

VII CONGRESO NACIONAL DE ORGANIZACIONES DE MAYORES: Discriminación por edad

II. MESA REDONDA: Presentación de conclusiones del Proyecto “Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer”: El uso de medidas alternativas a las sujeciones

Conferencia: Sujeciones físicas y maltrato de personas mayores

Definición de sujeción

Me gustaría empezar delimitando qué son las sujeciones. Si buscamos la palabra sujeción en un diccionario encontraremos tres acepciones:

1. Fijación o sustentación de algo.
2. Lo que se usa para sujetar.
3. Contención, dominación o dependencia.

Tipos de sujeciones

Hay diversos métodos que se utilizan para “sujetar o contener” a las personas. Los principales son:

- Restricción física individual del movimiento.
- Restricción a la circulación libre dentro y fuera del edificio.
- Control químico sobre la conducta (uso de medicamentos).
- Supervisión y observación no consentidas.
- Control no consentido de la economía del mayor.

Definición de sujeción física

A lo largo de esta ponencia voy a centrarme específicamente en las **sujeciones físicas**, puesto que son las que se han investigado en el estudio que hoy exponemos.

La definición de sujeción física es la siguiente:

Cualquier método manual o físico, instrumento mecánico, material o equipamiento adjunto al cuerpo del paciente, que éste no pueda retirar fácilmente y que restringe la libertad de movimientos o el normal acceso a cualquier parte de su cuerpo (Neufeld, R., 1995)

Las restricciones físicas pueden agruparse en dos:

- **Dispositivos limitantes.** Como ejemplos encontramos las barras laterales en cama —completas o parciales, uni o bilaterales—, los chalecos, cinturones, correas, muñequeras, tobilleras, sábanas anudadas, entablillados para evitar la flexión de extremidades, sacos de contención, etc.
- **Procedimientos limitantes,** entendido como cualquier procedimiento que el cuidador utiliza con la intención de restringir el área de movimiento del mayor (no se usarían dispositivos específicos pero se adecuan los recursos habituales para conseguir ese objetivo. Algunos ejemplos son el uso de mobiliario inadecuado —cama demasiado baja o alta, sillones geriátricos cerrados, asientos demasiado bajos o altos, aproximación extrema de la silla a la mesa—, el alejamiento o eliminación intencionada de timbres de llamada, el bloqueo de la salida mediante sillas y el uso de cerrojos.

Factores de riesgo

Los factores de riesgo son características —personales, familiares, escolares, sociales o culturales— cuya presencia hace que aumente la probabilidad de que se produzca un fenómeno determinado.

En la literatura se han identificado diversos factores de riesgo para ser sometido a sujeciones físicas. Los principales son los que aparecen en la diapositiva:

- Deterioro cognitivo
- Deterioro funcional físico
- Ser mujer
- Edad avanzada
- Conducta inapropiada
- Riesgo de caídas
- Uso de medicamentos tranquilizantes
- Pobreza
- Desarraigo familiar
- Necesidad de cuidados médicos instrumentales

Como veremos cuando se expongan los resultados del estudio de CEOMA, efectivamente algunos de estos factores aumentan la probabilidad de que las personas mayores sufran restricciones físicas.

Las sujeciones físicas como maltrato

Las restricciones físicas usadas de una forma irracional se han de contemplar como parte del fenómeno del maltrato al mayor. Esta es una cuestión en la que concuerdan la gran mayoría de expertos. La pregunta ahora es: Cuando nos encontramos ante este problema, ¿de qué tipo de maltrato estamos hablando? En este asunto ya no hay un acuerdo tan manifiesto, de modo que ciertos autores consideran que se trata de un maltrato físico, mientras que otros defienden que se trata de una negligencia.

En primer lugar decir que el Centro Reina Sofía entiende el maltrato de mayores como:

Cualquier acción no accidental que dañe o pueda dañar a una persona mayor; o, cualquier omisión que prive a un anciano de la atención necesaria para su bienestar, así como cualquier violación de sus derechos.

El Centro Reina Sofía establece cinco tipos de maltrato de personas mayores: maltrato físico, maltrato emocional, abuso sexual, abuso económico y negligencia.

1. El **maltrato físico** es toda acción voluntariamente realizada que provoque o pueda provocar daño o lesiones físicas en la persona mayor. Algunos **ejemplos** de este tipo de maltrato son: golpear, abofetear, quemar, empujar, zarandear, etc. Y las **consecuencias** más frecuentes son arañazos, heridas, contusiones, marcas, moraduras, fracturas, luxaciones, abrasiones, quemaduras y pérdida de cabello.
2. El **maltrato emocional** es toda acción, habitualmente de carácter verbal, o actitud que provoque o pueda provocar daño psicológico a la persona mayor. Algunos **ejemplos** son rechazar, insultar, aterrorizar, aislar, gritar, culpabilizar, humillar, intimidar, amenazar, imponer situaciones de aislamiento, ignorar y privar de sentimientos de amor, afecto y seguridad. Las principales **consecuencias** son depresión, ansiedad, desesperanza, trastornos del sueño, pérdida de apetito, miedo, confusión y tristeza.
3. El **abuso sexual** es cualquier contacto sexual no deseado en el que una persona mayor es utilizada como medio para obtener estimulación o gratificación sexual.

Algunos **ejemplos** son tocamientos o besos; introducción oral, anal o vaginal de objetos, dedos o pene; acoso sexual; y obligar a la persona a realizar actos sexuales al agresor o a ver material pornográfico. Entre las **consecuencias** en la víctima podemos encontrar traumas en genitales, pechos, boca y zona anal; enfermedades de transmisión sexual y marcas de mordiscos.

4. El **abuso económico** o financiero consiste en la utilización ilegal o no autorizada de los recursos económicos o de las propiedades de una persona mayor. Incluye la apropiación, aprovechamiento o mal uso de las propiedades o dinero del anciano, la falsificación de su firma y la coacción para obligarle a firmar documentos (contratos o testamentos). Las principales **consecuencias** son incapacidad para pagar facturas, falta de servicios, desahucio y deterioro del nivel de vida.
5. Por último, la **negligencia** consiste en el abandono o dejadez de las obligaciones en los cuidados de una persona mayor. Algunos **ejemplos** son proporcionar dosis inadecuadas de medicación (por exceso o por defecto) o una medicación errónea y privar de las necesidades básicas, entendiendo por tales la alimentación, la higiene, una vestimenta adecuada al clima, y la asistencia sanitaria, entre otras. **Consecuencias** típicas de este tipo de maltrato son la malnutrición, la deshidratación, la mala higiene corporal, la hipo – hipertermia y las úlceras de decúbito.

Es obvio que las restricciones físicas se dan siempre en un entorno de cuidados, sea en la familia o en residencias —que es el caso que nos ocupa—. Y, después de ver las consecuencias tan nefastas que tienen creo que podemos decir, sin miedo a equivocarnos, que se trata de una mala práctica en el cuidado de una persona mayor. Es por ello que en el Centro Reina Sofía, como muchos otros autores, consideramos que las restricciones deben entenderse como un tipo de negligencia. Si bien es cierto que las restricciones pueden provocar daño o lesiones físicas en la persona mayor —definición de maltrato físico—, esa es una consecuencia colateral de las mismas y no su objetivo mismo.

RESULTADOS DEL ESTUDIO DE PREVALENCIA DEL USO DE RESTRICCIONES FÍSICAS DE CEOMA

A continuación vamos a exponer el procedimiento y los resultados de la investigación que CEOMA ha llevado a cabo, bajo la dirección de Antonio Burgueño, sobre la prevalencia del uso de restricciones físicas en las residencias geriátricas españolas.

Metodología

Muestra

El procedimiento de selección de los centros fue por participación voluntaria en el Programa.

La muestra consistió en 4.429 residentes de 63 centros geriátricos, repartidos por la geografía nacional. Cinco de las residencias eran exclusivamente de pacientes con demencia.

Procedimiento

Se elaboró un cuestionario que recogía las principales variables que la literatura ha venido relacionando con el uso de las restricciones físicas. Este cuestionario se proporcionó a cada una de las residencias, donde se designó a una persona responsable de su cumplimentación —en la mayoría de las ocasiones, el director de la residencia—. El criterio fue la condición del residente durante los 7 días anteriores. Cuando se tuvieron todos los censos, fueron procesados con el programa informático SPSS.

Instrumento

El cuestionario recoge la siguiente información:

- Número de residentes cuya fuente principal de pago sea pública o privada.
- Cuadro AVD¹: nº de residentes dependientes/ independientes para desplazarse, y para usar el baño.
- Estado del vientre / vejiga: nº de residentes que usan sonda, y que son incontinentes de vejiga o de vientre.
- Movilidad: nº de residentes que permanecen en la cama o en una silla la mayor parte del día; que se mueven con independencia o con ayuda; y **nº de residentes inmovilizados físicamente (D5)**, definido como aquellos residentes cuya libertad de movimiento y/o normal acceso a su cuerpo está restringido mediante un método manual o aparatos (ej. sábanas), material o equipo físico o mecánico que está sujeto o junto a su cuerpo y no puede ser

¹ AVD: actividades de la vida diaria.

quitado fácilmente por el residente. El criterio era que esa restricción se hubiera utilizado a diario durante los últimos 7 días —aunque se tratara de un corto periodo de tiempo al día—.

- Estado mental: nº de residentes con depresión, con demencia, con problemas de conducta, o con otros trastornos.
- Integridad de la piel: nº de residentes con úlcera por presión.
- Tratamientos especiales: nº de residentes que reciben tratamientos especiales como terapia intravenosa, tratamiento respiratorio, alimentación por sonda, etc.
- Medicaciones: nº de residentes que reciben drogas psicoactivas.
- Otras (barandillas, idioma distinto, etc.).

Resultados

El principal resultado de esta investigación es que **el 17,61% de los ancianos de la muestra estaban inmovilizados físicamente.**

Descripción de la muestra

- La fuente principal de pago es pública en el 50,58% de los casos, aunque el 86,07% de los ancianos se encuentran en residencias privadas.
- El 40,18% de los residentes necesitan ayuda para las AVD o son dependientes absolutos para trasladarse. El 51,08% lo son para el uso del cuarto de baño.
- El 56,33% de los residentes son incontinentes de vejiga y el 37,87% de vientre.
- El 7,32% de los ancianos están en cama la mayor parte del tiempo y el 32,78% en silla; sólo el 28,92% se mueven con independencia; el 24,66% necesitan ayuda o aparatos de ayuda; y, como ya hemos adelantado, el 17,61% están inmovilizados físicamente.
- El 7,32% de los ancianos tienen depresión; el 39,30% sufren demencia; y el 14,19% presentan problemas de conducta.
- El 5,10% tienen úlceras por presión.
- El porcentaje de ancianos que reciben tratamientos especiales no supera, en ningún caso, el 6%².

² Terapia intravenosa, alimentación parental o transfusión de sangre (0,79%); tratamiento respiratorio (5,80%); cuidados de ostomía (0,79%); alimentación por sonda (1,69%).

- El 53,31% reciben drogas psicoactivas (antidepresivos, ansiolíticos, sedantes e hipnóticos, antipsicóticos).
- El 45,81% de los residentes utilizan barandillas en la cama.
- Por último, el 70,33% de los residentes son mujeres.

Relación del uso de restricciones físicas con otras variables

1. El porcentaje de uso de restricciones físicas es mayor en los centros que tienen un mayor porcentaje de **mujeres** residentes.
 - En los centros en los que menos del 70% de los residentes son mujeres, están inmovilizados físicamente el 15,60%.
 - En los centros en los que menos del 80% de los residentes son mujeres, están inmovilizados físicamente el 24,78%.
2. El porcentaje de uso de restricciones físicas es significativamente mayor en los centros que tienen un mayor porcentaje de residentes con **demencias**.
 - En los centros en los que menos del 20% de los residentes sufren demencias, están inmovilizados físicamente el 9,85%.
 - En los centros en los que más del 80% de los residentes sufren demencias, están inmovilizados físicamente el 48,25%.
 - En las 5 residencias³ que alojan exclusivamente ancianos con demencias, el 61,13% de los residentes están inmovilizados físicamente.
3. El porcentaje de uso de restricciones físicas disminuye conforme aumenta la **antigüedad del centro**.
 - En los centros de hasta 5 años de antigüedad, están inmovilizados físicamente el 23,07% de los residentes.
 - En los centros de más de 10 años de antigüedad, están inmovilizados físicamente el 15,45% de los residentes.
4. El porcentaje de uso de restricciones físicas disminuye conforme aumenta el **tamaño** (número de plazas) **del centro**.
 - En las residencias de hasta 60 plazas, están inmovilizados físicamente el 25,91% de los residentes.
 - En las residencias que tienen más de 120 plazas, están inmovilizados físicamente el 14,63% de los residentes.

³ Estas residencias cuentan en total con 319 residentes.

5. El porcentaje de uso de restricciones físicas es mayor en los centros de **titularidad** pública.
 - En las residencias de titularidad privada, están inmovilizados físicamente el 16,05% de los residentes.
 - En las residencias de titularidad pública, están inmovilizados físicamente el 27,23% de los residentes.
6. El porcentaje de uso de restricciones físicas es mayor en los centros de **ámbito** urbano.
 - En las residencias ubicadas en el ámbito rural, están inmovilizados físicamente el 13,49% de los residentes.
 - En las residencias ubicadas en el ámbito urbano, están inmovilizados físicamente el 26,09% de los residentes.

La variable D5 (inmovilizados físicamente) mantiene una correlación aceptable con la variable E3 (demencia) (0,66), y con la I4 (barandillas en la cama) (0,55); y una correlación moderada con las variables C2 (incontinencia de vejiga) (0,40), F1 (úlceras por presión) (0,37), D2 (en silla gran parte del tiempo) (0,31), y E4 (comportamiento alterado) (0,31).

Conclusión

Me gustaría acabar recordando que los estudios que se han realizado sobre los efectos que las restricciones físicas tienen en las víctimas han demostrado las demoledoras consecuencias que tiene su utilización rutinaria:

- Tanto en el plano físico —infecciones, lesiones en la piel, pérdida del tono muscular, aumento de la susceptibilidad a caídas, etc.—;
- como en el psicológico —sentimientos de rabia, ira y humillación, agresividad, aumento de la confusión, apatía, depresión, etc.—.

Por otra parte, la inmovilización es la antítesis de la atención residencial, cuyo objetivo es justamente mantener el mayor grado de autonomía e independencia posible en los residentes.

La utilización de las sujeciones físicas debe restringirse a situaciones críticas de riesgo grave inminente para el propio anciano o para terceros, y deben realizarse siempre bajo un control extremo.