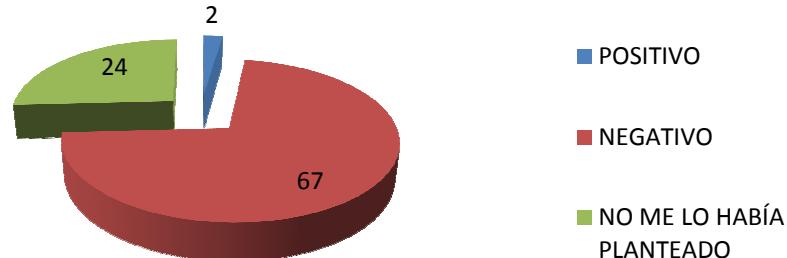
*¿Has encontrado en tu lugar de trabajo a personas con sujeciones físicas o farmacológicas?*



Casi un 40% de las personas que han trabajado o hecho prácticas en centros de personas dependientes han visto a personas a las que se les aplican sujeciones.

¿Te parecía positivo o negativo que la persona estuviese sujetada?

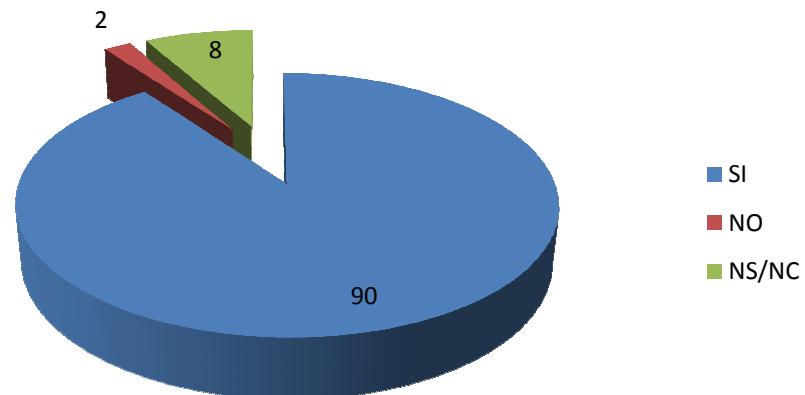
### OPINIÓN SOBRE LAS SUJECIONES EN EL CENTRO DE TRABAJO (%)



A pesar de que la mayoría de las personas tuvieron una opinión negativa al ver a personas sujetas en sus centros de trabajo, se puede observar que un 24% de los participantes no se plantearon nada cuando se encontraron con esta situación, normalizando así esta situación.

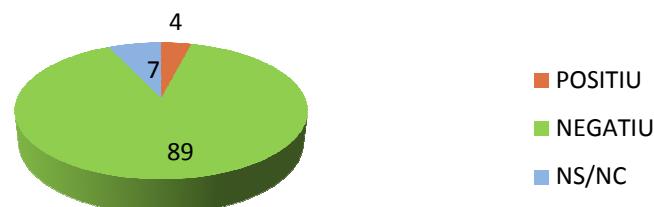
¿Crees que la AICP procura una mejor calidad de vida a las personas dependientes?

### AICP APORTA CALIDAD DE VIDA (%)



Después de esta charla, ¿Qué te parece el uso de sujeteciones?

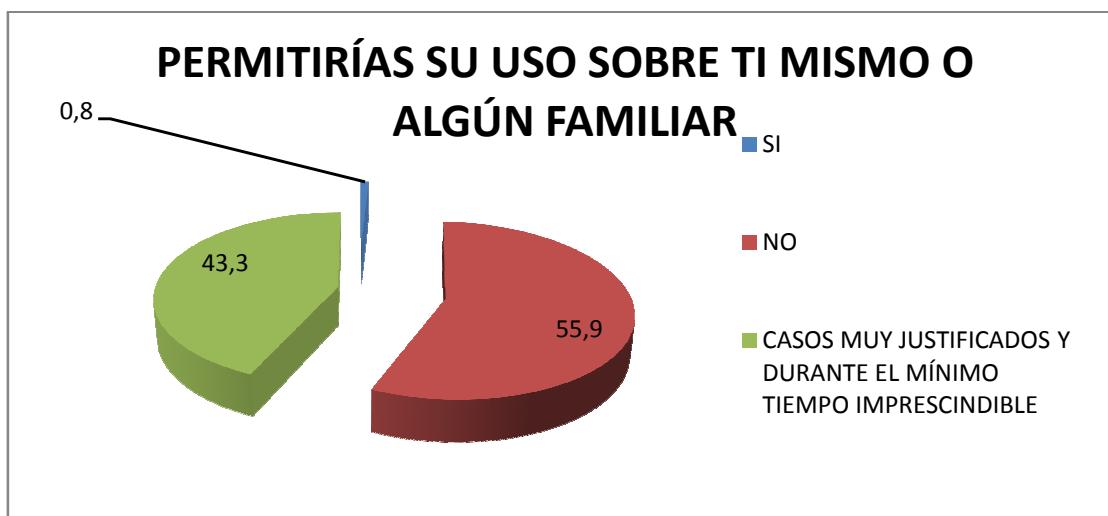
### OPINIÓN SOBRE EL USO DE SUJECIONES UNA VEZ ACABADA LA CHARLA (%)



En el cuestionario previo, un 30% de los participantes pensaban que las sujetaciones garantizaban la seguridad y dignidad de las personas dependientes. Una vez argumentadas las razones por las que consideramos que su uso es reprobable, un 89% de los participantes las ve de forma negativa.

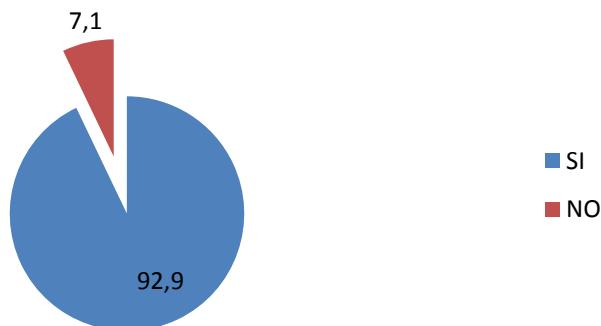
Es oportuno decir que el 4% de personas que seguían considerándolas positivas, manifestaron que sólo considerarían adecuado su uso en momentos muy puntuales y jamás como norma ni como una forma de cuidado habitual.

¿Permitirías o te parecería correcto que a ti o a alguien bajo tu responsabilidad se le aplicase una sujeción?



Respecto a esta cuestión, cabe decir que la mayoría de personas se negarían categóricamente a permitir el uso de una sujeción sobre ellos mismos o sobre personas bajo su responsabilidad dado que, según sus propias palabras, dudan que no hubiese alternativas válidas a la sujeción después de los ejemplos expuestos. El 43,3% que las permitirían, dejaron muy claro que sería tan solo en casos en los que se hubiesen agotado todas las alternativas, la integridad de la personas o de terceros se encontrase en grave peligro y que siempre sería con el compromiso de retirarlas en el mínimo tiempo posible.

Ahora que tienes más información sobre las sujetaciones, ¿crees que puedes ver su uso de una forma crítica y proponer alternativas para evitarlas?

**CREES QUE PUEDES PROPONER ALTERNATIVAS AL USO DE SUJECIONES (%)**

Como último dato, es gratificante observar cómo un 93% de los asistentes consideran que a partir de ahora serán capaces de tener una visión crítica sobre las sujeciones que puedan encontrar durante el ejercicio de sus profesiones, siendo capaces de valorar su conveniencia o la existencia de alternativas que permitirían eliminarlas; siempre continuando con una atención de calidad y que garantice el bienestar de las personas sin atentar contra su libertad y dignidad.

Nos resulta especialmente llamativo el hecho de que muchas personas ajenas al ámbito de la atención a la dependencia, tienen muy interiorizada la idea de que las sujeciones son algo bueno, un método de cuidado válido sin connotaciones negativas.

También hemos podido constatar durante las charlas que los profesionales que comienzan a trabajar o a realizar prácticas en centros que utilizan sujeciones, las perciben como una forma de cuidado sin llegar a cuestionarse su aplicación y normalizan la situación sin plantearse el conflicto ético que supone limitar la capacidad de movimiento y pensamiento de las personas atendidas.

Del mismo modo, aunque muchos de los alumnos que asistieron a las sesiones nos confirmaban que les chocó ver a personas sujetas y que veían de forma negativa que tuvieran que vivir en esa situación, tampoco se atrevían a cuestionar la forma de trabajo que desde los centros se les exigía llevar a cabo.

Evidentemente, mediante el diálogo y la exposición y resolución de dudas, preguntas y situaciones reales vividas por los alumnos, se llegó al consenso de que trabajar sin sujeciones es un cambio cultural importante, que exige tiempo y la toma de conciencia del problema por parte de todos. Usuarios, familiares, profesionales, instituciones y la propia administración han de tomar cartas en el asunto porque los cambios que se producen con la evolución de la sociedad siempre responden a la demanda de nuevas formas de atención, que respeten y potencien por encima de todo a la persona y atiendan su individualidad, dignidad y autonomía.

# CONTENCIONES

## ¿SOLUCIÓN O PROBLEMA?



Navarcles



Castellgalí



## ¿DE DÓNDE VENIMOS?

- Residencia de ancianos: lugar donde se cuida a la persona mayor hasta que fallece.



- NO TOMA DECISIONES SOBRE SU VIDA.
- SE LE PROPORCIONA TODO HECHO.
- NO SE LE PIDE CONSENTIMIENTO.



## ¿DÓNDE ESTAMOS O DEBERÍAMOS ESTAR?

Residencia: Lugar donde la persona mayor DESARROLLA SU VIDA durante un tiempo determinado (que puede ser hasta la muerte, o no).

- La persona dependiente es un **sujeto activo con capacidad de decisión**.

- Puede elegir, dentro de un abanico de posibilidades, cómo hacer su vida.
- Se potencian las CAPACIDADES.
- Se le ofrece un servicio y elige aquello que se ajusta a sus necesidades
- Si los profesionales que trabajan para ella creen que tiene una necesidad concreta y que se le puede ayudar, se le explica y se le ofrece, pero siempre es la persona quien tiene la última palabra.



¿ POR QUÉ SE PRODUCE ESTE CAMBIO?

AICP (Atención Integral Centrada en la Persona).

Se trata de reconocer a la persona como singular y única, fijando la mirada en sus capacidades y no en aquéllo que la hace dependiente, al tiempo que se apoya su autonomía y autodeterminación.

**DIGNIDAD** RELACIONES SOCIALES  
**ACTIVIDADES COTIDIANAS**  
**DERECHO A LA AUTONOMÍA** AMBIENTE FAVORECEDOR  
SERES CAMBIANTES  
**CAPACIDADES** SINGULARIDAD  
CONTROL DE LA  
PROPIA VIDA



¿QUÉ VEIS AQUÍ?



Se muestra esta imagen y se pregunta qué nos viene a la cabeza cuando la observamos. Prácticamente todos los asistentes ven una cosa, CARENCIAS, MINUSVALÍAS, AQUÉLLO QUE LA PERSONA NO PUEDE HACER.



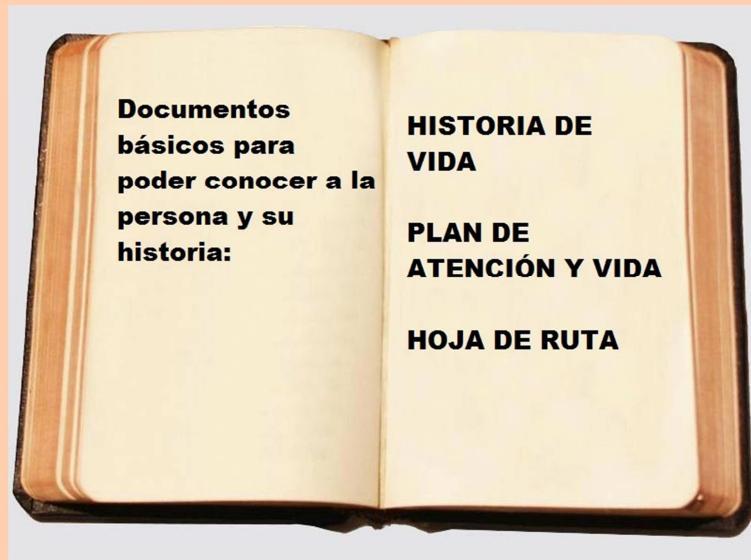
Una vez pasada la imagen anterior, la pregunta era: ¿alguien había visto esto al observar la imagen anterior?.

Esa persona, ahora dependiente para unas cosas aunque no para otras, en su día fue un bebé al que acunaron, un niño que tuvo que trabajar desde muy joven y que, con suerte, pudo estudiar mínimamente.

Esa persona se enamoró, se casó, tuvo sus propios hijos y trabajó para poder sacarlos adelante y hoy, con suerte, es el miembro de una familia compuesta por hijos y sus parejas, nietos e incluso bisnietos.

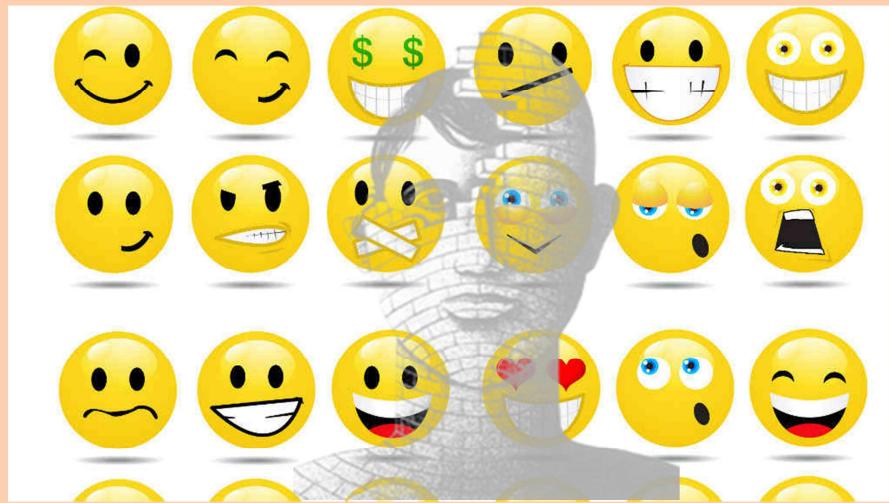
Esa persona tiene toda una historia detrás de ella que la ha convertido en quien es hoy.

## ¿CÓMO PODEMOS CONOCER A LA PERSONA?



Se explican los documentos que utilizamos en la residencia para poder conocer a la persona y se ponen ejemplos anecdoticos que nos hemos encontrado en el trabajo diario, como el caso del señor que no dormía por las noches y que había sido panadero durante toda su vida, por lo que era una persona acostumbrada a dormir poco y nunca de noche. Este ejemplo ilustra la importancia de conocer la historia de la vida de cada persona, ya que nos puede ayudar a comprender los comportamientos de la misma cuando ya no es capaz de expresar por qué hace las cosas que hace.

ESTOS DOCUMENTOS SON ABIERTOS Y CAMBIAN  
CONFORME CAMBIA LA PERSONA.



Los documentos siempre están abiertos y son susceptibles de introducir todos los cambios que se produzcan en las costumbres o necesidades de la persona.



VISTO ESTO, PODEMOS CONCLUIR QUE TODO AQUELLO QUE IMPIDE EL MOVIMIENTO, LA LIBERTAD DE ACTUACIÓN, DE EXPRESIÓN O, EN RESUMEN, ANULA O LIMITA LA VOLUNTAD DE LA PERSONA, VA **CONTRA SU DIGNIDAD.**



## ¿QUÉ SON LAS SUJECIONES FÍSICAS Y QUÍMICAS?



- Sujeción física: “Cualquier dispositivo, material o equipo aplicado a una persona, unido a ella o cerca de su cuero, que no puede ser controlado o retirado con facilidad por ella misma y que, deliberadamente, evita o intenta evitar la libertad de movimientos y/o el natural acceso a su cuerpo”.

○ *Adaptado de Rein Tideiksaar, Ph. D., President of Fall Prevent, LLC (2005) i Antonio Burgueño, Coordinador del Programa “Desatar al Anciano i al enfermo de Alzheimer de CEOMA”.*



○ Sujeción química: “Es el uso de fármacos, **fundamentalmente los que actúan a nivel del SNC**, que reducen la movilidad de la persona, de manera que se inhiben sus actividades, son el objetivo de controlar o manejar una conducta “no adecuada” o molesta, que no tiene base en un desorden psiquiátrico diagnosticado. Dicho de otra manera, es el uso de fármacos para manejar un problema para el cual existe un tratamiento mejor.



## ¿POR QUÉ NO ES ÉTICO UTILIZAR SUJECIONES FÍSICAS Y QUÍMICAS?

**CUANDO SUJETAMOS A UNA PERSONA,  
LA BALANZA NUNCA SE INCLINA EN SU  
FAVOR. CUALQUIER ACTUACIÓN DEBE  
BUSCAR SU BENEFICIO, NO EL DE LA  
ORGANIZACIÓN QUE LA ATIENDE.**



Las causas organizativas o “nuestra tranquilidad”, NUNCA pueden ser una excusa para poner o mantener una sujeción.

Siempre es la persona atendida y sus intereses los que han de prevalecer por encima de cualquier otra circunstancia.

PREVALENCIA DE CONTENCIOS EN EL ÁMBITO SOCIAL Y SANITARIO:  
COMPARATIVA PAÍSES DESARROLLADOS (2012)

ESPAÑA: 40%

SUIZA-DINAMARCA-ISLANDIA-JAPÓN: 10%

EEUU: 1991> 21%            2007> 5%

NADIE ESCOGERÁ SER SUJETADO O DROGADO "POR SU SEGURIDAD" SI SE LE DA UNA ALTERNATIVA MEJOR!.

Consideraciones éticas y jurídicas sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario.  
[www.comitedebioetica.es](http://www.comitedebioetica.es)

Explicando esta diapositiva, dejamos claro que España parece estar tristemente a la cabeza de los países desarrollados en cuanto al uso de sujeciones. Explicamos en caso de EEUU, donde el número de sujeciones bajó drásticamente en relativamente poco tiempo, debido al movimiento ciudadano y a la creación de elementos burocráticos que obligaban a justificar detalladamente los motivos por los que se aplicaba una sujeción.

- EN CUALQUIER CASO, SI LA PERSONA POR SU ESTADO FÍSICO O COGNITIVO, NO ES CAPAZ DE VELAR POR SU PROPIA INTEGRIDAD, SOMOS NOSOTROS COMO CUIDADORES LOS QUE HEMOS DE ENCONTRAR LOS MEDIOS Y/O ESTRATEGIAS PARA MANTENER A LA PERSONA SEGURA EN EL ESPACIO EN QUE DESARROLLA SU VIDA.



## ¿QUÉ ATAMOS CUANDO ATAMOS?

PERSONAS ÚNICAS, CON UNOS SENTIMIENTOS Y UNA HISTORIA DE VIDA QUE LAS HACE  
DIFERENTES DE CUALQUIER OTRA.



No se sujeta un cuerpo, se sujeta una persona en el amplio sentido de la palabra.

## ¿QUE COMPORTA SUJETAR A UNA PERSONA?

- DEPENDENCIA.
- ANULACIÓN.
- SENSACIÓN DE CASTIGO:
  - ¿Por qué me atas?
  - ¿Qué he hecho yo?



Sujetar a alguien supone enfrentarte a su mirada, a su incomprendión y a sus preguntas. Se explica un caso ocurrido hace años en una de nuestras residencias en el que un señor al que se le tuvo que sujetar por imposición de la familia nos preguntaba: ¿Por qué me atas, si yo no soy un perro?. Una frase estremecedora que remueve los sentimientos de cualquier persona que trabaje en el sector.

EN MUCHAS RESIDENCIAS SE UTILIZAN BARANDAS EN LA CAMA DE MANERA HABITUAL. ¿SON UNA SUJECIÓN FÍSICA?



DEPENDE DE LA FINALIDAD QUE BUSQUEMOS



Las barandas son una sujeción si la finalidad que se busca al aplicarlas es impedir que la persona salga de la cama.



ESTAS DOS PERSONAS ENCONTRARON LA MUERTE CUANDO TRATABAN DE SALIR DE SU CAMA, POSIBLEMENTE PORQUE QUERÍAN IR AL BAÑO O PORQUE NO PODÍAN DORMIR.

DE NO HABERSE ENCONTRADO ATADAS, LAS HABRÍAN ENCONTRADO CAMINANDO POR LA HABITACIÓN O EL PASILLO Y SEGURAMENTE NO LES HABRÍA PASADO NADA GRAVE.



"Publicado con permiso. Fuente original: Quintero-Uribe LC, Blanco-Arriola L, Zarrabeitia MT. Muertes provocadas por cinturones de contención en ancianos encamados. Rev Esp Med Legal. 2012;38(1):28-31.  
Copyright © 2011 Asociación Nacional de Médicos Forenses. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados."

Estas imágenes, aunque duras, representan el lado más oscuro de las sujeciones, consecuencias que se producen y no se pueden obviar y por ello nos atrevemos a mostrarlas en las sesiones. Incluso los alumnos más reticentes a admitir que las sujeciones pueden ser peligrosas además de inhumanas, se estremecen cuando ven que estas personas perdieron la vida cuando simplemente querían salir de sus camas.

## EXPERIENCIA REAL

- Sr. de 88 años.
- Deterioro cognitivo. Fuerte carácter.
- Convaleciente de ingreso hospitalario de 15 días por pneumonía.
- No quieren volver a la residencia donde estuvo previo al ingreso. Allí le tenían sujeto las 24h.
- UPP en talones y dedos, cadera, sacro, omóplatos y oreja.
- La familia NO QUIERE contención. Antes de la última residencia, había estado en otra donde no estaba atado. Se había caído alguna vez, pero sin ninguna consecuencia.
- El señor, una vez en nuestra residencia, se cae de la cama por el lado derecho en dos ocasiones.



¿Qué hacemos?



Esta diapositiva explica una experiencia real que se expone ampliada y que muestra al alumno la importancia de conocer a la persona y sus costumbres para poder atenderla cuando se encuentra en situación de dependencia; para comprender que nadie hace nada gratuitamente y que nuestras conductas siempre tienen una base que se puede encontrar conociéndonos en profundidad.

En la siguiente imagen se resuelve el caso.

Hablando con la familia del problema y exponiéndoles la situación, se llegó a una conclusión:

Este señor **buscaba a su esposa**, quién dormía en el lado derecho de la cama y **a quién se abrazaba** todas las noches durante el sueño.

Se probó a ponerle una almohada, pero la abrazaba tan fuerte que se temió que pudiera asfixiarse.

Finalmente, bastó con subirle la baranda de ese lado; el residente se cogía a la baranda y durmió plácidamente sin volver a sufrir ningún accidente hasta que, pocos días más tarde, falleció.

He aquí la gran importancia de **conocer la historia de vida y las costumbres** de las personas para poder ayudarlas cuando ellas ya no pueden explicar lo que les ocurre.



## SUJECIONES Y CAÍDAS

Estudios\* demuestran que en los centros libres de sujetaciones NO se producen más caídas que en los centros que sí las utilizan.

Nuestra experiencia dice lo contrario, las caídas aumentan mucho, pero las lesiones son menos graves.



\*Realidades y mitos en la eliminación de sujetaciones.

Sociedad y Utopía. Revista de ciencias sociales, nº41. Mayo de 2013 (pp. 283-298)

Fecha entrada: 10-04-2013/ISSN: 2254-724X



Aunque las estadísticas dicen lo contrario, nosotros no tenemos nada que ocultar y decimos claramente que desde que trabajamos sin sujetaciones el número de caídas ha aumentado y no precisamente poco.

Del mismo modo nos encontramos en disposición de decir que las consecuencias de dichas caídas son mucho más leves que cuando las personas se encontraban sujetas y/o sobremedicadas.

¿POR QUÉ PENSÁIS QUE, SI LA GENTE  
SE CAE CON MÁS FRECUENCIA, NO  
SE HACE TANTO DAÑO?





EL HECHO DE PODER MOVERSE CON LIBERTAD, AUNQUE SEA CON DIFICULTAD, AYUDA A MANTENER LA FUERZA Y A EJERCITAR EL EQUILIBRIO, LA COORDINACIÓN Y LOS REFLEJOS DE MANERA NATURAL.



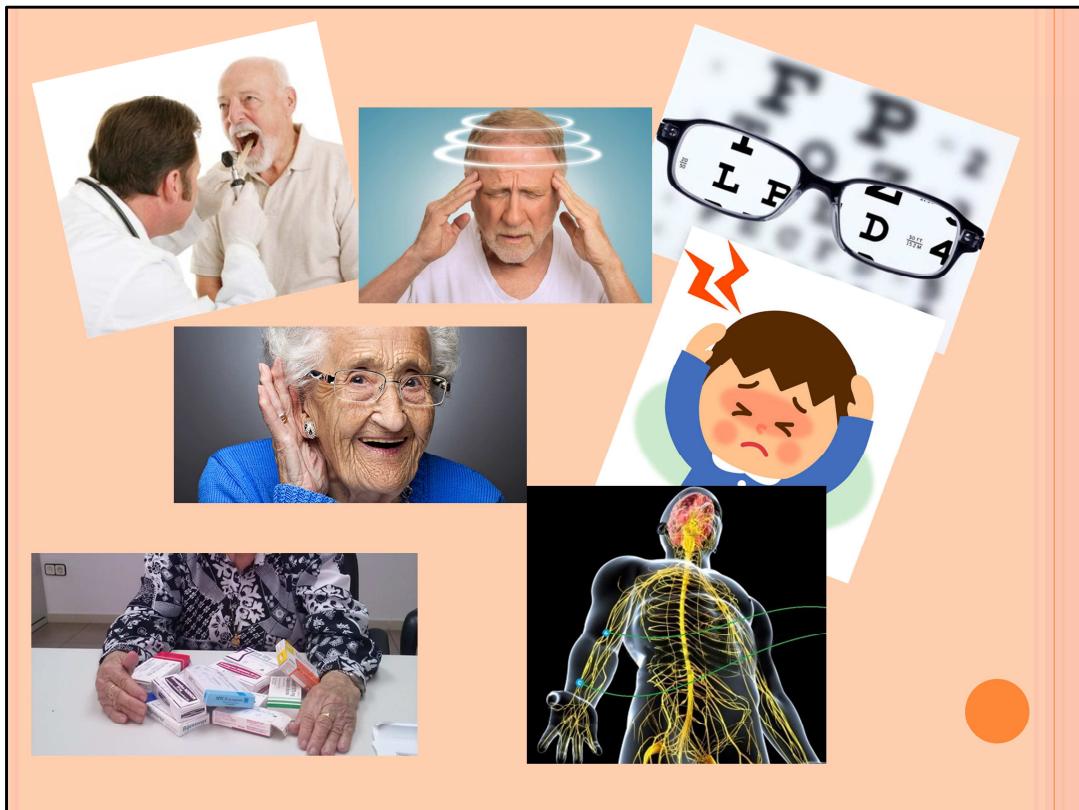
El movimiento es vida. Una persona que puede moverse libremente, tiene las estrategias naturales para evitar caer y, en caso de accidente, cuenta con los recursos físicos necesarios para evitar hacerse daño o hacerse el mínimo daño posible.

Y ENTonces, SI SE EJERCITAN  
TANTO, ¿POR QUÉ SE CAEN?



EXISTEN DIFERENTES FACTORES, PROPIOS DEL ENVEJECIMIENTO NATURAL, QUE FACILITAN QUE SE PUEDAN PRODUCIR CAÍDAS EN LAS PERSONAS MAYORES.





Enfermedades agudas, estados de confusión, disminución de reflejos, una vista y oído menos agudos, mareos y efectos secundarios de la medicación necesaria para mantener las posibles patología controladas, son factores que predisponen a la persona a sufrir caídas.

¿QUÉ QUEREMOS DECIR CON ESTO?

Es inevitable que las personas, DE CUALQUIER EDAD, se caigan en algún momento.

**Cada día, en España mueren 4 personas de todas las edades como consecuencia de una caída, haciendo actividades de la vida cotidiana o de ocio.**



PERO SI NOSOTROS NO DEJAMOS DE VIVIR Y DE HACER COSAS POR  
MIEDO A CAERNOS O SUFRIR UN ACCIDENTE. ¿POR QUÉ HEMOS DE  
PROHIBIR A LAS PERSONAS MAYORES O DEPENDIENTES QUE  
PUEDAN VIVIR **SU VIDA?**



NOSOTROS, AÑOS ATRÁS, TAMBIÉN  
UTILIZÁBAMOS SUJECIONES.



CAIDA = MALA PRAXIS



## ¿POR QUÉ MOTIVO LO HACÍAMOS?

- Proteger.
- Como “buena praxis”.
- Criterios adecuados.
- De por vida.



Como el resto de centros y profesionales, nunca tuvimos la intención de dañar a nadie. Las sujeciones se aplicaban para proteger a los usuarios, con unos criterios que en aquellos momentos eran los adecuados. En una época en la que el hecho de que un residente sufriera una caída se veía como una atención profesional deficiente.

## ¿POR QUÉ COMENZAMOS A RETIRARLAS?

Nunca nos habíamos planteado que tener a las personas sujetas fuese algo malo.

Lo hacíamos para hacerles un bien, para protegerlas, ¡para cuidarlas!

En el año 2006, durante una inspección, nos dijeron que teníamos que eliminar sujeciones, que las personas no podían continuar atadas.

De modo que nuestro movimiento para eliminar sujeciones no comenzó como una **filosofía**, si no como una **obligación**.



## Y ¿QUÉ HICIMOS PARA COMENZAR?



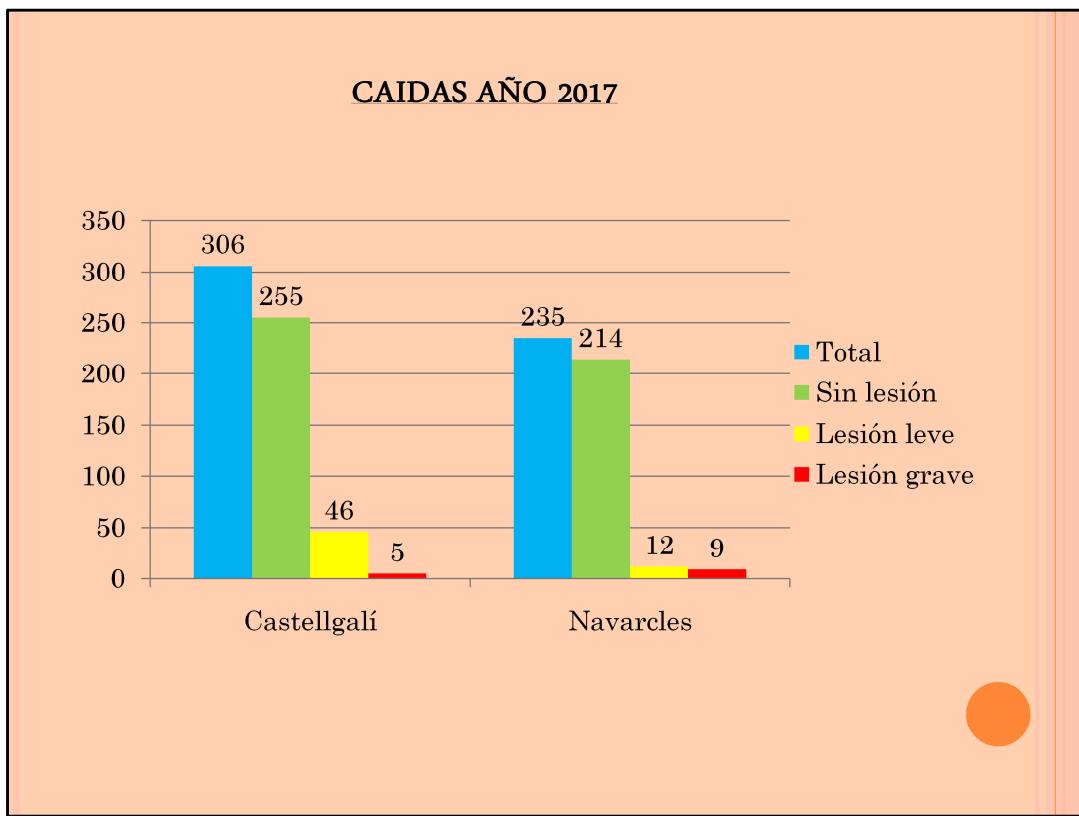
- CEOMA Y CUIDADOS DIGNOS.
- Ana Urrutia, doctora geriatra e impulsora del método libera-ger/libera-care para la eliminación de sujeciones.

Se contactó con CEOMA y con Cuidados Dignos. Ana Urrutia fue la primera persona en responder y se estableció una relación profesional con ella. Fueron horas de conversaciones telefónicas las que se tuvieron con ella y mucho lo aprendido de su profesionalidad y experiencia.

## ¿QUÉ PROBLEMAS NOS ENCONTRAMOS?

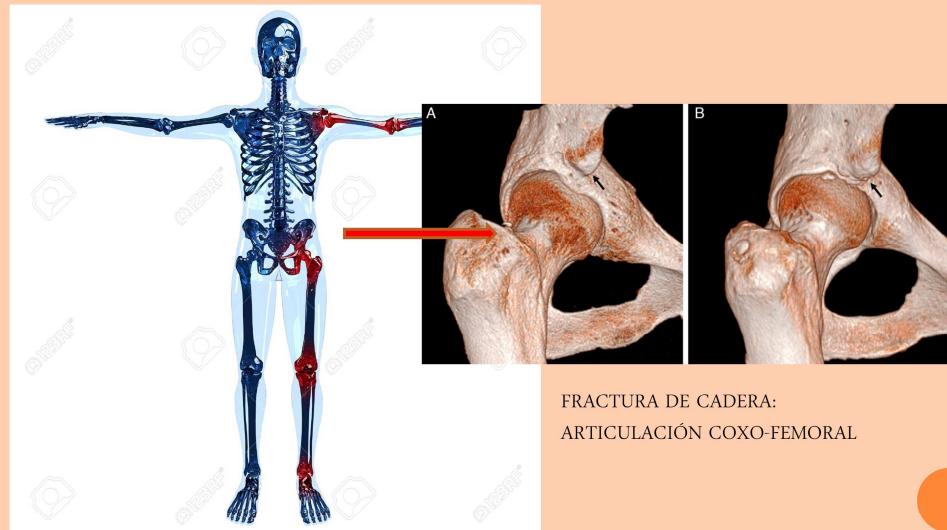
- ❑ FAMILIAS –miedo a las caídas–
- ❑ TRABAJADORES –miedo al cambio–





El número total de caídas puede parecer exagerado, pero hemos de tener en cuenta que se registran absolutamente todos los accidentes, sea cual sea la situación en que se producen. Muchas de esas caídas son controladas por la propia persona o por los profesionales que las atienden y el riesgo de lesión es casi inexistente, pero aún así se toma nota para poder estudiar los factores que han facilitado que se produzcan y así poder poner los medios necesarios para evitarlas o minimizar el riesgo.

## QUÉ TIPO DE LESIÓN GRAVE ES LA MÁS HABITUAL?



Fractura de cadera en mujeres de más de 75 años, con osteoporosis avanzada, pluripatológicas y con un consumo variado de fármacos. Epidemiológicamente, estas fracturas son habituales en la población descrita.

PERFIL DE LA PERSONA:

MUJER >80 AÑOS. OSTEOPOROSIS AVANZADA.



TAMBIÉN ES HABITUAL LA FRACTURA DE COLLES, QUE NO ES TAN GRAVE EN CUANTO A MORBI-MOTALIDAD, PERO QUE ES MUY INVALIDANTE YA QUE ACOSTUMBRA A DEJAR SECUELAS FUNCIONALES.



SI QUEREMOS EVITAR QUE LA GENTE SE HAGA DAÑO  
CUANDO SE CAE, HEMOS DE TENER CUANTA MÁS  
INFORMACION, ¡MEJOR!  
¿CÓMO LO HACEMOS?



ADEMÁS DE LA IMPORTANCIA DE CONOCER A LA PERSONA, PODEMOS UTILIZAR HERRAMIENTAS QUE NOS AYUDAN A TENER DATOS DE LAS CAÍDAS.

NOM I COGNOMS:		CAÍDA	NO CAIGUDA	AGRESSIÓ	verbal	física
Dades generals (a emplenar per l'equip d'auxiliars)		DATA	HORA	LLLOC		
DARRERA INGESTA		ESMORZAR	DINAR	BERENAR	SOPAR	RESOPÓ
CONDUCTA		(Qué estava sent/volía fer la persona o qué ha passat.				
		<input type="checkbox"/> Alvecar-se del llit <input type="checkbox"/> Cadirar <input type="checkbox"/> Cadira de rodes <input type="checkbox"/> Terra moll <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Caminant <input type="checkbox"/> Ajupint-se <input type="checkbox"/> Seient <input type="checkbox"/> Anar WC <input type="checkbox"/> Altres -explicar- <input type="checkbox"/> Explicar qué ha passat:				
TESTIMONIS (treballadors)		Qui atén?				
TESTIMONIS (residents/visites):						
MESURES PREVENTIVES		(a emplenar per la persona que veu o atén la caiguda).				
FACTORS DE RISC EXTRÍNSECOS I INTRÍNSECOS QUE HAN INFILUT AMB LA CAIGUDA						
DISFUNCIO EELI		MALALTIA AGUDA				
DETERIORAMENT VISIÓ		REAGUDITZACIÓ MALALTIA CRÒNICA				
DISFUNCIO DE LA MUSCULA						
ESTRUCTURA FÍSICA I FUNCIONAL						
US DE DETERMINATS FARMACIS						
US DISPOSITUS PER LA DEAMBULACIÓ						
TERRA LUSCANT						
ILLUMINACIÓ INADEQUADA						
CADIRA DE RODES NO FRENADA						
CALÇAT INADEQUAT						
1 <sup>a</sup> SETMANA D'ESTADA AL CENTRE						
ENTRAR O SORTIR DEL LLIT						

¡Medidas preventivas!

**¿Qué ha pasado?**  
**¿Dónde? ¿Cómo?**  
**¿Qué estaba haciendo?**  
**¿Le había pasado antes?**  
**¿Qué podemos hacer?**

HORA	DORM.	MOLL/BRUT	CONDUCTA	ATEN.	
21					
22					
23					
0					
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

Es important passar per l'habitació tant sovint com sigui possible. En cas que la persona estigui deserta, és important anotar tants detalls de la situació i l'entorn com s'identifiquin. Per exemple: si hi ha algun soroll no habitual que la pugui destorbar, llum, fred, calor,etc.

FO-PT2.3\_1-4-02 Registre conducta Dia-Nit

¿Como controlar el número de caídas o las conductas disruptivas?

Registrando todas las caídas con detalle es básico para conocer los factores que las producen o facilitan y poder poner los medios necesarios para controlarlos. Realizando un registro de conducta que abarque las 24h del día en nuevos residentes o en residentes que presenten nuevas conductas susceptibles de ponerles en peligro.

## FÁRMACOS Y CAÍDAS

- **ELIMINAR FÁRMACOS “SI PRECISA”.**



- **PRESCRIBIR LA DOSIS MÍNIMA**

TERAPÉUTICA.

- **QUITAR TODOS AQUELLOS QUE NO SON IMPRESCINDIBLES.**



¿QUÉ SE NECESITA PARA DEJAR DE UTILIZAR  
SUJECIONES?





SUPERACIÓN  
¡GANAS!

Motivación

Empatía

Implicación

Trabajo en equipo



Es un cambio cultural en toda regla. Como todos los cambios, genera inquietud y, por ese motivo, es importante conocer el punto del que partimos antes de empezar.

Y UNA VEZ ESTAMOS LISTOS PARA EMPEZAR, ¿QUÉ  
PODEMOS HACER PARA AUMENTAR LA SEGURIDAD DE  
LAS PERSONAS QUE ATENDEMOS?





## PLAN DE REHABILITACIÓN FÍSICA

- Marcha
- Potenciación muscular
- Equilibrio
- Coordinación

EL DÍA A DÍA NOS PERMITE HACER LA MEJOR REHABILITACIÓN. SE POTENCIA EL MOVIMIENTO PARA TODAS LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.



TALLERES SIGNIFICATIVOS:  
ESTIMULACIÓN COGNITIVA Y OCIO



Talleres con una finalidad, actividades conocidas como la cocina, la costura, la música, ir al mercado, los juegos de mesa o paseos por el parque, mantienen a la persona estimulada, activa y consciente de que lo que hace es útil, además de agradable.

## SEGURIDAD SIN CONTENCIÓN



Ponemos en práctica los recursos que los años y la experiencia nos han demostrado que funcionan:

Sillas bajas, balancines, pufs, sensores de presencia, alfombrillas antideslizantes, poner a la persona ante una mesa con actividades que la mantengan ocupada y entretenida y saber, fruto del trato con las personas como “jugar” con todos ellos para maximizar su seguridad.

## NOCHE: SEGURIDAD SIN SUJECIÓN

### VENTAJAS:

- La persona se puede mover libremente, pero no se puede levantar con facilidad.
- No es necesaria la sujeción.

### INCONVENIENTES:

- Es necesaria la grúa o dos personas para levantar a la persona.
- Si lleva pañal, el cambio se ha de hacer de rodillas.
- Hay que aumentar la frecuencia de supervisión para evitar que la persona pueda salir del colchón y permanecer en el suelo, con el riesgo de enfriarse. Este peligro se limita si existe calefacción por suelo radiante.



Esta opción se utiliza cuando la persona tiene una gran movilidad, pero es necesario evitar la deambulación no controlada – intervenciones quirúrgicas recientes, convalecencias, etc-. Se mantiene a la persona durmiendo con el colchón sobre el suelo durante el mínimo tiempo imprescindible.



Eliminar una contención existente sin más, sería un acto de irresponsabilidad y podría poner a la persona en peligro. Por ese motivo, cuando un residente tiene riesgo de sufrir caídas y aún no conocemos sus costumbres, podemos utilizar las camas que alcanzan una altura mínima de 30cm para que, si quiere levantarse, necesite ayuda.

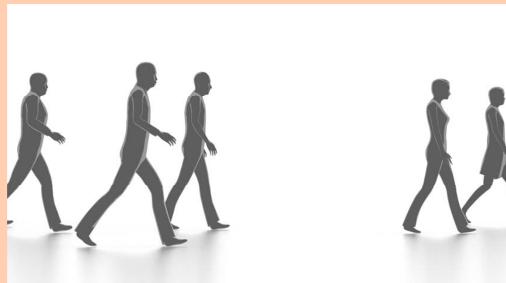
Durante los primeros días, se aumenta la frecuencia de supervisión nocturna.

Si, evitar que la persona se levante y pueda caerse se vuelve un hecho imprescindible y comprobamos que la cama a mínima altura es insuficiente, nos reunimos y valoramos si es necesario poner directamente el colchón sobre el suelo. Esto, que estéticamente puede chocar, no produce ningún daño y una vez más, evita la sujeción.

## CONDUCTA DE VAGABUNDEO

Caminar:

- Ayuda a quemar energía.
- Evita el aburrimiento.
- Aporta sensación de independencia



ESPACIOS SEGUROS.

¿Por qué impedir que una persona camine “sin rumbo”?

Caminar la mantendrá fuerte, alerta y distraída.

Es nuestra obligación proveer a la persona de espacios seguros, en los que pueda caminar con tranquilidad.

## COM AUMENTAR LA POSIBILIDAD DE ÉXITO?

- Retirada progresiva.
- Casos “fáciles” = ¡Experiencia!.
- Trabajo con las familias.
- Comunicación y trabajo en equipo.



*“És més fàcil continuar caminant,  
quan entre els núvols es comença a veure el sol”*



**¿Y QUÉ NOS ENCONTRAMOS CUANDO TRABAJAMOS CON PERSONAS  
QUE PUEDEN MOVERSE Y DECIDIR LIBREMENTE?**

## **¡PERSONAS!**

**ni más, ni menos**

Personas que nos hablan, caminan, se quejan, agradecen, lloran, ríen y se interesan por aquello que les rodea.

PERSONAS que aún conservan interés por las cosas y ¡ganas de vivir!



## **¿Vale la pena?**



Si pensáis que sí, que vale la pena, vosotros como **profesionales del futuro**,

¡PODÉIS CAMBIAR LAS COSAS!

EN IBADA Y MUCHOS OTROS CENTROS, TRABAJAMOS SIN

SUJECIONES, DE MANERA QUE

¡SE PUEDE HACER!



**¡MUCHAS  
GRACIAS!**



**ESTADO GENERAL PREVIO AL QUE PROVOC A LA NECESIDAD DE ACUDIR A URGENCIAS:**

<b><u>VESTIDO</u></b>	<b><u>ALIMENTACIÓN</u></b>
Se viste solo [ ]	Autónomo [ ]
Necesita ayuda [ ]	Necesita ayuda [ ]
No puede hacerlo [ ]	No puede hacerlo [ ]
<b><u>LENGUAJE</u></b>	<b><u>DEAMBULACIÓN</u></b>
Puede mantener una conversación [ ]	Puede caminar solo, o bastón/caminador [ ]
Puede comunicarse mediante frases cortas o palabras sencillas [ ]	Necesita caminar acompañado de alguien [ ]
Incapaz de comunicarse [ ]	No puede hacerlo [ ]
<b><u>HIPERACTIVIDAD</u></b>	<b><u>ESFÍNTERES</u></b>
No presenta episodios de agitación [ ]	Controla esfínteres [ ]
Episodios ocasionales de agitación [ ]	Incontinencia ocasional, vesical o rectal [ ]
	Incontinencia frecuente [ ]
<b><u>BIPEDESTACIÓN</u></b>	<b><u>MEMORIA</u></b>
Puede levantarse solo [ ]	Buena memoria reciente [ ]
Necesita ayuda para levantarse [ ]	Le cuesta recordar [ ]
No puede hacerlo solo [ ]	No reconoce [ ]
<b><u>ORIENTACIÓN</u></b>	<b><u>NEUROLÉPTICOS</u></b>
Buena en tiempo y espacio [ ]	No precisa neurolépticos ni sedantes [ ]
Desorientado en tiempo pero no en espacio [ ]	Consumo ocasional de neurolépticos o uso de hipnóticos de forma regular [ ]
Desorientado en tiempo y espacio [ ]	Uso de neurol. más de una vez a la semana [ ]

**OTROS DATOS DE INTERÉS**

Existe documento de voluntades anticipadas : [ ] sí [ ] No

**INFORMACIÓN RELEVANTE SOBRE EL PACIENTE:**

En este apartado se escribirían cuatro líneas de las características más relevantes de la persona. Aquéllas cosas que se han de saber para poder tratarla como ella necesita para sentirse tranquila y segura.



**QUÈ ÉS UNA CONTENCIÓ?** És un mitjà físic (cinturó, canelleres, cingles, etc.) o químic (medicaments) que impedeix a la persona moure's i/o actuar lliurement segons els seus propis desitjos.

**LES CAIGUDES I LA GENT GRAN** Segons les estadístiques, les persones majors de 65 anys pateixen una caiguda a l'any i amb l'edat solen augmentar. La primera reacció sol ser lligar-los per tal que no es torni a repetir. Aquesta opció, però, no té en compte la seva persona, la seva dignitat i la seva llibertat d'actuació.

#### **COM HO VIU ELL?**

"Vull aixecar-me i caminar però no em deixen."  
"Vull tirar el cos endavant per posar-me bé la mitja i no puc."  
"Em pica el nas. Vull gratar-me però tinc les mans lligades."

#### **QUÈ ES POT FER PER MINIMITZAR EL RISC DE CAURE?**

Oferim poder fer activitat física regular, guiada per fisioterapeutes.

Fem deambulacions i passejades curtes i freqüents.

Revisem sistemàticament l'estat de salut de la persona per controlar els problemes o les patologies que es presentin.

Posem a disposició espais segurs per moure's i caminar, vetllant per la persona segons les seves necessitats.

Adaptem l'espai: llits baixos, espais amples i lliures d'obstacles, ajuts tècnics, etc.



**ibada** institució benèfica amics dels avis

creueta 51 - 08270 Navarcles - T. 93 831 00 37 F. 93 831 06 60  
jacint verdaguer 24 - 08297 Castellgalí - T. 93 115 87 87 F. 93 516 70 22  
ibada@ibada.cat - www.ibada.cat



**CONTENCIÓNS** físiques i químiques  
SOLUCIÓ o PROBLEMA?

**ibada**

## PER QUÈ VOLEM LA/UNA CONTENCIÓ PEL NOSTRE FAMILIAR?

Ens l'estimem i no volem que torni a caure i fer-se mal. Aleshores busquem solucions i ens justifiquem d'aquesta manera:

**AIXÍ NO CAURÀ.** Els estudis diuen que les persones amb subjeccions físiques tenen el mateix o més risc de caure que aquelles que no en tenen.

**ÉS MILLOR PER ELL.** La manca de moviment afebleix la persona i cada cop és més dependent. Les conseqüències d'una caiguda són més greus.

**NO FA MAL.** Les subjeccions tenen molts efectes adversos: canvis en el comportament, restrenyiment, pànic, pèrdua de la gana, etc. Fins i tot es pot fer mal intentant treure-se-la o moure's. Això, en molts casos, produeix fractures, ferides i fins i tot la mort.

**NO SE N'ADONEN.** Sigui quin sigui el seu estat cognitiu, les persones són perfectament conscients de la subjecció. Això provoca un estat d'agitació, vulnerabilitat psicològica i depressió.

**SÓN PER CUIDAR LA PERSONA.** No són un element de seguretat ni una eina de cura. Es pot cuidar sense contencions.

**LA CONTENCIÓ POSA UN MUR A LA SEVA VIDA. HI HA ALTRES CAMINS.**

**ibada**

## QUINA ÉS LA SOLUCIÓ?

La seguretat absoluta no es pot garantir, sigui quin sigui el nivell d'autonomia. És per això que hem d'arribar a un punt d'equilibri entre la seguretat de la persona i el respecte als seus drets, tenint en compte el principi d'autonomia del qual tothom ha de gaudir.

Quan decidim contenir al nostre familiar, impedint que actuï lliurement a l'espai on viu, estem vulnerant la seva autonomia.

**TENIM DRET A DECIDIR QUE UNA PERSONA PASSI LLIGADA LA RESTA DE LA SEVA VIDA PER LA NOSTRA TRANQUIL·LITAT?**

**SEGURAMENT NO CAURÀ, PERÒ AMB QUIN NIVELL DE QUALITAT DE VIDA?**

### LA RESTRICCIÓ, UNA SOLUCIÓ

Fem servir les restriccions per donar una major seguretat a les persones amb un alt risc de patir caigudes.

**UNA RESTRICCIÓ ÉS UN MITjà QUE S'UTILITZA PER LIMITAR LA CAPACITAT DE MOVIMENT, PERÒ NO L'IMPEDEIX.**

A diferència de les contencions, les restriccions ens permeten "lluitar" i esforçar-nos per aconseguir allò que volem, sense impedir-ho.

Un exemple és el seient basculant, que inclina la persona enrere. Es fan servir en casos amb un alt risc de caiguda, ja que dificulta que s'aixequin soles. A més, la persona s'enforteix mentre ho prova.

**LA SENSACIÓ DEL "NO PUC PERQUÈ ESTIC LLIGAT" A LA SENSACIÓ DE "OSTRES, COM EM COSTA", ÉS MOLT DIFERENT.**

**NO SOBREPROTEGEIXIS,  
PERMET VIURE EN LLIBERTAT.**

