

Cambio de paradigma en los cuidados de personas mayores dependientes en centros residenciales: acreditación de dos residencias como centros libres de sujeciones

Olga Díaz de Durana Martínez de Zuazo

Instituto Foral de Bienestar Social de Álava
Coor.Enf.PMayores@araba.eus

Begoña Moraza Berasategui

Instituto Foral de Bienestar Social de Álava
Soci2.Secretaria.IFBS@araba.eus

David Asensio Jiménez

Instituto Foral de Bienestar Social de Álava
Soci3.Secretaria.IFBS@araba.eus

Amaia López de Mendiguren Salvidea

Instituto Foral de Bienestar Social de Álava
EnfResidenciaTxagorritxuP2@araba.eus

Francisca Báez Sánchez

Instituto Foral de Bienestar Social de Álava
EnfResidenciaTxagorritxuP2@araba.eus

Arreta holistiko eta integralaren ereduak, adinekoen eskubideak eta pertsonarengan oinarritutako etika eta eredu sartzeak Arabako Foru Aldundiaren mendeko egoitza-zentro publikoetan mendekotasuna duten adineko pertsonen arreta birplanteatzea eragin dute, egunero jasotzen dituzten zainketen indibidualizazioa eta humanizazioa eta, zehazkiago, murrizketen erabilera zalantzan jarrita. Artikulu honetan, bi foru-egoitza loturarik gabeko zentro akreditatu bihurtzeko jarraitutako prozesua azaltzen da. Era berean, esku-hartze profesionalak berrantolatzekeo zenbait pista planteatzen ditu, pertsonetikiko errespetua, duintasuna eta autonomia lehenesten dituztena.

Gako-hitzak:

Egoitza-zentroak, pertsona adinduak, erorikoak, loturak, egokitze teknikoak, profesionalen prestakuntza, arreta-kalitatea.

El modelo de atención holístico e integral, los derechos de las personas mayores y la introducción de la ética y del modelo centrado en la persona han hecho que se replantee la atención de las personas mayores dependientes en los centros residenciales públicos dependientes de la Diputación Foral de Álava, cuestionando la individualización y la humanización de los cuidados que diariamente reciben y, más concretamente, el uso de restricciones. Este artículo expone el proceso seguido para ir transformando dos residencias forales en centros acreditados libres de sujeciones. Asimismo, plantea algunas pistas para reorganizar las intervenciones profesionales, anteponiendo el respeto a las personas, a su dignidad y autonomía.

Palabras clave:

Centros residenciales, personas mayores, caídas, sujeciones, adecuaciones técnicas, formación a profesionales, calidad de la atención.

1. Punto de partida. Cuestionamiento del uso de sujeciones

El envejecimiento poblacional se asocia a un aumento de personas mayores dependientes que deben ser atendidas (Davey, 2021). Muchas de estas personas presentan síntomas psicológicos y conductuales en el marco de una demencia (Olazarán-Rodríguez *et al.*, 2012), entre los que destacan la agitación, la irritabilidad, la hiperactividad motora, el rechazo de los cuidados, etc. Por otro lado, la evolución de dicha demencia puede provocar alteraciones del equilibrio y de la marcha, con un aumento del riesgo de caídas o dificultad de control postural en la sedestación. Para manejar estas situaciones, se utilizan, en ocasiones, mecanismos de contención, restricción o sujeción tanto física como farmacológica.

La restricción física es cualquier acción o procedimiento que no permite a una persona mover libremente su cuerpo a una posición de su elección o el acceso normal a su cuerpo por el uso de algún método que está adherido o próximo a su cuerpo y que no puede controlar o retirar fácilmente (Bleijlevens *et al.*, 2016). Los procedimientos más habituales son las sujeciones en silla (cinturón abdominal y abdominopélvico), las sujeciones de tronco o chalecos, las sujeciones en cama (que incluyen cinturón, con sujeción de dos o cuatro puntos), las muñequeras, las tobilleras y las sábanas inmovilizadoras (Estévez Guerra, 2017: 30-31).

En cuanto a la sujeción química, se utiliza un grupo de fármacos que actúan sobre el sistema nervioso central, entre ellos, las benzodiazepinas, los antipsicóticos de segunda generación (atípicos), los hipnóticos / sedantes, los antidepressivos sedantes y los antiepilépticos con efecto sedante (Sociedad Española de Geriatria y Gerontología [SEGG], 2014: 14). Con su uso, se pretende limitar y restringir la movilidad, lo que puede comprometer la autonomía para la realización de actividades básicas de la vida diaria (levantarse, vestirse, bañarse...), así como la actividad mental. Algunos autores piensan que la sujeción química es, directamente, una mala praxis médica al utilizar incorrectamente un medicamento para tratar algo para lo que no está indicado.

Diferentes manuales médicos contemplan el procedimiento del uso de las contenciones terapéuticas para el control de la limitación de movimientos, debiendo emplearse con proporcionalidad, utilizando siempre las menos restrictivas y atendiendo a consideraciones éticas y legales, bajo prescripción médica y con seguimiento y control (Andrés *et al.*, 2006). De la misma manera, el *Documento de consenso sobre sujeciones mecánicas y farmacológicas* de la SEGG señala que debe evitarse su uso y solamente hay que utilizarlas de forma excepcional en determinadas situaciones extremas en las que no exista otra intervención alternativa o bien hayan fracasado todas las medidas implantadas, siempre con un carácter temporal y de forma racional (SEGG, 2014: 22).

A pesar de ello, España posee una prevalencia de uso de sujeciones elevada y, a día de hoy, sigue utilizándolas en exceso (Fundación Cuidados Dignos, 2015: 6). En un estudio transversal realizado en 2008 en veinticinco residencias públicas de la Comunidad de Madrid, en las que se analizaron datos tales como la frecuencia de uso, el tipo de dispositivo, el grado de dependencia funcional para las actividades de la vida diaria y el deterioro cognitivo de las personas usuarias, se concluye que el 8,4 % de las personas residentes eran sometidas a algún tipo de medida de sujeción. Este porcentaje aumentaba hasta el 20,8 % si la utilización de la doble barandilla en cama era considerada como sujeción. El dispositivo empleado con más frecuencia era la barandilla (63,4 %), seguida de mecanismos de restricción del tronco (17,78 %), sujeción en sillas (15,9 %) y restricción de miembros (3 %). En el 71,4 % de los casos se utilizaban sujeciones físicas de forma permanente. El 3,9 % de las y los residentes sometidos a dispositivos de sujeción mecánica no presentaban ningún deterioro cognitivo ni dependencia para las actividades de vida diaria y, finalmente, el 22,4 % de las barandillas se utilizaban con residentes sin ningún tipo de deterioro cognitivo (Galán Cabello *et al.*, 2008).

Estos datos son coherentes con los resultados de estudios similares, como el elaborado dentro del proyecto "Desatar al anciano y al enfermo de alzhéimer" de la Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA)¹, en el cual se investigaron 63 residencias (Burgueño *et al.*, 2008), con una muestra total de 4382 personas mayores, y donde se detectó que el deterioro cognitivo incrementaba la aplicación de sujeciones, de forma que, en los centros en los que más del 80 % de las y los residentes sufrían demencia, la prevalencia era del 48,25 % (sin incluir el uso de las barras laterales), mientras que, en los centros en los que menos del 20 % de las personas residentes sufrían demencia, era del 9,85 %. Actualmente, el Programa Desatar de CEOMA registra que la prevalencia de sujeciones físicas en centros residenciales es de un 17,6 %².

El perfil de la persona residente a la que se aplica la contención física (Ávila, 2011: 11) es el de una mujer mayor con tendencia a la deambulación, diagnosticada de demencia, dependiente para las actividades básicas de la vida diaria, con doble incontinencia, en tratamiento con neurolépticos, que mantiene cierta actividad social y con una historia de caídas previa durante los últimos seis meses.

La utilización de sujeciones está motivada por factores relacionados con el género, la edad, la movilidad, la incidencia de caídas, el grado de autonomía en las actividades de la vida diaria y el estado cognitivo de las personas residentes; factores relacionados con actitudes, percepciones y creencias de su uso en las y los profesionales, la falta de formación, la percepción de la falta de recursos, la rutina, el confort

¹ <https://ceoma.org/desatar/>

² Dato facilitado por CEOMA.

psicológico, la experiencia clínica, el entorno laboral y el temor a litigios legales; factores relacionados con la organización como dotación de personal y las características de los centros (tamaño, metodología de trabajo u otros); y factores relacionados con las familias, que, a veces, creen que la restricción es necesaria para garantizar la seguridad de la persona mayor (Estévez Guerra, 2017: 33-49).

Sin embargo, el uso de sujeciones constituye una mala práctica porque no existe ninguna prueba documentada de que sea efectivo para conseguir los objetivos que se persiguen (Gil Montalbo, 2011). Por otra parte, desde una mirada ética (SEGG, 2014: 31), el uso de las sujeciones atenta contra derechos fundamentales, ya que priva de libertad, así como contra principios y valores básicos como la dignidad, la autonomía, la autoestima y el bienestar personal. Además, desencadenan problemas de salud física, como accidentes, laceraciones, desgarros, estrangulamientos, asfixia, dolor, agitación y *delirium*, y, en las personas que las utilizan de forma continuada, producen atrofia muscular, descenso del tono y la masa muscular, pérdida significativa de fuerza en los miembros inferiores y deterioro funcional, entre otros (Estévez Guerra, 2017: 49-53; Olaizola *et al.*, 2013). A su vez, generan efectos psicológicos y emocionales negativos en la persona, como empeoramiento de la imagen y la autoestima, sentimientos de aislamiento, deshumanización, vergüenza, humillación...

El uso de sujeciones es consecuencia de la corrupción de los cuidados (Burgueño, 2008: 12-13), que se caracteriza por malograr los objetivos de alcanzar el mayor grado de autonomía física, mental y psicosocial y el mayor grado de bienestar posible. Es por ello por lo que, desde esta preocupación por mejorar la calidad de la atención a las personas mayores en los centros residenciales, surgen los movimientos que abogan por cuidar sin sujeción (Urrutia, 2017: 36). Un ejemplo pionero es el programa "Desatar al anciano y al enfermo de alzhéimer" de CEOMA, del que el Instituto Foral de Bienestar Social (IFBS) forma parte. Entre las experiencias posteriores, cabe citar la Norma Libera-Care (sistema de gestión de la calidad de vida en el cuidado en centros de atención sanitaria, social y sociosanitaria) de la Fundación de Cuidados Dignos (s.f.) y la acreditación de "cuidado de demencias sin sujeciones" de la fundación Maria Wolff³.

Este artículo pretende mostrar el proceso de transformación en centros acreditados libres de sujeciones llevado a cabo en dos residencias de la diputación foral alavesa, así como plantear ideas para reorganizar las intervenciones profesionales, anteponiendo el respeto a las personas, a su dignidad y su autonomía. Se plantea mediante un acercamiento inicial a la situación global del uso de sujeciones en centros residenciales y a la realidad del IFBS de Álava para después dar paso a la fundamentación del cambio de paradigma en la atención a las personas

mayores que viven en centros residenciales. A continuación, se detallan las actuaciones llevadas a cabo mediante un marco de colaboración entre el IFBS y CEOMA para la implementación del Programa Desatar en las residencias forales de personas mayores mediante un primer paso de concienciación, formación y colaboración activa de las y los profesionales y la implementación de las intervenciones integrales en los centros residenciales. Por último, se exponen las conclusiones derivadas de la experiencia en el cuidado libre de sujeciones.

2. Presentación institucional. Un poco de historia

El IFBS es un organismo autónomo dependiente de la Diputación Foral de Álava que tiene entre sus fines la organización, gestión, prestación y ejecución de los servicios sociales dentro del marco competencial que le es propio y, entre ellos, los servicios y programas que contribuyan al mantenimiento y la calidad de vida de las personas mayores alavesas, dirigiendo principalmente sus recursos a aquellas personas que, por su grado de dependencia, discapacidad, exclusión o falta de autonomía, no puedan cubrir sus necesidades básicas sin el apoyo de terceras personas. Cuenta, entre otros servicios, con 9 residencias de gestión directa, 4 ubicadas en medio urbano y 5 en zona rural, y un total de 625 plazas (asistidas y psicogerítricas) (IFBS, 2022: 82).

La mejora de la atención a las personas mayores y sus familias es una constante institucional. Por este motivo, teniendo en cuenta la Resolución 46/91 de las Naciones Unidas sobre la ejecución del Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento y actividades conexas, en el que se aprueban los principios en favor de las personas de edad (independencia, participación⁴, cuidados⁵, autorrealización y dignidad), en 1996 se elaboró y publicó el *Manual de buena práctica para residencias de personas ancianas* (IFBS, 1996). Concretamente, en lo concerniente a las técnicas de sujeción, manifiesta lo siguiente: "Como principio general, deberá procurarse que los residentes desarrollen al máximo su autonomía, aceptando los riesgos y demorando, en la medida de lo posible, el recurso a medidas restrictivas".

En este marco, el Instituto Foral colaboró en años posteriores en la organización de jornadas⁶ en torno

⁴ Punto 91.: "Todo paciente tendrá derecho a ser tratado lo menos restrictivamente posible y a recibir el tratamiento menos restrictivo y alterador que les corresponda a sus necesidades de salud y a la necesidad de proteger la seguridad física de terceros".

⁵ Punto 11.11.: "No se someterá a ningún paciente a restricciones físicas, o solo cuando sea el único medio disponible para impedir daño inmediato o inminente al paciente o a terceros. Estas prácticas no se prolongarán más del periodo estrictamente necesario para alcanzar este propósito".

⁶ VII Jornadas de la Asociación Multidisciplinar de Gerontología sobre trato inadecuado a personas mayores, celebradas en Vitoria-Gasteiz en 2001.

³ <https://mariawolff.org>

a la adecuación del trato a las personas mayores y se realizaron trabajos de investigación relacionados con la restricción de movilidad física en residencias de personas mayores (Elsden *et al.*, 2002; Zanza *et al.*, 2004).

3. Atención sin sujeciones. Programa Desatar

Teniendo en cuenta el principio fundamental de respeto de los derechos de la persona mayor, como son el derecho a la privacidad, a la dignidad, a la autonomía, a la elección, al mantenimiento de todos los derechos asociados a la ciudadanía y a la satisfacción⁷, se plantea un cambio de paradigma en la atención a las personas mayores que viven en centros residenciales centrado en el modelo de calidad de vida y atención centrada en las personas, con una tendencia hacia la tolerancia cero a las sujeciones como nueva actitud para obtener mejores resultados en el cuidado de las personas más vulnerables.

Todo ello se basa en crear espacios libres de sujeciones que aseguren un cuidado adecuado, ya que la atención sin sujeciones *per se* no los garantiza. Por tanto, se hace necesaria la aplicación de un proceso metodológico supervisado que analice la situación del centro, sus fortalezas, sus debilidades y el impacto de la no restricción en la persona, las familias y los profesionales; que defina las medidas ambientales y organizativas necesarias para llevar a cabo la conversión; y que ofrezca solidez y garantías de continuidad.

Esta transformación se ha llevado a cabo de la mano de CEOMA, institución sin ánimo de lucro constituida para el servicio, la coordinación, el fomento y la defensa de los intereses de las personas mayores. Actualmente la componen 22 organizaciones tanto nacionales como autonómicas, que a su vez representan a más de 55 000 asociaciones. Dispone del programa "Desatar al anciano y al enfermo de alzhéimer", en adelante Programa Desatar, iniciativa que defiende que es posible cuidar adecuadamente y proteger a las personas objeto de atención sin usar sujeciones físicas y químicas.

Dispone, asimismo, de un registro de centros libres de sujeciones⁸ (con ciento cinco centros en España y uno en Argentina), que reconoce públicamente

⁷ Derechos que se corroboran en la *Carta de derechos de las personas mayores dependientes* de las Diputaciones Forales de Bizkaia, Gipuzkoa y Álava (2007) y en el Decreto 64/2004, de 6 de abril, por el que se aprueba la carta de derechos y obligaciones de las personas usuarias y profesionales de los servicios sociales en la comunidad autónoma del País Vasco y régimen de sugerencias y quejas del Gobierno Vasco.

⁸ Registro de centros libres de sujeciones: <https://ceoma.org/desatar/centros-libres-de-sujecciones/registro-de-centros-libres-de-sujecciones/>. Centros acreditados como "centro libre de sujeciones": <https://ceoma.org/desatar/centros-libres-de-sujecciones/centros-acreditados/>

el mérito de los centros al no hacer uso de ningún tipo de sujeción y empodera su calidad asistencial y humana. La acreditación inicial tiene una validez de un año. Si, tras este periodo, el centro demuestra que es capaz de trabajar sin sujeciones, demuestra también que ha hecho un cambio cultural de la organización y de sus responsables y profesionales, por lo que obtiene la acreditación definitiva. El método que utiliza para la acreditación es el de intervenciones integrales adaptadas a cada centro, basadas en su propia idiosincrasia. No se trata de alternativas, sino de actitud, concediéndole un pequeño margen a la incertidumbre y renunciando a la tranquilidad y la comodidad (Burgueño, 2015: 141).

Actualmente, las residencias forales Nuestra Señora de las Viñas, de Oyón, y Samaniego, del municipio del mismo nombre, ambas ubicadas en medio rural, tienen la acreditación de CEOMA al haber logrado erradicar por completo las sujeciones y han sido los primeros centros residenciales de la red pública del Estado español en obtener esta acreditación: la primera, en mayo de 2018 y la segunda, en octubre del mismo año.

4. Marco de colaboración y actuaciones

El 2 de diciembre de 2004 se suscribe un convenio de colaboración entre el IFBS y CEOMA para la implementación del Programa Desatar en las residencias forales de personas mayores. A lo largo de estos años, el trabajo se ha centrado en dos actuaciones principales:

- la concienciación, formación y colaboración activa de las y los profesionales;
- la implementación de intervenciones integrales en dos centros residenciales forales.

4.1. Concienciación, formación y colaboración activa de las y los profesionales

En esta tarea de humanizar los cuidados, se estima imprescindible sensibilizar a las y los profesionales de la institución para que formen parte activa del cambio del modelo asistencial. Esta intervención comienza con la organización, por parte de la coordinadora de enfermería, de encuentros informativos en los nueve centros forales con una doble finalidad: por un lado, dar a conocer el Programa Desatar y, por otro, motivar para formar un grupo de profesionales de referencia, de carácter voluntario, impulsor de esta conversión. Además, el doctor Burgueño imparte una formación inicial dirigida al equipo auxiliar de enfermería y medicina, formación que se ha ido manteniendo a lo largo de los años.

Seguidamente, se realiza una intervención integral en la residencia de Ajuria, de Vitoria-Gasteiz, que implica la creación de un grupo de referencia en enero de 2005, con veintidós profesionales de diferentes

categorías (médica, enfermeras / enfermeros, auxiliares de enfermería, coordinadoras de trabajo social, directoras de centro...) y representación de todos los centros. Posteriormente, se quiere dar un carácter más interdisciplinar a la intervención y se abre el grupo a otras profesiones, como psiquiatras, psicólogos/as, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales. En la actualidad, el grupo está constituido por veinticinco profesionales, que han emprendido, entre otras, las siguientes tareas:

- Complimentación del cuestionario RUG-III (Torramadé *et al.*, 2006) de los censos de los centros cada cuatro meses en el periodo 2005-2007 y remisión de los datos para su posterior estudio por parte de CEOMA.
- A partir de 2008, con el objetivo de continuar con el análisis de datos de las sujeciones en los propios centros por parte de esta institución y conocer su prevalencia, cada seis meses se realizan censos que se entregan al grupo de trabajo de sujeciones.

Del análisis de estos datos, llama la atención desde el primer momento el uso de barras laterales y de fármacos psicotrópicos. Respecto de las barras laterales, se amplía la información para el registro de su utilización, introduciéndola en observaciones si es a petición de la propia persona; se llega a registrar en el 63 % de los censos por indicación profesional. En 2021, con los datos actuales, se puede colegir que su uso es del 75 % por indicación profesional y aproximadamente del 25 % por petición propia. En cuanto al uso de fármacos, se han mejorado las revisiones de tratamiento farmacológico, valorando que, con el sistema informático que se utiliza en la actualidad (ResiPlus), implantado en 2008, se facilita el control y la revisión de los casos de tratamientos médicos pautados en consultas externas, urgencias o al alta hospitalaria que pudieran quedar sin revisión.

- Creación de grupos de trabajo más reducidos para la elaboración de diferentes documentos, basados en la premisa de que no son convenientes los protocolos de sujeciones, sino los protocolos de seguridad, con medidas para proteger a las personas (Burgueño, 2015: 145).
 - El grupo de trabajo de caídas ha elaborado la *Guía de actuación en caídas* (IFBS, 2005), publicada en la intranet del IFBS, cuyos objetivos principales son identificar a las personas con mayor riesgo de caídas; determinar la prevalencia de este tipo de accidentes, identificando y analizando las causas y registrando los accidentes; y prevenirlos mediante la elaboración de planes de cuidados individualizados, estandarizando medidas de prevención de caídas en todas las residencias y educando a la persona mayor y a los cuidadores en la prevención de caídas.
 - Además, ha elaborado un trabajo de investigación titulado *Las caídas en el punto de mira de la enfermería* que analiza los datos recogidos en los centros (2005-2006).

El estudio se presentó en el congreso de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica (SEEGG) en Cáceres.

- El grupo de trabajo de sujeciones ha elaborado la *Guía de uso adecuado de sujeciones* (2006), publicada en la intranet del IFBS, con el objetivo de convertirla en un documento de referencia para saber, tras una valoración individualizada, cuándo se debe aplicar, quién debe prescribir y quién debe actuar en una restricción física, evitando la inadecuada utilización de las restricciones físicas y garantizando tanto la seguridad de la persona mayor como el seguimiento de la restricción.
- El grupo de ayudas técnicas ha realizado diversas propuestas a la institución tras la valoración y el estudio de algunas ayudas técnicas para la adquisición de aquellas que puedan favorecer la disminución del uso de algunas medidas restrictivas para evitar las caídas (una de las justificaciones más importantes para su uso), tales como las camas a cota cero, los sensores de movimiento, las alfombras avisadoras o los sensores de presión.
- Con todo y con ello, la gran labor de este grupo de referencia ha sido la de ejercer de impulsor y asesor en esta materia porque, cuanto mayor sea la sensibilización de las y los profesionales, menor será el uso de las sujeciones, mayor será el replanteamiento de la propia actuación profesional y mayor será la creatividad para generar propuestas alternativas que ayuden a adaptar los espacios y a fomentar la autonomía de las personas usuarias.

Otro elemento fundamental es el de la motivación para el cambio en el modo de hacer de las residencias a medio-largo plazo a través de la formación. En este sentido, se han organizado, entre otros, cursos sobre la calidad de vida, la planificación centrada en la persona y la calidad de la gestión; planes individualizados de atención integral en geriatría; el seguimiento de los planes individualizados de atención integral en geriatría; el manejo de ayudas técnicas en centros residenciales; las habilidades sociales con personas mayores en entornos residenciales; las relaciones interpersonales entre los profesionales, las familias y los usuarios/as de centros y residencias; el acompañamiento en el duelo y al final de la vida; la movilización de las personas dependientes; las técnicas de estimulación cognitiva para las personas con demencia; la higiene postural y la prevención de riesgos en la movilización de las personas con demencia; el tratamiento farmacológico y no farmacológico de los trastornos conductuales del sueño en demencias; la formación de los formadores/as en el uso y la optimización de productos de soporte a la movilización y el desplazamiento seguro de los pacientes; la contención psicológica; el manejo de los síntomas conductuales y psicológicos en demencias (SCPD); y la musicoterapia aplicada en las residencias de mayores.

Concretamente, en el periodo 2004-2018 y en torno al Programa Desatar, se han desarrollado dos cursos

(diez horas) y diez seminarios (cuatro de cuatro horas/ seminario y seis de tres horas/seminario) bajo el título "Sujeciones en centros residenciales, prevención y manejo", con una participación total de trescientos cinco profesionales de enfermería y auxiliares de enfermería⁹. En el año 2021, se ha realizado la formación en cuatro residencias para implementar el Programa Desatar.

4.2. Implementación de intervenciones integrales en dos centros residenciales forales

4.2.1. Evolución del censo 2018-2021

Tal y como se ha señalado anteriormente, el punto de partida son los datos de prevalencia de uso de sujeciones aportados por el censo y su relación con una serie de factores de riesgo propios de la persona residente (cardiovasculares, neuromusculares / funcionales, ortopédicos, de percepción, psiquiátricos o cognitivos), factores de riesgo ajenos a la persona residente

(medicamentos, dispositivos de limitación) y riesgos debidos al entorno o la situación (mala iluminación, mobiliario mal colocado...).

Considerando que los datos más bajos en el uso de sujeciones se dan en las residencias pequeñas (en la residencia Nuestra Señora de las Viñas, treinta y tres personas y, en la residencia Samaniego, cuarenta y ocho personas) y que existe una gran sensibilización, predisposición e inquietud del equipo multidisciplinar de las residencias ubicadas en Oyón (Nuestra Señora de las Viñas y Samaniego), en el año 2017 se decide iniciar el trabajo para acreditar estos centros como libres de sujeciones.

El censo de ambas residencias muestra los siguientes datos al inicio del proceso de acreditación y los datos recogidos en una primera fase de implantación del programa en 2021. El proceso debe seguir una evaluación continua de la situación de las residencias y se dispondrá de una perspectiva más amplia de los resultados.

| Residencia Ntra. Sra. de las Viñas | Datos censo 2018 | Datos censo 2021 |
|------------------------------------|--|--|
| N.º de plazas | 30 plazas de residencia y 4 en régimen de atención diurna. | 30 plazas de residencia y 4 en régimen de atención diurna. |
| N.º de profesionales | 26 profesionales responsables de la atención y el cuidado más personal externo: fisioterapeuta, psicóloga, animador sociocultural, musicoterapeuta, médico de atención primaria y equipo de atención psiquiátrica en residencias (Programa PAPER) de Osakidetza. | 31 profesionales responsables de la atención y el cuidado más personal externo: fisioterapeuta, psicóloga, animador sociocultural, musicoterapeuta, médico de atención primaria y equipo de atención psiquiátrica en residencias (Programa PAPER) de Osakidetza. |
| Ocupación | 8 hombres (26,7 %) y 22 mujeres (73,3 %). | 9 hombres (30 %) y 21 mujeres (70 %). |
| Media de edad | 84,10 años (79,13 en hombres y 85,91 en mujeres). | 86,8 años (83,1 en hombres y 88,5 en mujeres). |
| Grado de dependencia | Grado I: 1 persona (3,3 %). Grado II: 20 personas (66,7 %). Grado III: 9 personas (30 %). | Grado I: 1 persona (3,3 %). Grado II: 16 personas (53,3 %). Grado III: 13 personas (43,3 %). |
| Estado mental | <ul style="list-style-type: none"> Con s/s de depresión documentada: 4 personas (13,3 %). Con diagnóstico psiquiátrico documentado: 7 personas (23,3 %). Con demencias de diferentes etiologías: 9 personas (30 %). Con síntomas de comportamiento o conducta alterada: no hay. Con deambulación de forma errática: no hay. | <ul style="list-style-type: none"> Con s/s de depresión documentada: 1 persona (3,3 %). Con diagnóstico psiquiátrico documentado: 6 personas (20 %). Con demencias de diferentes etiologías: 7 personas (23,3 %). Con síntomas de comportamiento o conducta alterada: 5 personas (16,6 %). Con deambulación de forma errática: 1 persona (3,3 %). |
| Actividades de vida diaria | N.º de residentes con dependencia total para transferencias: 7 (23,3 %). N.º de residentes con dependencia total para comer: 8 (26,6 %). | N.º de residentes con dependencia total para transferencias: 11 (36,6 %). N.º de residentes con dependencia total para comer: 5 (16,6 %). |
| Medicación | N.º de personas usuarias en tratamiento con drogas psicoactivas, un total de 25 (83,3 %): con antipsicóticos o tranquilizantes mayores, 9 (36 %), y 16 (64 %) con antidepresivos, ansiolíticos, sedantes e hipnóticos. | N.º de personas usuarias en tratamiento con drogas psicoactivas, un total de 25 (83,3 %): con antipsicóticos o tranquilizantes mayores, 10 (40 %), y 15 (60 %) con antidepresivos, ansiolíticos, sedantes e hipnóticos. |
| Caídas | N.º de caídas en un año: 40. N.º de residentes que se caen: 11 (36,7 %). N.º de fracturas de cadera: 0. N.º de sujeciones físicas: 0. | N.º de caídas en un año: 55. N.º de residentes que se caen: 17 (56,7 %). N.º de fracturas de cadera: 2. N.º de sujeciones físicas: 0. |
| Registro de quejas y sugerencias | No se han recibido. | No se han recibido. |

⁹ En 2019, la plantilla total de las residencias públicas era de 542 personas (IFBS, 2020: 45).

| Residencia Samaniego | Datos censo 2018 | Datos censo 2021 |
|----------------------------------|--|---|
| N.º de plazas | 48 plazas de residencia y 4 en régimen de atención diurna. | 48 plazas de residencia y 4 en régimen de atención diurna. |
| N.º de profesionales | 44 profesionales responsables de la atención y el cuidado más personal externo: fisioterapeuta, psicóloga, animador sociocultural, musicoterapeuta, médico de atención primaria y equipo de atención psiquiátrica en residencias (Programa PAPER) de Osakidetza. | 44 profesionales responsables de la atención y el cuidado más personal externo: fisioterapeuta, psicóloga, animador sociocultural, musicoterapeuta, médico de atención primaria y equipo de atención psiquiátrica en residencias (Programa PAPER) de Osakidetza. |
| Ocupación | 26 hombres (54,2 %) y 22 mujeres (45,8 %). | 22 hombres (45,8 %) y 26 mujeres (54,2 %). |
| Media de edad | 81,83 años (81,81 en hombres y 85,85 en mujeres). | 83,9 años (78,7 en hombres y 86,2 en mujeres). |
| Grado de dependencia | Grado I: 4 personas (8,3 %). Grado II: 26 personas (54,2 %). Grado III: 18 personas (37,5 %). | Grado I: 5 personas (10,5 %). Grado II: 19 personas (39,5 %). Grado III: 24 personas (50 %). |
| Estado mental | <ul style="list-style-type: none"> Con s/s de depresión documentada: 6 personas (12,5 %). Con diagnóstico psiquiátrico documentado: 5 personas (10,4 %). Con demencias de diferentes etiologías: 16 personas (33,3 %). Con síntomas de comportamiento o conducta alterada: 2 personas (4,2 %). Con deambulación de forma errática: 6 personas (12,5 %). | <ul style="list-style-type: none"> Con s/s de depresión documentada: 5 personas (10,4 %). Con diagnóstico psiquiátrico documentado: 4 personas (8,3 %). Con demencias de diferentes etiologías: 19 personas (39,6 %). Con síntomas de comportamiento o conducta alterada: 2 personas (4,2 %). Con deambulación de forma errática: 5 personas (10,4 %). |
| Actividades de vida diaria | N.º de residentes con dependencia total para transferencias: 17 (35,4 %). N.º de residentes con dependencia total para comer: 12 (64,6 %). | N.º de residentes con dependencia total para transferencias: 22 (45,8 %). N.º de residentes con dependencia total para comer: 15 (54,2 %). |
| Medicación | N.º de personas usuarias en tratamiento con drogas psicoactivas, un total de 29 (60,4 %): con antipsicóticos o tranquilizantes mayores, 10 (34,5 %), y 19 (65,5 %) con antidepresivos, ansiolíticos, sedantes e hipnóticos. | N.º de personas usuarias en tratamiento con drogas psicoactivas, un total de 42 (87,5 %): con antipsicóticos o tranquilizantes mayores, 15 (35,7 %), y 22 (64,3 %) con antidepresivos, ansiolíticos, sedantes e hipnóticos. |
| Caídas | N.º de caídas en un año: 111. N.º de residentes que se caen: 22 (45,8 %). N.º de fracturas de cadera: 0. N.º de sujeciones físicas: 0. | N.º de caídas en un año: 143. N.º de residentes que se caen: 18 (37,5 %). N.º de fracturas de cadera: 0. N.º de sujeciones físicas: 0. |
| Registro de quejas y sugerencias | No se han recibido. | No se han recibido. |

Los pasos seguidos para el procedimiento de acreditación e implementación de la metodología de intervención integral del Programa Desatar, primero en la residencia Nuestra Señora de las Viñas y después en la residencia Samaniego, han sido los siguientes.

4.2.2. Formación

Se organiza una formación de dieciocho horas de los equipos de ambas residencias por parte del equipo externo especializado del Programa Desatar, compuesto por D. Antonio Burgueño (director médico) y Dña. M.ª Carmen Heras (coordinadora de enfermería), en la propia residencia Samaniego, con participación de treinta y cuatro profesionales de atención directa (cuatro hombres y treinta mujeres) de

las dos residencias. Se impartieron tres sesiones¹⁰ de seis horas de duración cada una durante los meses de enero, febrero y marzo de 2018, respectivamente.

4.2.3. Modificaciones ambientales implementadas en las residencias

Se hacen una serie de cambios ambientales en los centros con el fin de garantizar la seguridad física pasiva de las personas usuarias.

¹⁰ Sesiones: Módulo 1, "Sujeciones en residencias, generalidades y proceso de desatar"; Módulo 2, "Seguridad física pasiva y prevención de caídas"; Módulo 3, "Conductas desafiantes en demencias avanzadas, prevención y manejo en residencias".

| OBJETIVO | ACTUACIÓN |
|--|---|
| Evitar accidentes graves de personas con problemas visoespaciales o deterioro cognitivo en escaleras. | Colocación de cancelas en el acceso de subida y bajada de las escaleras para limitar su acceso. |
| | Localización de la persona lejos de puertas, ascensores o escaleras para su vigilancia. |
| | Generación de espacios libres de obstáculos, con retirada de mobiliario. |
| Mejorar la seguridad física en las habitaciones de las personas residentes. | Colocación de timbres al alcance de la mano en la cama y en los baños de cada habitación. |
| | Colocación de recordatorios visuales para recordarle a la persona que llame al timbre. |
| | Mejora de la iluminación del circuito cama-baño, fácil de encender. |
| | Identificación de habitaciones de personas con alto riesgo de caída para conocimiento del personal de atención. |
| Facilitar a las personas usuarias la entrada y salida de la cama con seguridad. | Instalación de sensores de movimiento en el suelo y las puertas. |
| | Instalación de camas sin ruedas y graduables. |
| | Identificación de las habitaciones de las personas con alto riesgo de caída para conocimiento del personal de atención. |
| Proteger de caídas y reducir el riesgo de caídas. | Personalización de la altura de la cama según la estatura, la fuerza del cuádriceps y la movilidad de la cadera de la persona mediante un indicativo visual para que los y las auxiliares de enfermería conozcan la altura a la que tienen que posicionar la cama tras hacerla diariamente. |
| | Posicionamiento de la cama a cota cero. |
| | Utilización de alfombras de seguridad e instalación de superficies acolchadas en el suelo. |
| | Colocación de sillas o mesas al lado de la cama para facilitar la transferencia. |
| | Utilización de calzado sólido antideslizante. |
| | Utilización de ayudas técnicas para andar, tales como bastones y andadores. |
| | Utilización de cojines de seguridad o almohadas de la misma longitud que el cuerpo. |
| | Utilización de protectores de cadera. |
| | Utilización de cascos craneales. |
| | Utilización de cojines posicionadores. |
| Dar a conocer al equipo de profesionales de las personas tratadas con anticoagulantes con alto riesgo de caídas y de las personas usuarias que precisan mayor vigilancia, proximidad y cercanía. | Utilización de sillones basculantes. |
| | Adaptación de sillones. |
| Mejorar las condiciones de los circuitos para las personas usuarias con deambulación errática para habilitar zonas de deambulación libre seguras y sin estímulos que las alteren. | Identificación en el ingreso, información sobre las personas con riesgo y de los objetivos que se van a trabajar con ellas en las reuniones del PAI. |
| | Colocación de trampantojos, vinilos en las puertas, cintas de obra o signos de <i>stop</i> en áreas por donde la persona no deba pasar o similares. |
| | Eliminación de estímulos visuales (luz excesiva), corrientes de aire, ruidos... |
| | Paneles interactivos. |
| | Decoración de las áreas para que los espacios tengan un aspecto acogedor. |
| | Programación de actividad diurna suficiente para asegurar el sueño nocturno. |
| | Establecimiento de una rutina de cuidados. |
| | Mejora de la iluminación. |
| | Cierre del salón con puertas de cristal con apertura automática. |
| Cambio de picaportes a lugares inusuales o disfrazar botones de ascensores. | |

4.2.4. Cambios organizativos en la intervención socioeducativa y psicosocial

| OBJETIVO | ACTUACIÓN |
|--|---|
| Enseñar a la persona residente y a los profesionales técnicas y ejercicios de movilización, transferencia, equilibrio... | Valoración individualizada de las profesionales de fisioterapia sobre el uso de ayudas técnicas, posicionamiento... |
| Fortalecer las capacidades físicas, psíquicas y funcionales de las personas residentes. | Actividades de estimulación y rehabilitación cognitiva para mejorar la atención, la percepción, la memoria, la velocidad de procesamiento, el razonamiento..., a través de la organización de txokos, rutinas diarias estructuradas, juegos de mesa, musicoterapia... |
| | Actividades físicas (actividades recreativas o de ocio, desplazamientos —paseos diarios—, actividades ocupacionales, tareas domésticas, juegos, deportes o ejercicios programados en el contexto de las actividades diarias, familiares y comunitarias). |
| Servicio de fisioterapia. | Valoración de la capacidad funcional, plan de actividades adecuadas para fortalecer y trabajar el equilibrio. |

4.2.5. Diagnóstico de la atención residencial

Se envía a CEOMA el censo de personas residentes (ver apartado 4.2.6.).

Posteriormente, el equipo externo de Desatar realiza una visita a ambas residencias. Las actuaciones se centran en:

- Inspección de distintas áreas de la residencia (accesos, pasillos de plantas, habitaciones, circuito cama-baño, timbres, escaleras, iluminación...).
- Revisión del registro de caídas ocurridas en el último año a fin de observar la incidencia de las fracturas de cadera y el patrón de horarios y lugares.
- Revisión de la documentación del centro (organigrama, reglamento de régimen interno, protocolos, sistema de registro...), así como valoraciones en papel sobre algunos aspectos del cuidado de las y los residentes que han sido solicitadas de antemano.
- Mantenimiento de entrevistas con la dirección, los profesionales del equipo interdisciplinario (auxiliares de enfermería y enfermeros) y las personas residentes con el fin de obtener información sobre aspectos organizativos, normativos, de actitudes y de metodología asistencial.
- Realización de las encuestas PRUQ de percepción de los y las profesionales sobre las sujeciones (Fariña-López *et al.*, 2016).

Tras la elaboración del informe evaluativo de comprobación *in situ*, CEOMA mantiene una reunión con la dirección del centro y la coordinadora de enfermería donde se discuten los resultados de la evaluación y las mejoras que se deben llevar a cabo.

Los informes atestiguan que las sujeciones son medidas que no gustan en los centros, según revelan las entrevistas realizadas al personal. La prevalencia del uso de sujeciones físicas es del 0 %, si bien el número de personas residentes que consumen fármacos antipsicóticos es elevado (aunque son prescripciones que les vienen dadas por facultativos ajenos al centro), por lo que se hace necesario establecer alguna estrategia que permita una mayor racionalización de su uso. Lo mismo ocurre con las y los residentes que consumen algún otro tipo de fármaco psicotrópico. El número de caídas comunicadas en los censos está en lo más alto de la horquilla de normalidad estadística. Una de las consecuencias más graves de las caídas son las fracturas de cadera y en Oyón su incidencia es cero. Existe un registro de caídas adecuado. La información que se transmite a las familias se hace de forma adecuada. Existe una fuerte implicación de todas las y los miembros del equipo técnico. Se han hecho adaptaciones en las habitaciones a la medida de las personas para mejorar su seguridad física durante la noche. Se han mejorado las condiciones de los circuitos para errantes y se ha limitado el

acceso directo a las escaleras para evitar accidentes graves de personas con problemas visoespaciales. La seguridad física pasiva se ha incrementado sobre la base de una mejor organización del trabajo y del uso de las áreas comunes que permite una mayor cercanía del personal de atención directa y, por tanto, una vigilancia más efectiva.

4.2.6. Acreditación de centro libre de sujeciones

Los representantes de CEOMA realizan una visita para constatar que no hay sujeciones y que los cambios realizados favorecen la eliminación de sujeciones, proporcionando una seguridad razonable. Una vez constatado, se da la certificación temporal y posteriormente, al año, se envían de nuevo los censos y se repite la visita para constatar que el cambio perdura.

La acreditación es un reconocimiento que lleva implícito que no solo se ha comprobado la ausencia de sujeciones físicas en el centro, sino que existen garantías suficientes de continuidad de ese logro a corto / medio plazo, de que los riesgos relativos al no uso de sujeciones están bien controlados, creando espacios que favorezcan el no uso de sujeciones, y de que se actúa sobre ellos de forma adecuada y oportuna para que la seguridad de las y los residentes no se vea afectada, modificando los espacios y las políticas de vida de la residencia, creando espacios interactivos y haciendo cambios en la organización del trabajo que respondan a las necesidades de las personas (reparto de tareas, identificación de personas de riesgo, modificación de horarios, flexibilidad...).

4.2.7. Consecuencias organizativas en los centros tras la acreditación

En la residencia Nuestra Señora de las Viñas, en la revisión de 2021 se observa una reducción del número de personas residentes con depresión y diagnóstico psiquiátrico documentado, demencia y dependencia total para comer; aumenta, sin embargo, el número de personas que presentan situaciones de comportamiento o conducta alterada, que tienen deambulación errática y las dependientes para transferencias. Se mantiene homogéneo el número de personas en tratamiento con drogas psicoactivas, aunque se incrementa ligeramente el porcentaje de los tranquilizantes mayores, frente a los antidepresivos, los ansiolíticos, los sedantes y los hipnóticos. En cuanto a las caídas, aumenta su número al año y aumenta el número de personas que se caen. Aparecen por primera vez en 2021 las fracturas de cadera.

En la residencia Samaniego, en la revisión de 2021 se observa una ligera reducción del número de personas residentes con depresión, del de las que presentan un diagnóstico psiquiátrico documentado y del de las que deambulan de forma errática; no hay

cambios en el número de personas con síntomas de comportamiento o conducta alterada. Si aumentan las personas residentes con demencia de diferentes etiologías, las personas con dependencia total para transferencias y para comer y, sobre todo, aumenta significativamente el número de personas en tratamiento con drogas psicoactivas, con porcentajes similares entre las que toman antipsicóticos o tranquilizantes mayores y las que toman antidepresivos, ansiolíticos, sedantes e hipnóticos. En cuanto a las caídas, aumenta su número al año y disminuye el número de personas que se caen; no obstante, no se producen fracturas de cadera en ningún caso.

En ninguna de las residencias se utilizan sujeciones físicas y el personal contratado se mantiene constante.

4.2.71. Información a personas usuarias, familias, amistades y personas o instituciones que ejercen la tutoría

En el preingreso, tanto la trabajadora social como la enfermera informan a las personas usuarias y a sus familiares sobre que la residencia sigue las directrices marcadas por el Programa Desatar de CEOMA para no utilizar sujeciones físicas. De la misma manera, en este momento se realiza una valoración individualizada de las necesidades de cada persona, sus preferencias, sus deseos y sus gustos para conocer por qué lado de la cama se levanta, sus hábitos nocturnos, su patrón de sueño, etc. Igualmente, se realiza una valoración de cuidados para diseñar un plan de atención personalizada (SIIS Centro de Documentación y Estudios, 2011: 63).

Las personas usuarias o los familiares deciden sobre el modelo de cuidado. Una vez recibida la información sobre este modelo de cuidar sin sujeciones, en caso de discrepancia sobre él, se les oferta el traslado a otra residencia.

4.2.72. Modificación del reglamento de régimen interno

En el reglamento de régimen interno, se incorpora la definición de "centro libre de sujeciones físicas", los beneficios del modelo de cuidados sin sujeciones (beneficios físicos, psicoemocionales y sociales) y el compromiso de todas las partes implicadas (organización, profesionales y familias) para ofrecer una seguridad razonable, asumiendo ciertos riesgos controlados con el fin de lograr una mayor calidad de vida, un mayor grado de bienestar y una mayor autonomía física, mental y psicosocial para las personas que viven en esas residencias.

5. Conclusiones

De los 9 centros residenciales de personas mayores forales de gestión directa, 2 son centros libres de sujeciones acreditados, el 22,2 %, lo que supone 78 de las 625 plazas forales, el 14,5 %.

El reto que se asume no es cuidar sin sujeciones, sino cuidar sin usar sujeciones, garantizando que no se produzcan más lesiones por caídas que en otros centros forales, es decir, que los riesgos estén controlados, sean conocidos por todas las partes implicadas y sean aceptables. Para la retirada efectiva de las contenciones físicas en los centros residenciales de personas mayores, es necesaria una combinación de actuaciones que incluya el compromiso institucional, el asesoramiento y la consultoría de entidades expertas, la motivación y la formación de las y los profesionales, la colaboración de las personas usuarias / representantes legales y sus familias y un abanico de intervenciones alternativas.

Conseguir la acreditación de centro libre de sujeciones físicas no conlleva que exista armonía en la organización de la vida de una residencia. Para que exista un equilibrio, es determinante que la plantilla disponga de una formación y una capacitación continuas que permitan sostener en el tiempo los cuidados sin sujeciones. Este entrenamiento tiene que ver también con aprender a gestionar las emociones que genera el no uso de las sujeciones, como son la inseguridad, el miedo, los sentimientos de culpabilidad ante las caídas, el fracaso... Una revisión sistemática en 2014 concluyó que, a pesar de una actitud generalmente negativa del personal hacia el uso de restricciones, todavía hay profesionales que las consideran necesarias (Möhler y Meyer, 2014). Por eso, es fundamental forjar una cultura de seguridad y confianza en el cambio.

Es determinante temporalizar la formación y darle continuidad, toda vez que desde 2018 no se ha vuelto a realizar y la plantilla ha cambiado en un 90 % aproximadamente. Por este motivo, está previsto realizar en el presente ejercicio otro plan formativo para todo el personal de las dos residencias, ampliándose a otras dos sitas en medio urbano. De la misma manera, la formación tiene que extenderse al resto de residencias porque la rotación del personal es una constante en las residencias. Por ello, se hace necesario trabajar para que las y los profesionales que se incorporen cambien su percepción sobre el uso de estos dispositivos.

Además, es fundamental la elaboración de protocolos diversos que permitan garantizar la continuidad de los cuidados con el modelo ya implementado. Una buena práctica es el documento *Recomendaciones básicas de actuación para personas trabajadoras en centros de personas mayores del IFBS* (IFBS, 2019: 12), a disposición de todo el personal nuevo y existente contratado, que ayuda a trasladar el modelo de atención basado en el respeto de los derechos de

las personas mayores. Unidos a lo anterior, hay otros factores que favorecen este cuidado, como son:

- La disponibilidad de medios alternativos, como la incorporación de nuevas tecnologías y equipamiento adecuado.
- La adquisición de ayudas técnicas.
- La adaptación de espacios en las habitaciones, aseos, salas, pasillos y zonas ajardinadas para que, si se producen daños, estos sean lo menores posible.
- El fomento de la autonomía de las personas residentes mediante talleres y actividades de diferente índole (intervención estimulativa o rehabilitadora, intervención educativa e intervención psicosocial) donde se trabajen aspectos físicos y cognitivos, psicoestimulación, entrenamiento en memoria, orientación a la realidad, actividades y ejercicios de estimulación de capacidades para desarrollar actividades básicas de la vida diaria, ocio y actividades educativo-culturales, actividades intergeneracionales, intervención en funciones psicoafectivas, etc.

Independientemente de las medidas anteriores, el punto fuerte de esta transformación se da en el trabajo en equipo de todas las categorías profesionales que ejercen su labor en las residencias y en la capacidad de todas las y los profesionales para imaginar espacios y generar ideas alternativas.

Como se ha observado, la contratación de personal de atención directa se mantiene constante, por lo que cambiar el modelo de atención no supone aumentar el ratio de profesionales, sino cambiar la metodología de trabajo.

Este proceso tiene que derivar en interiorizar que hay que diseñar entornos seguros, a la vez que amables y confortables, que inviten a la persona usuaria a quedarse y a que sienta la residencia como su hogar.

Analizando los censos 2018-2021 de las residencias, se ha observado una mayor satisfacción en las personas usuarias y las familias, lo que ha redundado en una mejor imagen del centro. Habrá que esperar a mantener este modelo de atención para ir analizando la evolución de la situación de las personas, así como la motivación y la satisfacción de los profesionales a medio y largo plazo.

Otro elemento indispensable es dar voz a las personas usuarias y a sus familias y hacerlas partícipes de la planificación de la vida en la residencia y, más concretamente, del diseño de planes de vida personalizados.

El proceso de transformación de las dos residencias en centros acreditados libres de sujeciones es replicable en el resto de centros del IFBS.

Referencias bibliográficas

- ANDRÉS, A.; GONZÁLEZ LIÉBANA, S.; NIÑO, M.; SANTAMARÍA, J. L. y VILLALONGA, M. (2006): *Manual para la aplicación y buen uso de medidas de restricción física en residencias de personas mayores*, Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Bizkaia, <<https://www.cmb.eus/cursos-jornadas-y-congresos-externos/manual-para-aplicacion-y-buen-uso-de-medidas-de-restriccion-fisica-en-residencias-de-personas-mayores>>.
- ÁVILA, H. (2011): "Estudio piloto sobre la prevalencia de uso de sujeciones habituales y episódicas, y resistencia al cambio en residencias y centros de día para personas mayores de la comunidad autónoma del País Vasco" [tesis de máster], Universidad de Deusto, <<https://docplayer.es/17451987-Universidad-de-deusto-master-oficial-en-gerontologia.html>>.
- BLEIJLEVENS, M. H.; WAGNER, L. M.; CAPEZUTI, E. y HAMERS, J. P. (2016): "Physical restraints: consensus of a research definition using a modified Delphi technique", *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 64, n.º 11, pp. 2307-2310, <[doi:10.1111/jgs.14435](https://doi.org/10.1111/jgs.14435)>.
- BURGUEÑO, A. (2008): "Atar para cuidar. Uso de sujeciones físicas y químicas en personas mayores dependientes que reciben cuidados prolongados", <<https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/DB50F783-BEE9-494D-A661-7F7A50AC6302/107054/usodesujecionesenpersonasmayores1.pdf>>.
- . (2015): "Falacias sobre las sujeciones (contenciones) físicas", *Revista Internacional de Éticas Aplicadas Dilemata*, n.º 19, pp. 135-147, <<https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/404>>.
- BURGUEÑO, A.; IBORRA, I.; MARTÍNEZ, P. y PÉREZ, V. (2008): "Prevalencia comunicada de sujeciones físicas. Resultado de la aplicación de un sistema de información para un benchmarking anónimo entre residencias españolas", *Agathos. Atención Sociosanitaria y Bienestar*, vol. 8, n.º 1, pp. 4-11, <https://www.researchgate.net/publication/280982927_Prevalencia_comunicada_de_sujeciones_fisicas_Resultado_de_la_aplicacion_de_un_sistema_de_informacion_para_un_benchmarking_anonimo_entre_residencias_espanolas>.
- DAVEY, V. (2021): "Situación en España de la evaluación de sistemas de atención a personas mayores en situación de dependencia", serie Informes Envejecimiento en Red, n.º 28, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, <<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-situacion-sad.pdf>>.
- DIPUTACIÓN FORAL DE ÁLAVA; DIPUTACIÓN FORAL DE BIZKAIA y DIPUTACIÓN FORAL DE GIPUZKOA (2007): *Carta de derechos de las personas mayores dependientes*, Diputación Foral de Álava, Diputación Foral de Bizkaia y Diputación Foral de Gipuzkoa, <https://www.ararteko.eus/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/1_481_3.pdf>.
- ELSDEN, C. A.; VÉLEZ MEDIAVILLA, E.; ARANA IZUEL, J.; CHASCO ARRÓNIZ, M. J. y ESPINA DÍEZ, M. J. (2002): "Restricciones de movilidad física en residencias de personas mayores: actitudes del personal asistencial y directivo hacia su uso", *Gerokomos*, vol. 13, n.º 1, pp. 7-16, <<http://gerokomos.com/wp-content/uploads/2015/01/13-1-2002-07-rincon.pdf>>.
- ESTÉVEZ GUERRA, G. J. (2017): "Restricción física: cultura de seguridad en centros de personas mayores" [tesis doctoral], Santiago de Compostela, Universidad de Santiago de Compostela, <<http://hdl.handle.net/10347/15452>>.

- FARIÑA-LÓPEZ, E.; ESTÉVEZ GUERRA, G. J.; NÚÑEZ, E.; CALVO FRANCÉS, F. y PENELO, E. (2016): "Adaptación y validación española del Perception of Restraint Use Questionnaire (PRUQ) sobre el uso de restricciones físicas en personas mayores", *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, vol. 39, n.º 1, pp. 13-22, <<https://doi.org/10.23938/S1137-6627/2016000100003>>.
- FUNDACIÓN CUIDADOS DIGNOS (2015): *Cómo se eliminan las sujeciones. Guía para la eliminación de sujeciones físicas y químicas en centros de atención sociosanitaria y domicilios*, Fundación Cuidados Dignos, <https://www.ararteko.eus/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/1_2719_1.pdf>.
- (s.f.): *Norma Libera-Care: propuesta de formación, implantación y evaluación*, Fundación Cuidados Dignos, <https://www.fundacionpilares.org/modeloyambiente/docs/catalogoBBPP/Anexos/BP37_CUIDADOSDIGNOS_Libera-Care_Anexo.pdf>.
- GALÁN CABELLO, C. M.; TRINIDAD, D.; RAMOS CORDERO, P.; GÓMEZ FERNÁNDEZ, J. P.; ALASTRUEY, J. G.; ONRUBIA, A.; LÓPEZ ANDRÉS, E. y HERNÁNDEZ OVEJERO, H. (2008): "Uso de sujeciones físicas en una población anciana ingresada en residencias públicas", *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, vol. 43, n.º 4, pp. 208-213, <[https://doi.org/10.1016/S0211-139X\(08\)71184-3](https://doi.org/10.1016/S0211-139X(08)71184-3)>.
- GIL MONTALBO, M. (2011): "Buenas prácticas en el uso de sujeciones en centros para personas mayores", *Actas de la Dependencia*, n.º 3, pp. 97-105, <<https://www.fundacioncaser.org/sites/default/files/adjuntos/0304.pdf#:~:text=%E2%80%9CEI%20uso%20de%20sujeciones%20previene%20de%20ca%C3%ADdas%20y,incidencia%20de%20lesiones%20graves%20como%20consecuencia%20de%20ca%C3%ADdas>>.
- INSTITUTO FORAL DE BIENESTAR SOCIAL (1996): *Manual de buena práctica para residencias de personas ancianas*, Diputación Foral de Álava, <<http://www.acpgerontologia.com/documentacion/buena%20practicalava.pdf>>.
- (2005): *Guía de actuación en caídas*, Diputación Foral de Álava.
- (2006): *Guía de uso adecuado de sujeciones*, Diputación Foral de Álava.
- (2007): *Las caídas en el punto de mira de la enfermería*, Diputación Foral de Álava.
- (2019): *Recomendaciones básicas de actuación para personas trabajadoras en centros de personas mayores del IFBS*, Diputación Foral de Álava.
- (2020): *Memoria anual Departamento de Políticas Sociales 2019*, Diputación Foral de Álava, <<https://web.araba.eus/documents/105044/4854143/Memoria+2019+casthipervi%C3%8C%C2%81nculo+sVER+2+dic.pdf/b8d328b1-e3b7-53b7-81a7-d7fb1dad9a0a?t=1606915877887>>.
- (2022): *Memoria anual Departamento de Políticas Sociales 2021*, Diputación Foral de Álava, <https://web.araba.eus/documents/105044/4854143/AAFF_+memoria_IFBS_.pdf/9b7cde93-361f-0cff-dbc4-0138a90d058e?t=1667824465426>.
- MÖHLER, R. y MEYER, G. (2014): "Attitudes of nurses towards the use of physical restraints in geriatric care: a systematic review of qualitative and quantitative studies", *International Journal of Nursing Studies*, vol. 51, n.º 2, pp. 274-288, <<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.10.004>>.
- OLAIZOLA, A. et al. (2013): *Hacia centros libres de restricciones: identificación de factores para que los nuevos centros de atención a personas mayores dependientes desde el inicio sean centros libres de restricciones*, Consejería de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco y Matia Instituto Gerontológico, <https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/estadisticas_ss/es_estadist/adjuntos/proyecto_sujeciones_memoria_final.pdf>.
- OLAZARÁN-RODRÍGUEZ, J.; AGÜERA-ORTIZ, L. F. y MUÑIZ-SCHWOCHERT, R. (2012): "Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia: prevención, diagnóstico y tratamiento", *Revista de Neurología*, vol. 55, n.º 10, pp. 598-608.
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (1991): *Resolución 46/91. Ejecución del Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento y actividades conexas*, <https://www.ararteko.eus/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_472_1.pdf>.
- PAÍS VASCO (2004): "Decreto 64/2004, de 6 de abril, por el que se aprueba la carta de derechos y obligaciones de las personas usuarias y profesionales de los servicios sociales en la comunidad autónoma del País Vasco y régimen de sugerencias y quejas", *Boletín Oficial del País Vasco*, n.º 76, 23-04-2004, <<https://www.legegunea.euskadi.eus/eli/es-pv/d/2004/04/06/64/dof/spa/html/>>.
- SIIS CENTRO DE DOCUMENTACIÓN Y ESTUDIOS (2011): "Los derechos de las personas y el medio residencial. ¿Cómo hacerlos compatibles?", serie Cuadernos Técnicos, n.º 2, Fundación Eguía-Careaga, <<http://kalitateazainduz.net/pdf/Zainduz02.pdf>>.
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA (2014): *Documento de consenso sobre sujeciones mecánicas y farmacológicas*, <https://www.segg.es/media/descargas/Documento_de_Consenso_sobre_Sujeciones.pdf>.
- TORRAMADÉ, J. P.; NAVARRO, A. y FONTANALS, M. D. (2006): "Uso de herramientas sencillas de valoración para clasificar las cargas de trabajo asistencial según la dependencia", *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, vol. 41, n.º 3, pp. 164-170, <[https://doi.org/10.1016/S0211-139X\(06\)72947-X](https://doi.org/10.1016/S0211-139X(06)72947-X)>.
- URRUTIA, A. M. (2017): "Modelo de cuidado centrado en la persona con reducción del uso de sujeciones físicas y químicas: conceptualización e implantación" [tesis doctoral], Madrid, Universidad Complutense de Madrid, <<https://eprints.ucm.es/id/eprint/44615/1/T39274.pdf>>.
- ZANZA, M. J.; TORONJO, A.; ROJAS OCAÑA, M. J.; DÍAZ DE DURANA, O.; ELSDEN, C. A. y SOLDEVILLA, J. J. (2004): "Uso de restricciones físicas en las instituciones gerontogeriatricas", *Gerokomos*, vol. 15, n.º 4, pp. 217-227, <<https://gerokomos.com/wp-content/uploads/2015/01/15-4-2004-217-rincon.pdf>>.

