

CLAUDIA VIASCÁN CASTILLO

Universidad Maimónides
Ciencias del Envejecimiento
Especialización en Gerontología Social

TESIS

**“SUJECIONES FÍSICAS EN PERSONAS MAYORES
INSTITUCIONALIZADAS”**

Buenos Aires, 2019

A mi mamá Trini que siempre está.

A mis papás, por darme la vida.
Especialmente ati mamá
por acompañarme a vivirla.

A mis hermanas Tere y Alejandra,
por compartir sus vidas conmigo.

A mis sobrinos Juli, Mau, Fer y Ale,
por existir, por sonreír, por abrazarme.

A mi esposo Gustavo, por amarme.

A Dios que me ama.

AGRADECIMIENTOS:

A Sofía y Rene, por toda su paciencia para transmitir el amor y el respeto por los viejos.

A Mariana, por su generosidad y por toda su ayuda para la elaboración de esta tesis.

A Fernando, por la confianza de abrirme las puertas de su institución.

A Sonia y Romina, por su ejemplo y perseverancia para cambiar la cabeza de la gente.

A mis compañeros, por elegir cuidar a los viejos desde el amor y la compasión y por compartir conmigo este camino.

ÍNDICE	
SUJECIONES FÍSICAS EN PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS	1
RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO 1	8
LAS SUJECIONES FÍSICAS EN PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS	8
1.1. Tipos de sujeciones	11
1.2. Perspectivas teóricas respecto del uso de sujeciones físicas en personas mayores institucionalizadas	14
CAPÍTULO 2	17
LAS SUJECIONES FÍSICAS EN PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS A LA LUZ DE LA LEGISLACIÓN ARGENTINA	17
2.1. La libertad en la normativa nacional e internacional	17
2.2. Las razonables limitaciones a la libertad	19
2.3. Los medios para sujetar a la luz de la legislación	24
2.4. El consentimiento informado requerido para el uso de sujeciones	25
CAPÍTULO 3	28
METODOLOGÍA	28
CAPÍTULO 4	35
PROGRAMA “DESATAR AL ANCIANO Y AL ENFERMO DE ALZHEIMER” DE LA CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE ORGANIZACIONES DE MAYORES	35
4.1. Proceso de certificación	36
CAPÍTULO 5	38
PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE UN ESTABLECIMIENTO PRIVADO PARA PERSONAS MAYORES SOBRE EL USO DE SUJECIONES FÍSICAS EN PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS	38
CONCLUSIONES	47
RECOMENDACIONES	48
BIBLIOGRAFÍA	50
ANEXOS	55
Anexo 1	56
Anexo 2	58
Anexo 3	59

Sujeciones físicas en personas mayores institucionalizadas

RESUMEN. La institucionalización de las personas mayores es hoy una creciente realidad, y en este escenario el uso de sujeciones físicas es una rutina aceptada en los establecimientos para personas mayores. Esta investigación tiene como objetivo estudiar los facilitadores y los obstaculizadores para la eliminación de las sujeciones físicas en estos establecimientos, siendo la formación el facilitador más importante y los prejuicios el principal obstaculizador.

Se realizó un estudio de tipo cualitativo en un establecimiento privado para personas mayores de la Ciudad de Buenos Aires, certificado como “centro libre de sujeciones” bajo el Programa Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer, administrado por la Confederación Española de Organizaciones de Mayores. La técnica utilizada fue la encuesta, la cual que fue administrada por la investigadora a todo el personal del establecimiento, integrado por 64 personas. Las encuestas fueron aplicadas en forma de entrevista y fueron acompañadas por la observación directa.

Los principales resultados fueron que más de la mitad del personal de la residencia considera que no es necesario usar sujeciones físicas en las personas mayores institucionalizadas para evitar que deambulen de manera errática, tomen objetos o molesten a otras personas, ni para proporcionarles descanso o seguridad o para sustituir la vigilancia del personal; sin embargo, parte del equipo reconoce su utilidad para evitar que se arranquen un catéter o sondas y en menor medida para proteger que se caigan de la cama, siendo principalmente personal de enfermería y asistencia directa del centro quienes tienen esta consideración.

Palabras clave: persona mayor, persona mayor institucionalizada, sujeción física, establecimiento para personas mayores.

“La libertad, Sancho, es uno de los más preciosos dones que a los hombres dieron los cielos; con ella no pueden igualarse los tesoros que encierra la tierra ni el mar encubre; por la libertad así como por la honra se puede y debe aventurar la vida, y, por el contrario, el cautiverio es el mayor mal que puede venir a los hombres.” (Miguel de Cervantes Saavedra)

Introducción

En Argentina, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires posee la población más longeva del país y el más elevado porcentaje de personas de 80 años o más. En el año 2016, la edad modal de los fallecimientos en el país fue 86 años para ambos sexos, ocurriendo el mayor número de muertes en personas mayores de 75 años; en el año 2017, el 53% del total de defunciones se registraron en personas de 75 años y más (Redondo, 2019).

Paralelamente al aumento de la esperanza de vida del ser humano se evidencia la falta de capacidad de las familias para seguir cuidando a las personas mayores en casa, no obstante que esta sea la tendencia actual. Actualmente en Argentina no se cuenta con otros servicios socio sanitarios salvo el de los establecimientos para personas mayores o residencias de larga estadía y, como señala Redondo (2019), “La falta de entornos propicios y saludables, así como de servicios sociales formales de base comunitaria que complementen los esfuerzos familiares, determina el ingreso precoz a instituciones de larga estadía de personas mayores con niveles leves y moderados de dependencia que podrían vivir en sus hogares con buenas condiciones de seguridad y confort.”

La regulación de los establecimientos para personas mayores es un tema pendiente en la agenda nacional, no obstante que en cada jurisdicción se ha legislado sobre la materia. Argentina está lejos de los parámetros que marca el orden internacional respecto de estas instituciones, especialmente por lo que toca a la protección de los derechos de las personas mayores alojadas en ellas. Las investigaciones empíricas

disponibles en nuestro país ponen de manifiesto que es demasiado frecuente el avasallamiento de derechos humanos inalienables. Existen fallas en los procedimientos de admisión, de las cuales la más importante es la falta de requerimiento del consentimiento de la persona mayor para su ingreso. A esto se suman aspectos de la dinámica cotidiana de las instituciones que afectan la integridad física, psíquica y moral de las personas institucionalizadas, así como su libertad de circulación; por ejemplo, un estudio efectuado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires observó que en el 73% de los establecimientos entrevistados se utilizaban sujeciones físicas para evitar caídas (Redondo, 2019).

Según la Organización Mundial de Salud (2018) “Las tasas de maltrato a personas mayores son altas en instituciones como residencias de ancianos y centros de atención de larga duración: dos de cada tres trabajadores de estas instituciones indican haber infligido malos tratos en el último año.”

La preocupación por el maltrato de las personas mayores ha ido en aumento desde hace varios años, a partir de la toma de conciencia del fenómeno de la gerontoglobalización, pues en los próximos decenios, tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados, se producirá un enorme aumento de la población de la tercera edad. Según las predicciones, en el año 2025 la población mundial de 60 o más años será de cerca de 1,200 millones (Organización Mundial de la Salud, 2002).

La Organización Mundial de la Salud considera que: “el maltrato de las personas mayores se puede cometer tanto por acción como por omisión, (en ese caso, por lo común se denomina “descuido”), y que puede ser intencional o no. Además, puede ser de carácter físico o psíquico (este último incluye las agresiones emocionales o verbales), o puede entrañar abuso económico u otros perjuicios materiales. Cualquiera que sea el tipo de maltrato, es indudable que el anciano será víctima de sufrimientos innecesarios, de lesiones o dolor, pérdida o violación de sus derechos humanos y deterioro de su calidad de vida.”

Los tipos más comunes de maltrato institucional son el abuso físico y el abuso psicológico. Dentro de las formas más comunes de abuso físico están las relacionadas con la seguridad de los pacientes, por ejemplo, la sujeción indebida, empujar, coger, golpear a las personas institucionalizadas. Entre estas formas de maltrato Rueda (2008) considera que están incluidas las restricciones físicas, señalando que “Las indicaciones de las restricciones físicas se producen por evitar o reducir riesgo de caídas, evitar posturas anómalas, prevenir lesiones, potenciar terapias conductuales, evitar deterioro de las instalaciones.”

El uso de sujeciones físicas en personas mayores institucionalizadas es un tema real que se niega, se oculta o se disfraza. Aunque los establecimientos para personas mayores y/o los empleados de estos llamen de diversas maneras al acto de contener a una persona mayor o al dispositivo mediante el cual restringen sus movimientos, lo cierto es que atan.

Como abogada y actualmente en el marco de la Maestría en Gerontología Social que curso en la Universidad Maimónides, me sorprendí al reconocer en esta práctica de las sujeciones físicas un acto que atenta contra la dignidad del ser humano, porque cuando mi abuela estuvo hospitalizada con un cuadro de neumonía, el argumento de sujetarla fue evitar que se hiciera un mal mayor, procurando que no se arrancara la sonda por la cual le suministraban oxígeno; discutí muchas veces con el personal de enfermería del hospital por el dolor y la culpa que esto me provocaba, y aunque reiteradamente me cuestioné y sorprendí ante esta práctica preguntándome si era posible que una persona cuidara de otra amarrándola, el amor por mi abuela tergiversó la realidad, aceptando como adecuado e inocuo un acto violento.

Actualmente con un poco más de conocimiento sobre las personas mayores y abocada a esta investigación, me siento con la obligación de hablar e investigar sobre el uso de las sujeciones físicas en personas mayores institucionalizadas. Al efecto y en torno a esta investigación me he hecho varias preguntas sobre el uso de estos dispositivos ¿son las sujeciones físicas la mejor estrategia para evitar un mal mayor en la persona que se cuida? Por ejemplo, ¿es válido sujetar a una persona mayor para evitar que se caiga o para evitar que se arranque una sonda? ¿por qué

seguir alimentando por sonda a una persona con una enfermedad crónica avanzada e irreversible, si la hiporexia o la anorexia son síndromes que pueden acompañar el proceso de la enfermedad? ¿por qué amarrar a una persona mayor para que no se caiga al caminar o para que no se caiga de la cama? ¿acaso cuando éramos pequeños nos ataron para no caer?

El Diccionario de la Lengua Española define el acto de sujetar como el acto de someter al dominio, señorío o disposición de alguien (Real Academia Española, 2017).

Por su parte el Diccionario de Términos Médicos define al instrumento en sí mismo, es decir, al dispositivo con el que se infringe la sujeción, como una cosa con que algo está sujeto de modo que no pueda separarse, desplazarse o caerse (Real Academia Nacional de Medicina, 2011). Al respecto el Gran Diccionario de la Lengua Española lo define como cualquier cosa o medio que sujeta a otra cosa o persona de modo que le impide moverse, caerse o separarse... agarre, ligadura (Gran Diccionario de la Lengua Española, 2008).

Partiendo de estas definiciones, uno de los problemas planteados en esta investigación es la falta de conciencia en el personal que cuida a nuestros viejos y en las familias de estos viejos, sobre lo que son las sujeciones y lo que genera su uso en las personas mayores institucionalizadas, por lo que me planteé como objetivo analizar la percepción del personal de un establecimiento para personas mayores respecto del uso de sujeciones físicas en el cuidado de esta población.

El informe de la investigación está organizado en seis capítulos. En el primero de ellos he elaborado un análisis teórico sobre las sujeciones físicas en personas mayores institucionalizadas y la tipología de sujeciones según distintas clasificaciones; asimismo, se abordan las diferentes perspectivas teóricas sobre el uso de sujeciones físicas. De la bibliografía relevada se deduce que hay diferentes posturas sobre el uso de sujeciones físicas. Hay quienes están a favor del uso de estos dispositivos bajo la premisa de proteger a las personas mayores alojadas. Otros quienes aseveran que el uso de sujeciones es un acto violento y violatorio de

los derechos humanos de a quienes se les aplican. Por último, una posición intermedia que señala que en determinadas circunstancias y casos específicos debe considerarse sujetar a las personas mayores. Más adelante profundizaremos en estas posturas.

En el capítulo dos se analiza el uso de sujeciones físicas en establecimientos para personas mayores a la luz de la legislación argentina, pues considero que el marco legal aplicable es determinante para la percepción del personal de una institución, con la consideración de que los establecimientos para personas mayores fueron concebidos para brindar cuidados a quienes por su fragilidad debían ser protegidas, por lo cual, la mayoría de las acciones que realizan son paternalistas y promueven una mayor dependencia (Cataldi, 2017).

En el capítulo tres se describe la metodología empleada para la investigación que se presenta. He realizado un estudio de tipo cualitativo en un establecimiento privado para personas mayores ubicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el cual se encuentra certificado como “centro libre de sujeciones” por la Confederación Española de Organizaciones de Mayores. El trabajo de campo se inició en marzo de 2019 y finalizó en junio del mismo año. Se realizó sobre una muestra de 64 personas empleadas de la institución que desempeñan diversas funciones, desde dirección, administración, hotelería, personal médico, enfermería, hasta terapeutas y asistentes gerontológicos.

En el capítulo cuatro se explica en que consiste el programa “Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer” que sirvió de instrumento para la certificación de la institución de análisis como “centro libre de sujeciones”.

En el capítulo cinco analizo los resultados de esta investigación en torno a la percepción del personal del establecimiento sobre el uso de sujeciones físicas en personas mayores institucionalizadas. La problemática de usar o no sujeciones para contener personas mayores surge desde la actitud que cada uno asocia a la palabra sujetar. Considero que sujetar, contener, agarrar, paralizar, inmovilizar, amarrar, son

todas palabras que significan lo mismo para al sujeto receptor: restringir su movilidad. Las sujeciones son una limitación a la libertad.

Finalmente, en el capítulo seis se vierten las conclusiones de la investigación y el trabajo de campo realizados y se elaboran algunas recomendaciones al amparo de preguntarnos ¿se puede cuidar sin sujetar?

*“Hay dignidad en tomar un riesgo y puede haber una indignidad deshumanizadora en la seguridad.”
(Robert Perske)*

Capítulo 1

Las sujeciones físicas en personas mayores institucionalizadas

En las personas mayores el estado de salud depende de diversos factores que van más allá de la propia salud; el envejecimiento no es sinónimo de presencia de enfermedades, y cada vez es mayor la esperanza de vida del ser humano. De aquí que resulte determinante en la calidad de vida de esta población, trabajar con intervenciones que converjan en todo lo que a la persona mayor concierne, es decir, servicios de atención y cuidado que tengan una visión holística orientada en la atención integral centrada en la persona. Desde esta perspectiva, actualmente en Argentina, la institucionalización de las personas mayores es la única alternativa de servicios sociales formales a la que pueden recurrir las familias en caso de fallas en su capacidad de soporte (Redondo, 2019).

La falta de regulación de estos establecimientos ha dejado un amplio margen de acción a los mismos, evidenciado la vulneración de derechos en la atención de las personas mayores, por ejemplo, al naturalizar el uso de sujeciones físicas.

Si bien el tema de las sujeciones físicas está adquiriendo relevancia, sin embargo es un tema poco discutido y analizado sin profundidad. En los establecimientos para personas mayores, el personal tiene como tarea principal el cuidado de las personas que ingresan para residir en estos establecimientos, por tanto el concepto de cuidado que cada uno tiene es piedra angular para dirimir sobre el tema del uso de sujeciones físicas. De acuerdo con el Diccionario de la Lengua Española el cuidado es la acción de cuidar, asistir, guardar, conservar (Real Academia Española, 2017). Este concepto implica un vínculo, entre el que cuida y el que es cuidado, y este cuidado va más allá de la salud.

Así lo reconoce la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores al establecer entre sus principios el asegurar la atención y el cuidado de las personas mayores en cualquier ámbito, haciendo énfasis en el cuidado a largo plazo, en donde puntualiza el derecho de las personas mayores a recibir un sistema integral de cuidados que provea la protección y la promoción de la salud, teniendo en cuenta la dignidad e integridad física y mental de quienes allí se alojan.

Sin embargo, los establecimientos que se dedican a la atención y cuidado de las personas mayores no siempre dan efectivo cumplimiento a estas disposiciones. De esta manera, el “contener” para cuidar es práctica aceptada en el cuidado de las personas mayores en las residencias de larga estadía, no obstante que sea un acto que limita la libertad de la persona a la que se contiene. Hemos entrecomillado el concepto contener, pues a la par del concepto sujetar, es más fácil de aceptar el primero, no obstante que ambos conceptos signifiquen lo mismo: limitar la libertad de movimientos.

El personal de los establecimientos para personas mayores, que es depositario de la confianza de las personas que recurren a ellas para su cuidado, muchas veces consideran que las personas mayores, por el hecho de serlo (viejismos), son personas enfermas o más frágiles y vulnerables y por ende sujetos más propensos a descuidos, accidentes y caídas, sin olvidar que en muchos casos las demencias acompañan a esta condición, convirtiéndolos en personas que exigen un “cuidado especial” para “evitar un riesgo mayor”; es con base en estos prejuicios que se acepta el uso de sujeciones físicas.

Burgueño (2003) señala que las personas sometidas por una sujeción física “se enfrentan a una pérdida de autonomía, dignidad y autoestima.” Usar sujeciones genera más daños que beneficios; las lesiones que se producen a partir de la sujeción pueden ser leves o incluso llegar a la muerte. El uso rutinario de sujeciones físicas en personas mayores puede ocasionar efectos físicos y psicológicos, entre otros úlceras por presión, infecciones, incontinencias (urinaria y fecal), disminución

del apetito, estreñimiento, pérdida del tono muscular, atrofia muscular, debilidad, aislamiento social, miedo, ira, apatía, depresión, agresividad.

¿Quiénes tienen más riesgo de caerse? Personas mayores de 65 años, aquellas que hayan sufrido caídas previas, personas mayores con dificultades en los sentidos, personas con inestabilidad en la marcha, con problemas para moverse, levantarse o incorporarse, personas con deterioro cognitivo, entre otros. Por lo tanto, no es un problema que deba generalizarse.

Las caídas son normales en todas las personas, a cualquier edad, sin embargo, parecería cierto que en las personas mayores son más frecuentes; así, el 30% de los mayores de 65 años, han sufrido una caída al menos una vez al año. Este porcentaje aumenta al 35% en personas mayores de 75 años y a 80% en los mayores de 80 años (Rubín, 2016). No obstante los números anteriores, sujetar a los viejos para prevenir que se caigan no es una solución. Al respecto Rubín señala que “Ante una caída siempre se deberá: Intentar identificar la causa, evaluar las consecuencias y evaluar las circunstancias en las que se ha producido el evento. Es necesario realizar una valoración exhaustiva de la persona mayor en búsqueda de los factores de riesgo, tanto intrínsecos como extrínsecos, y las consecuencias de la caída. Luego debe elaborarse un plan de tratamiento y de prevención de complicaciones y nuevos eventos.” El cuidado de las personas mayores, como el de cualquier otro sujeto, debe hacerse atendiendo a lo que la persona es y a sus necesidades.

Derivado de esta conceptualización del cuidado, se han realizado diversas investigaciones para conocer la prevalencia en el uso de dispositivos que ayuden a contener a los pacientes, en la tarea de cuidado. Asimismo, diversas investigaciones científicas han demostrado que el uso de sujeciones físicas para contener genera más daños y a veces con peores consecuencias, que aquellos que se pretenden evitar, como las caídas (Soto, 2015).

Las principales situaciones frente a las cuales se usan las sujeciones físicas son: el control de conductas que representen una amenaza para la integridad física de la

persona que es cuidada o de otras personas, el control de programas terapéuticos, por conveniencia o comodidad de las personas que cuidan o como reemplazo de la vigilancia en el cuidado, para evitar caídas, ente otras.

De acuerdo con el estudio titulado “Documento de Consenso Sobre Sujeciones Mecánicas y Farmacológicas” presentado por el Comité Interdisciplinario de Sujeciones de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, las sujeciones son una privación de la libertad de movimiento de la persona, por lo que debe evitarse su uso, y solamente utilizarlas de forma excepcional en determinadas situaciones extremas en las que no existe otra intervención alternativa, o bien hayan fracasado todas las implantadas, y siempre utilizarlas con un carácter temporal y de forma racional o proporcional (Sociedad Española de Geriátría y Gerontología [SEGG], 2014).

1.1. Tipos de sujeciones

Las sujeciones pueden clasificarse desde distintas perspectivas, por los métodos de aplicación, por los dispositivos utilizados, por la temporalidad que permanecen, por la aceptación por parte de la persona a la cual se aplican, entre otros.

Atendiendo a los métodos de aplicación, la SEGG las clasifica en: sujeciones físicas o mecánicas y sujeciones farmacológicas. Las primeras entendidas como cualquier procedimiento o método, que, mediante un dispositivo material, equipo mecánico o físico, unido, adyacente o atado al cuerpo del paciente, que éste no sea capaz de mover o retirar con facilidad, deliberadamente limite la libertad de movimientos de todo o una parte del cuerpo o el acceso normal al propio cuerpo.

No obstante la claridad de la definición anterior, sigue habiendo discusión sobre el uso de algunos dispositivos, que aun cuando caben en la descripción, no se consideran por algunas personas como sujeciones físicas, tal es el caso de las barandas de las camas, las cuales se utilizan para evitar que las personas mayores se levanten o se caigan.

Por otra parte, esta organización considera como sujeciones químicas el uso de psicofármacos que limitan o restringen la movilidad y comprometen las actividades de la vida diaria, así como el funcionamiento mental, con el objetivo de controlar la conducta inadecuada o molesta, y siempre que no tenga su base en un trastorno psiquiátrico o médico diagnosticado.

De la clasificación anterior se deduce que, en la aplicación de un dispositivo de esta naturaleza, sobresale la intención por parte de quien lo aplica, en el caso de las sujeciones físicas, del que amarra para limitar la libertad de movimiento, y en las sujeciones químicas, del que medica para limitar la libertad de movimiento.

Una clasificación interesante para los efectos de esta investigación es la que se hace de acuerdo con la finalidad que persiguen las sujeciones, diferenciando entre las sujeciones que responden a la seguridad de la persona a la que se cuida, las sujeciones que se usan como facilitadores de labores y otras. Dentro de las primeras se encuadran las sujeciones que se usan para evitar caídas, las que se usan para la instauración de medidas terapéuticas y las que se usan para prevenir conductas autodestructivas. Entre las que facilitan labores encontramos: las sujeciones para contener la agresividad o agitación y la deambulación errática, las que se usan para que el personal del establecimiento pueda cumplir sus horarios, y aquellas que se usan para sustituir la vigilancia. Por último, entre los otros usos, se manifiesta el que se hace por solicitud de los familiares (Martínez N., 2015).

En la práctica se ha considerado que el acto de sujetar es necesario en diversos casos, por ejemplo, por la falta de personal, por el mal carácter del viejo, por las enfermedades y deterioros que las personas mayores padecen, entre otros, todos, juicios anticipados que se expresan como principales justificaciones para sujetar, pero ¿no existe una mejor intervención para el tratamiento de esos “problemas”? También en diversos casos se les ha llegado a denominar “medidas terapéuticas”, argumentando que son indicaciones que vienen acompañadas de la consulta interdisciplinaria del equipo de la institución o de la prescripción del médico tratante, pero ¿qué curan o qué alivian las sujeciones físicas para llamarlas medidas terapéuticas? Según el Diccionario de la Lengua Española son terapéuticos las

prácticas y conocimientos encaminados al tratamiento de dolencias (Real Academia Española, 2017)

Asimismo, de la mano de la premisa de “atar para cuidar” aparece en el personal a cargo del cuidado y atención de las personas mayores institucionalizadas, el temor a los reclamos por parte de la familia ante la caída del padre, de la madre o del hijo; el temor a las demandas legales por “maltrato” o “descuido”, sin embargo, debe ser trabajo de las instituciones, de las familias y de las personas alojadas en la institución, empoderar al personal de atención para reconocer que el vivir implica riesgo y que una vida digna y de calidad conlleva esos riesgos.

Muchas veces, síntomas como la agresividad, la deambulación o el insomnio en las personas mayores alojadas en estos establecimientos, obedecen a causas distintas que a la mera “desobediencia” o “rebeldía”; la mayoría de las veces corresponden a la presencia de síndromes geriátricos, más que al estado de salud (enfermedad de base) ¿y si se atendiera a la verdadera causa del comportamiento de las personas mayores institucionalizadas, estas conductas se podrían tratar de modo distinto al uso de sujeciones físicas?

Considero que este es el trabajo del personal de un establecimiento para personas mayores, lugar al que va esta población para recibir cuidado y asistencia; es ahí en donde el equipo interdisciplinario de estos establecimientos está autorizado para poner en marcha su conocimiento, sus aptitudes o capacidades y sus habilidades e imaginación, para proponer intervenciones que obedezcan al objetivo de la institución, que es ayudar a las personas mayores a tener mejor calidad de vida y a mantener su autonomía e independencia el mayor tiempo posible.

El modelo de atención centrada en la persona es uno de estos recursos que deben implementarse en los establecimientos para personas mayores. Martínez T. (2016) considera que la atención centrada en la persona aplicada a los recursos gerontológicos es “un enfoque de la intervención en el que las personas usuarias se convierten en el eje central de la organización del centro o servicio y de las actuaciones profesionales.”

Señala que trabajar con este enfoque implica asumir una serie de principios orientados a la atención, principios que deben cumplirse todos los días: 1. Todas las personas tenemos dignidad, 2. Cada persona es única, 3. La biografía es la razón esencial de la singularidad, 4. Las personas tenemos derecho a controlar nuestra propia vida, 5. Las personas con grave deterioro cognitivo también tienen derecho a ejercer su autonomía, 6. Todas las personas tenemos fortalezas y capacidades, 7. El ambiente físico influye en el comportamiento y bienestar subjetivo, 8. La actividad cotidiana tiene una gran importancia en el bienestar personal, 9. El ser humano es un ser social y nos relacionamos desde relaciones de interdependencia, y 10. Las personas somos seres multidimensionales dinámicos, por tanto, sujetos a cambios (Martínez T., 2016).

Esta estrategia de trabajo nos invita y debe obligarnos a pensar en una verdadera solución a las complejidades que se presentan en la atención y el cuidado de las personas mayores institucionalizadas. La atención de las personas mayores debe ser integral, atendiendo a lo bio, lo psico y lo social; por lo tanto, es una necesidad conocer no sólo su historia y su biografía, también se debe saber y atender todo lo que hace a su salud, su estado físico y su estado emocional. Es en función de la persona que solicita estos servicios, y de su familia, que deben planificarse las intervenciones y tomarse las decisiones respecto de su cuidado y atención.

1.2. Perspectivas teóricas respecto del uso de sujeciones físicas en personas mayores institucionalizadas

En el campo de esta investigación hay tres grandes corrientes; la de quienes consideran que las sujeciones físicas son medidas terapéuticas necesarias para evitar daños mayores en las personas institucionalizadas; la de quienes aseguran que las sujeciones no deben usarse, pues no ayudan ni curan a las personas a quienes se les aplican, y en muchos casos son más los daños que pueden ocasionar; y en el medio de estas posturas hay quienes sin aceptar por completo y como modelo el uso de las sujeciones físicas para controlar síntomas conductuales, sí justifican su uso en determinados casos y bajo determinadas circunstancias.

Esta última postura es recogida por la SEGG (2015) en el Documento de Consenso Sobre Sujeciones Mecánicas y Farmacológicas. Este documento avala el uso de sujeciones físicas excepcionalmente y bajo ciertos supuestos, lo cual nos abre la visión de que la perfección del acto o el bien absoluto no es alcanzable de una sola vez y en un solo acto. La eliminación de las sujeciones físicas en el cuidado de las personas mayores es un acto progresivo y acorde a la disponibilidad de medios alternativos, entre otros, inversión financiera, recursos humanos y físicos, capacitación.

Según la SEGG, no existen trabajos de investigación basados en evidencia científica que justifiquen el uso de sujeciones. Releva como recurrentes causas para su uso: la instauración y el aseguramiento de medidas o cualquier otro procedimiento terapéutico necesario para la supervivencia, el control de la agitación y otras alteraciones conductuales, garantizar la inmovilización o descarga prescrita en determinados procesos traumatológicos, la prevención de caídas, el vagabundeo errático no controlado y el control postural. Por el contrario, diversas investigaciones señalan que las personas mayores y en especial los que tienen alguna demencia, presentan síntomas conductuales que al no ser bien analizados por un equipo interdisciplinario pueden confundirse y mal atenderse, lo cual deriva en el uso de estos dispositivos por elección de los profesionales (SEGG, 2014).

En esta línea de pensamiento diversas instituciones han creado programas para trabajar y capacitar respecto del uso de sujeciones (físicas y químicas) en residencias de larga estadía, proponiendo programas de certificación sobre estos centros, resaltando la utilidad del trabajo interdisciplinario, las intervenciones centradas en la persona y el abordaje libre de sujeciones.

En esta línea de trabajo se creó el programa “Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer” (2003) por la Confederación Española de Organizaciones de Mayores, que tiene por objetivo conseguir que las personas mayores y enfermas de Alzheimer vivan libres de restricciones de cualquier tipo; asimismo, el “Modelo de Cuidado Centrado en la Persona y Sin Sujeciones” al que la Fundación Cuidados Dignos ha

llamado “Norma Libera-Care” (Sistema de Gestión de la Calidad de Vida en el Cuidado en Centro de Atención Sanitaria, Social y Sociosanitario) (2015), que tiene como objetivo el cuidado transversal, basado en la atención o la planificación centrada en la persona, en donde el cuidado se plantea sin sujeciones o con la racionalización de su uso.

En principio todas estas perspectivas están basadas en la bioética, pues todos los modelos de abordaje son elaborados apelando a la dignidad de la persona humana como fundamento, teniendo entre sus objetivos, la humanización de los cuidados.

La teoría más difundida dentro de la bioética es la principalista, que propone cuatro principios rectores: la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia. En donde el principio de autonomía se refiere a la capacidad del ser humano de decidir, poniendo especial atención en lo que respecta a la voluntad de los pacientes. El principio de beneficencia que manda a hacer el bien y el de no maleficencia que obliga ante todo a no hacer daño. Por el principio de justicia todas las personas tienen la misma dignidad, independientemente de las circunstancias, y por ello son merecedoras de la misma consideración y respeto (Vilosio, 2019).

Ana María Urrutia (2015) resalta que es importante tener en cuenta que los principios éticos están basados en valores y los valores son vividos y asumidos de manera diferente por cada profesional, lo que hace que distintos modelos de cuidado de personas mayores puedan convivir. Recalca, que no existen trabajos de investigación basados en evidencia científica que justifiquen el uso de sujeciones, lo que hace que el uso de estas quede a la libre elección de los profesionales encargados de la asistencia.

Fariña (citado en Urrutia, 2015) concluye: “Ambos modelos, a favor y en contra, pueden ser posicionados en una balanza: En un lado estaría el de “respeto por la libertad asumiendo ciertos riesgos” y en otro, el concepto “seguridad”; pero sin olvidar que el uso de contenciones suele atentar contra los derechos de las personas, por lo que debe valorarse cuidadosamente su implementación”.

“Siempre haz lo correcto. Complacerás a algunos y asombrarás al resto.” (Mark Twain)

Capítulo 2

Las sujeciones físicas en personas mayores institucionalizadas a la luz de la legislación argentina

Las sujeciones físicas también pueden y deben ser analizadas desde la legislación vigente, en particular si su práctica debe ser conforme con la Declaración Universal de los Derechos Humanos adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas de 1948 y con la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, adoptada el 15 de junio de 2015 por la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos y recientemente ratificada por Argentina el 9 de mayo de 2017. Estos instrumentos internacionales, que deben ser implementados localmente, propenden a que los derechos fundamentales se traduzcan en garantías que protejan al individuo frente a contextos o situaciones de vulnerabilidad (Davobe, 2018).

2.1. La libertad en la normativa nacional e internacional

Los instrumentos internacionales de derechos humanos, así como las constituciones de los países, cuando se refieren a la libertad, se refieren a ella como a la ausencia de coacción estatal o de injerencia indebida de los poderes públicos. Por este motivo la libertad, en cuanto garantía constitucional, suele estar adjetivada: libertad física, libertad de tránsito, libertad de comerciar, libertad de imprenta, libertad religiosa, libertad de expresión. La libertad, por tanto, debe definirse por la negativa, como la ausencia de coerción o límites para realizar alguna actividad o desarrollar el propio plan de vida. No se trata, entonces, de una garantía absoluta de libertad sino en relación con acciones determinadas y en coordinación y armonía con los derechos de terceros. En lo que nos interesa, se trata entonces de la libertad de movimientos o deambulación, entre lo que podemos incluir la pérdida de libertad que supone para una persona mayor el que se la sujete, ate o que de cualquier modo se le impida la movilidad física.

El artículo 7 de la Convención Americana de Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica), que se refiere al “Derecho a la libertad personal”, está estructurado de manera de proteger a la persona de la indebida privación de la libertad por parte de las autoridades políticas. Así, por ejemplo, veda la detención o el encarcelamiento arbitrarios, regula la obligación de informar los motivos de la detención, la intervención de las autoridades judiciales, entre otros tópicos. En definitiva, el derecho a la libertad ambulatoria o de circulación, está enunciado en términos fundamentales o de derechos humanos de modo incompleto, ya que abarca de modo potencial muy diversas situaciones: libertad de tránsito, de movimientos, de entrada y salida del país, entre otros.

En palabras de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, esta garantía protege exclusivamente el derecho a la libertad física y cubre los comportamientos corporales que presuponen la presencia física del titular del derecho y que se expresan normalmente en el movimiento físico. De aquí que regular el ejercicio de este derecho puede ser una tarea inacabable, por las múltiples formas en las que la libertad física puede expresarse. Sin embargo, sí son regulables los límites o restricciones que el Estado puede legítimamente imponer (Misuraca, 2013).

Por tanto, las limitaciones a la libertad de las personas mayores están implícitamente incluidas en la garantía constitucional a la libertad, pero no porque haya sido esa la intención del legislador, más preocupado de salvaguardar a los ciudadanos del poder político. Tanto el objeto como el sujeto de esas cláusulas constitucionales no son asimilables sin más a la situación que nos ocupa, pero sí en el requisito de que todo límite a la libertad debe ser justificado y legítimo. Al igual que cualquier derecho, la libertad ambulatoria puede ser reglamentada, bajo la premisa constitucional de que la norma que lo reglamente no altere o suprima su ejercicio.

El legislador puede y debe intervenir en las normas iusfundamentales, sin embargo, la reglamentación de una cláusula constitucional no puede ser absoluta, requiere la formulación de límites a las facultades de regulación del legislador ordinario, límites que aseguren el sometimiento de aquél a la Constitución. La doctrina y la

jurisprudencia recientes han hablado, por ello, de la existencia de "límites de los límites" (Cianciardo, 2001). De esta manera, el artículo 28 de la Constitución Nacional establece: "Los principios, garantías y derechos reconocidos en los anteriores artículos, no podrán ser alterados por las leyes que reglamenten su ejercicio" (Ley 24.430, 1995), y a su vez, el artículo 482 del Código Civil y Comercial de la Nación justifica la limitación de la libertad personal en "riesgo cierto e inminente para sí o para terceros." (Ley 26.994, 2014).

2.2. Las razonables limitaciones a la libertad

En Argentina no hay una ley nacional referida a las sujeciones de las personas mayores, pero sí hay normas relativas a la internación forzosa, que también se puede considerar una limitación a la libertad ambulatoria. Se trata del Capítulo VII de la ley 26.657, denominada Ley Nacional de Salud Mental, la que contiene elementos que pueden ser útiles al momento de analizar la sujeción de las personas mayores. El artículo 14 de esa ley indica que "La internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social. Debe promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellas excepciones que por razones terapéuticas debidamente fundadas establezca el equipo de salud interviniente". Luego, el artículo 20, brinda otros elementos que pueden ser útiles a nuestro objeto de estudio: "La internación involuntaria de una persona debe concebirse como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros (...)." (Ley 26.657, 2010).

De las previsiones de la Ley Nacional de Salud Mental se pueden deducir algunos principios que podrían ser considerados de general aplicación a todas las restricciones ambulatorias, incluyendo a las que nos ocupa; entre otros, que las limitaciones a la movilidad se justifican en la medida que no haya otros medios para

resolver las dificultades de la persona y que las dificultades que se pretenden resolver deben corresponder principalmente a la persona; solo secundariamente, y de modo muy restrictivo, se pueden aplicar limitaciones en beneficio de terceros, sea el entorno familiar, profesional o de la institución donde se encuentre alojada la persona. Las limitaciones deben estar indicadas por el equipo de salud interviniente, deben ser lo más breves posibles, bajo adecuada supervisión y monitoreo, mediante constancias en la historia clínica o la ficha de enfermería, deben ser informadas y objeto de un consentimiento informado, con participación del entorno familiar, y si se prolongan en el tiempo, deben ser supervisadas por la autoridad administrativa o judicial.

Entendemos que estos principios son necesarios tanto para evaluar situaciones particulares, así como para establecer los lineamientos de las regulaciones específicas que se requieren para salvaguardar los derechos de las personas mayores en los establecimientos geriátricos.

Si bien en Argentina no hay una legislación nacional que regule el funcionamiento y la calidad de los servicios que prestan los establecimientos para personas mayores, hay distintas regulaciones que hacen lo que a su materia corresponde y hay distintas autoridades que aplican esas disposiciones; asimismo, hay distintas normas locales que se encargan de la reglamentación de esta materia, como es el caso de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en la que mediante la ley 5.670 y su reglamento, se regula a estos establecimientos (Ley 5.670, 2016).

Considero que la intención del legislador al promulgar esta ley, es resguardar los derechos de las personas mayores; sin embargo, este proceso no ha podido concretarse por la falta de reglamentación de varias de las disposiciones, por ejemplo el artículo 33, que habilita al uso de sujeciones físicas en estas instituciones. Este artículo establece:

“En el caso de que a los fines de evitar un riesgo para sí o para con terceros se prescriba aislamiento, restricción de libertad ambulatoria o contención, deberán indicarse expresamente los motivos y el plazo de duración no podrá

ser mayor a siete (7) días. El profesional podrá reiterar tal prescripción hasta un máximo de dos veces consecutivas de períodos idénticos. Cumplido ello el plazo solo podrá ampliarse mediante orden judicial, sin perjuicio de lo cual se podrá continuar la medida hasta tanto se expida el juez interviniente.

Los pretales y sujetadores para muñecas y tobillos médicos son los únicos dispositivos autorizados para efectuar las sujeciones.”

En principio, el precepto citado no prohíbe el uso de sujeciones físicas en los establecimientos para personas, al contrario, lo habilita. Sin embargo, la disposición señala que las sujeciones sólo podrán realizarse bajo los siguientes supuestos:

- 1.- Sólo pueden prescribirse sujeciones físicas para evitar un riesgo para la persona mayor alojada o para con terceros;
- 2.- Las sujeciones físicas deben ser prescritas por un profesional, indicando expresamente los motivos y el plazo de duración;
- 3.- La duración de las sujeciones físicas no debe ser mayor a 7 días, pudiendo reiterarse la prescripción 2 veces más por periodos de 7 días cada una.

Comparando esta disposición con aquellas de la Ley Nacional de Salud Mental, vemos que a grandes rasgos los requisitos de una y otra son semejantes. Algunos son objetivos y mensurables: que las sujeciones estén prescritas durante cierto tiempo, que hayan intervenidos los profesionales de la salud, que se haya comunicado a las autoridades, que se haya prestado el consentimiento informado. Pero hay otros elementos más difíciles de ejecutar, ya que requieren una valoración y decisión de las personas a cargo del paciente o de la persona mayor. Se trata de evaluar si, de acuerdo con las circunstancias, la sujeción física aporta “mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones”, si existe una “situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros” o si es necesario “evitar un riesgo para sí o para con terceros”.

Como se puede observar, ambas legislaciones requieren del ejercicio de un conocimiento prudencial, ya que no es posible detallar en una norma todas las posibles situaciones que se pueden presentar para la institución o su personal al momento de decidir y ejecutar algún método de sujeción u ordenar una internación

forzosa. La evaluación y decisión requerida permite cierta discrecionalidad, ya que se deben ponderar situaciones de la persona y su entorno, qué alternativas hay, qué instalaciones o con qué personal se cuenta, quiénes podrían correr riesgos y qué tipo de riesgos.

En definitiva, estamos ante situaciones que requieren que los operadores tomen una decisión informada, basada en datos objetivos, pero también forzándolos a asumir riesgos. Como modo de facilitar ese discernimiento, el artículo 20 del Decreto Reglamentario de la Ley Nacional de Salud Mental establece: “Entiéndese por riesgo cierto e inminente a aquella contingencia o proximidad de un daño que ya es conocido como verdadero, seguro e indubitable que amenace o cause perjuicio a la vida o integridad física de la persona o de terceros” (Decreto 603, 2013). De aquí que no serían admisibles como argumentos el facilitar la gestión del establecimiento o hacer más liviana la tarea del personal o lograr una ecuación económica donde prime la eficiencia en el uso de los recursos o la eficacia del resultado.

Las normas comentadas, al regular el uso de las sujeciones, apelan a la formación gerontológica de todo el personal que trabaja en estos establecimientos, junto con el respeto de los protocolos y el uso de buenas prácticas. En definitiva, la legislación establece que la obligación de dar un trato digno a las personas mayores y respetar su derecho a la libertad queda en la decisión informada de quienes tienen a cargo su cuidado.

Adicionalmente, y como reaseguro, la Ley 5.670 establece que su cumplimiento y supervisión queda a juicio de la autoridad de turno. Para efectos de vigilar el cumplimiento de lo que respecta al uso de sujeciones físicas, algunos establecimientos para personas mayores dejan la decisión en manos de los familiares, otros apelan a la determinación en sede judicial, otros presentan un pequeño escrito que señala el nombre de la persona mayor alojada, la prescripción de uso de sujeciones y el plazo por el que se prescribe su uso, amparándose todos bajo la presunción de que están “a salvo” mientras la justicia no resuelva.

Preliminarmente se puede concluir que falta concretar reglamentariamente cómo cumplir con los preceptos legales, ya que ni las mismas autoridades que tienen como función fiscalizar el funcionamiento de los establecimientos para personas mayores tienen claridad al respecto. Esto se pudo verificar en la praxis de la Unidad Ejecutora de Registro y Regulación de Establecimientos Geriátricos, autoridad de aplicación de la Ley 5.670. Tal como lo ha manifestado el personal de esta unidad en diversas conferencias, no parece existir una gran preocupación por la letra ni el espíritu de la ley respecto de las sujeciones, pues sólo verifica, a los fines del cumplimiento de la normativa, que el representante del establecimiento presente un escrito en los tribunales de la Ciudad de Buenos Aires, mediante el cual se solicite autorización del uso de sujeciones físicas en las personas que se indican en dicho documento, señalando únicamente el nombre de la persona que ya tiene las sujeciones físicas, sus datos generales y el padecimiento que origina la intervención. Sin embargo, no hay ninguna verificación del hecho, ni de la necesidad de esta intervención; tampoco hay caso en que se presente la información de modo previo respecto de quienes las requieren. Al escrito le sigue un sello de recibido y ese documento es el que demuestra que el establecimiento ha cumplido con lo que la norma ordena.

Por su parte la Unidad de Control en Establecimientos Privados para Adultos Mayores (CEPPAM), que está encargada de evaluar los aspectos psicosociales y relativos a la protección de derechos de las personas mayores que residen o concurren a estos establecimientos, considera que la norma tiene como sujeto obligado a cumplir esta disposición al responsable primario de la persona que está sujeta, ya que de acuerdo con la Ley 5.670, el responsable primario está encargado de los cuidados relacionados a la salud, la vida social, los trámites y los traslados de la persona mayor alojada, como de cualquier otro asunto que no sea responsabilidad especial del establecimiento. CEPPAM considera que la responsabilidad de la institución respecto de esta norma termina al notificar fehacientemente al responsable primario de la necesidad de usar sujeciones físicas en su representado, y la solicitud de iniciar el trámite judicial correspondiente.

Derivado de lo anterior, cabe preguntarnos ¿las autoridades encargadas de velar por el respeto de los derechos de las personas mayores alojadas en estos establecimientos y de vigilar el cumplimiento de la legislación vigente, se han detenido a cuestionar la disposición y el uso de estos dispositivos?

2.3. Los medios para sujetar a la luz de la legislación

Considero que el acto de prescribir sujeciones físicas en una persona para mantenerla segura revela la falta de formación para realizar el trabajo de asistencia y cuidado que requieren las personas mayores alojadas en establecimientos geriátricos, y así lo reconoce la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores al señalar como deber de los estados parte el adoptar medidas para prevenir, sancionar y erradicar prácticas contrarias a la Convención como lo son las sujeciones físicas prolongadas o todas aquellas que constituyan malos tratos, inhumanos o degradantes, que atenten contra la seguridad e integridad de las personas mayores. Y lo confirma al establecer como principios de este acuerdo internacional, la promoción y defensa de los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas mayores, así como la promoción de la dignidad, la autonomía y la independencia de este sector de la población.

Un límite adicional del legislador, en resguardo de la persona mayor, es la especificación de cuáles son los instrumentos que pueden usarse para hacer efectivas las sujeciones físicas. El artículo 33 en comento establece que sólo pueden usarse pretales y sujetadores para muñecas y tobillos médicos. La norma es necesaria, porque algunos establecimientos emplean distintos materiales y formas para sujetar a las personas, por ejemplo, se hacen sujeciones con retazos de sabanas, con cinturones, con toallones, con lazos, entre otros, lo cual genera mayores daños ¿Por qué en lugar de implementar una industria de instrumentos para sujetar no nos hemos detenido a innovar en nuevos sistemas de apoyo y cuidado para las personas mayores?

Las disposiciones que hemos comentado deben interpretarse armónicamente con toda la legislación, incluyendo por supuesto la Constitución Nacional y los tratados internacionales, pues como señalé, ningún derecho es absoluto. De esta manera podríamos cuestionarnos, ¿pueden las sujeciones físicas, sin ser consideradas como una prescripción médica, en virtud de que no curan nada, ser un instrumento de intervención para casos puntuales, y por lo tanto, ser usadas excepcionalmente y bajo determinadas circunstancias?, porque en definitiva no deben suponerse actos cotidianos para el cuidado, aplicables al libre albedrío de un profesional o de una institución.

2.4. El consentimiento informado requerido para el uso de sujeciones

Paralelamente es muy importante analizar el tema del consentimiento informado, acto que debe cumplimentar cualquier persona al ingresar a un establecimiento para personas mayores. Para los efectos señalados, es necesario que al ingreso de cualquier persona mayor, quien sea responsable por parte de la institución, le explique todo lo que se refiere a ingresar y vivir en un establecimiento para personas mayores; lo que hace a sus derechos, a su salud, a la convivencia con las personas del lugar y con su familia, lo que hace a su devenir en el sitio, el abordaje que tienen con las personas alojadas, los tratamientos que realizan, entre otros. La Ley 5.670 llama a este instrumento consentimiento escrito, lo que hace confusa la disposición para los responsables de estos establecimientos, a quienes les basta la firma de la persona mayor en un libro al ingresar o al ser ingresado en la institución; sin embargo, considero que fue un error de redacción y que el legislador se refiere al consentimiento informado descrito en el Código Civil y Comercial de la Nación.

El artículo 59 de esta disposición establece que el consentimiento informado es una declaración de voluntad emitida luego de recibir información clara, precisa y adecuada respecto al acto que se consciente, entre otros, el procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos; los beneficios esperados, los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles; la especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto; las consecuencias previsibles de la no realización del

procedimiento propuesto o de los alternativos especificados; en su caso, el derecho a rechazar procedimientos quirúrgicos, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital, cuando sean extraordinarios o desproporcionados en relación a las perspectivas de mejoría, o produzcan sufrimiento desmesurado, o tengan por único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible e incurable; el derecho a recibir cuidados paliativos. Asimismo, señala que nadie puede ser sometido a exámenes o tratamientos clínicos o quirúrgicos sin su consentimiento libre e informado, excepto disposición legal en contrario.

Por otra parte este mismo artículo establece que en caso de que la persona que deba consentir, se encuentre absolutamente imposibilitada para hacerlo y no lo haya hecho de manera anticipada, el consentimiento puede ser otorgado por el representante legal, el apoyo, el cónyuge, el conviviente, el pariente o el allegado que acompañe a la persona, siempre que medie situación de emergencia con riesgo cierto e inminente de un mal grave para su vida o su salud; y que en caso de que se requiera una actuación médica urgente, que tenga por objeto evitar un mal grave a la persona, si no hay ninguna de las personas antes mencionadas, el médico puede prescindir del consentimiento (Ley 26.994, 2014).

Por lo tanto, el consentimiento informado que debe otorgar una persona mayor al ingresar a un establecimiento geriátrico es una manifestación de voluntad libre e informada sobre su ingreso a la institución, una vez recibida toda la información pertinente, o la expresión en iguales condiciones, por parte de sus familiares/responsables, siempre que las personas que vayan a ser alojadas no puedan hacerlo. En este documento deberán manifestar su deseo de ingresar y permanecer en la institución, así como su conformidad para vivir conforme al abordaje o modelo de servicios propuesto por la institución, entre otros.

Asimismo, conforme a la legislación, es obligación de los establecimientos para personas mayores, que todos los tratamientos, así como los cambios de diagnóstico, de tratamiento o medicación, sean claramente comunicados a la persona mayor

alojada, para que otorgue su consentimiento informado por escrito, salvo las excepciones previstas por la legislación.

Conforme a lo anterior, dentro de la información que el establecimiento debe comunicar a cada una de las personas mayores que deseen ingresar en la institución, debe incluirse lo que concierne a la intervención con sujeciones físicas, de esta manera, su uso, implicancias, consecuencias, tratamientos alternos, entre otros, deberán serle explicados claramente, para que, en su caso, se pueda emitir el consentimiento informado para su uso; cabe preguntarse entonces ¿es posible que una persona pueda dar su consentimiento para que la aten?

Para el caso de que la persona mayor emita su consentimiento para el uso de sujeciones físicas, este acto deberá constar por escrito y ser preciso y claro en la aceptación de la intervención con estos dispositivos, sobre el conocimiento y aceptación de la estrategia de uso, la causa que origina su uso, el tiempo de duración, las consecuencias, los riesgos, los beneficios, el proceso de eliminación, los cuidados complementarios, antes de la implementación de la sujeción, durante el uso de los dispositivos, durante el retiro y posteriormente, entre otros.

Capítulo 3

Metodología

Este trabajo se realizó con el objetivo de valorar la percepción y la actitud del personal de una institución para personas mayores certificada como “centro libre de sujeciones físicas”, respecto del uso de estos dispositivos en personas mayores para su contención.

Para los efectos utilicé la Adaptación y Validación española del Perception of Restraint Use Questionnaire (“PRUQ”) sobre el uso de restricciones físicas en personas mayores (Fariña et al., 2016), que fue el instrumento utilizado por la Confederación Española de Organizaciones de Mayores en el proceso de certificación, como una centro libre de sujeciones, respecto de la institución objeto de esta investigación.

Asimismo, apliqué la Encuesta Percepción sobre el uso de sujeciones en personas mayores dependientes o en personas con Enfermedad de Alzheimer, elaborada por la Confederación Española de Organizaciones de Mayores [CEOMA] (“Encuesta de CEOMA”) (CEOMA, 2004).

Ambos instrumentos fueron aplicados a todo el personal del establecimiento para personas mayores en forma de entrevista administrada por la investigadora. El trabajo de campo se realizó de marzo a junio de 2019, gestionando previamente la autorización de la institución.

El PRUQ consta de 16 ítems con opciones predeterminadas y la Encuesta de CEOMA de 17 ítems también con opciones predeterminadas. (Anexos 1 y 2).

Los instrumentos se aplicaron a 64 personas empleadas del establecimiento. La muestra estuvo integrada por nueve hombres y cincuenta y cinco mujeres, en un rango etario de veintitrés a sesenta y tres años. Se recogieron datos generales (aspectos socio demográficos) de la muestra como: edad, sexo, categoría

profesional, experiencia en trabajo con personas mayores, experiencia y formación en el tema de sujeciones, entre otros.

La muestra evaluada para realizar esta investigación fue variada, pues se incluyó a todo el personal de la institución: personal directivo, administrativo, encargados de hotelería, personal médico, enfermeros, asistentes gerontológicos y terapeutas. Todas las personas entrevistadas tienen experiencia en el cuidado y atención de personas mayores, pero el tiempo de trabajo en la institución varía entre un mes y nueve años. El 60% ha tenido capacitación sobre el uso de sujeciones físicas en personas mayores.

Los instrumentos fueron aplicados al personal en forma de entrevista; su participación era voluntaria y anónima, completando y firmando para tales efectos un consentimiento informado (Anexo 3).

Se ha elegido la entrevista como herramienta de investigación por ser una técnica de aproximación con las personas seleccionadas como objeto de la misma. Consideré que era un medio eficaz para permitir un mejor y real acercamiento con el personal de la institución.

La entrevista es una forma de abordaje técnico del trabajo de campo de una investigación. A través de las entrevistas y el cuestionario que se aplica, la investigadora busca obtener informes contenidos en el habla de los actores sociales. Cruz Neto (citado en De Souza, 2012) considera que la entrevista “Es un medio de recolección de los hechos relatados por los propios actores, en cuanto sujetos – objeto de investigación que viven una determinada realidad que está siendo focalizada.”

Hice entrevistas individuales buscando generar un ambiente de confianza con las personas entrevistadas para que se comunicaran abiertamente, lo cual les permitió expresarse en algunas preguntas. Fueron entrevistas semiestructuradas, con una guía, dando tiempo y espacio para que quienes participaban se sintieran en libertad de ampliar sus respuestas.

La investigación se realizó en un establecimiento privado residencial que brinda servicios especializados de alojamiento, alimentación, higiene, recreación y atención médica y psicológica no sanatorial para personas mayores con demencia. La institución ha sido certificada como “Institución libre de Sujeciones” por CEOMA.

De acuerdo con la legislación vigente en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires la institución está habilitada para prestar servicios en las categorías A, B y C, es decir que puede recibir personas mayores autoválidas y personas mayores con dependencia.

Según la información proporcionada por el personal profesional de la institución, la mayoría de la población alojada tiene, entre otros, los siguientes rasgos en común: son personas mayores con algún tipo de demencia, con trastorno de memoria, trastorno de atención, desorientación temporal y espacial, dificultad para organizar y planificar, dificultad para realizar actividades de la vida diaria, trastornos de lenguaje, incontinencia, trastornos conductuales y dificultades motrices.

El director del establecimiento nos informó que la institución fue concebida desde la construcción, en los aspectos edilicios, arquitectónicos y funcionales, como un establecimiento para alojar personas mayores que padecen demencia. Señaló que el modelo de abordaje de la institución se basa en tres pilares: el ambiente, la estimulación funcional y cognitiva y la atención de la farmacología; esto último para evitar que las personas mayores alojadas tengan lo que se conoce como “sujeciones químicas”.

Manifestó que el edificio se construyó de tres pisos con forma circular, para que las personas que se alojan puedan orientarse y deambular de manera segura, sin tener desviaciones o elementos que puedan confundirlos; es decir, creando la percepción de “un camino sin final”.

Conforme a la información proporcionada por el personal directivo y el personal médico de la institución, hemos elaborado la descripción del establecimiento. Tiene

capacidad para 30 pacientes internados. En el primer piso se encuentran alojadas 12 personas mayores, en el segundo nivel hay 9 y en el tercer piso hay 9 personas institucionalizadas. Los fundadores diseñaron cada piso de la institución con la idea de que fuera como una casa, instalando en cada nivel, un comedor, un living, una pequeña cocina y habitaciones individuales con baño, ya que, conforme a lo manifestado por el director de la institución, esta ha sido diseñada con el objetivo de que las personas mayores que vienen a vivir en ella y sus familias la consideren como “su hogar”. Siguiendo esta línea de trabajo, no obstante que no permiten que las habitaciones o los espacios comunes sean amueblados con pertenencias de las personas que vienen a vivir a la residencia, cada una de las personas que se alojan en la institución, tiene una pequeña vitrina en la entrada de su habitación, en la que se les permite tener recuerdos, elementos que según el personal médico, los ayudan a recordar su historia de vida.

En los inicios de la residencia, las personas mayores alojadas estaban organizadas por grupos. En el tercer grupo, que estaba en el tercer piso del establecimiento, se incluía a las personas que se encontraban con mayor deterioro cognitivo y, conforme descendía el nivel de alojamiento, disminuía el deterioro; sin embargo, al día de hoy esta distinción ya no es posible, por el propio estado de enfermedad de las personas mayores que residen y por el proceso de envejecimiento que las acompaña.

Algunas de las instalaciones que hay en la residencia se diseñaron y se prepararon para hacer el lugar más acogedor y motivador para las personas mayores alojadas; por ejemplo, hay una peluquería y un pequeño espacio de spa, para atender a las personas que lo soliciten. También han instalado y preparado una huerta para que los interesados se desenvuelvan en esta actividad. Cuenta con una sala de usos múltiples en donde se hacen terapias y se organizan talleres.

La dirección de la institución se ocupa de diseñar y acomodar los espacios arquitectónicos del lugar para que sean amigables para todos. De esta manera, todos los espacios están diseñados de acuerdo con las necesidades de la población alojada y especialmente atendiendo a su seguridad. Hay elevadores para ascenso y descenso de las personas alojadas, del personal, médicos y profesionales y de la

familia; sin embargo, los accesos a éstos y a las escaleras sólo se permiten con tarjetas magnéticas, las cuales son administradas únicamente por los miembros del personal. Hay iluminación acorde a los espacios, a las actividades que allí se realizan y a las necesidades de todos; se han instalado barandas por todos los pasillos para asegurar la marcha y estabilidad al deambular o al salir de las habitaciones, así como dentro de los baños. Tienen instaladas cámaras en espacios comunes, hay alarmas (parlantes), botones de llamado en habitaciones y botones inalámbricos para emergencias.

Partiendo de la base de que la población de la residencia son personas mayores con demencia, la seguridad es un aspecto muy importante, pues las personas alojadas no pueden estar sin supervisión. De acuerdo con la información proporcionada, los equipos profesionales y el personal de atención directa están disponibles las 24 horas del día. Asimismo, hay guardias de 12 horas, con 2 enfermeros por cada piso en las guardias. En el día, además de la guardia, hay aproximadamente 55 personas trabajando para atender las necesidades de las personas que residen en la institución. Las revisiones de habitaciones se hacen cada hora.

Los turnos de la mañana y la noche son los horarios en los que hay más trabajo para el personal de la residencia, pues es cuando se baña o se acompaña al baño a las personas que ahí viven, y es cuando se brinda el desayuno y la cena. El personal nos informó que trabajan porque estas actividades y los horarios de las mismas sean previamente acordados con las personas alojadas, para no coartar su libertad para elegir a qué hora levantarse, cuándo dormir, cuándo comer, entre otros. Por las características de la población, hay asistencia para todas las actividades básicas de la vida diaria.

La libertad de tránsito de las personas mayores que viven en la institución y de las familias es fundamental. Las áreas comunes están diseñadas para la deambulación libre de las personas con demencia, pero también para el encuentro familiar, independientemente de que cuentan con una sala de visitas. No hay restricciones en los horarios de visita, sin embargo, se pide a la familia que respete determinados

horarios por seguridad y orden; por ejemplo, los horarios de sueño, los horarios para el baño, los horarios de actividades que son planificadas y evaluadas.

La institución organiza actividades de lunes a sábado de acuerdo a las necesidades de cada una de las personas que viven en la residencia; estas actividades son terapéuticas y de estimulación, por lo que están planificadas y tienen continuidad. No sucede así con las actividades recreativas, a las cuales siempre se les invita a participar, pero no forman parte de un tratamiento. Hay un espacio de arte en el que hacen actividades terapéuticas y desarrollan sus capacidades, dándoles reconocimiento por ello, exponiendo sus trabajos en el pasillo de acceso principal a la institución.

De acuerdo con la información proporcionada por el personal médico de la institución, se mantiene una relación cercana y directa con la familia, brindándoles asesoramiento o haciendo devoluciones de la salud de la persona alojada, brindando ayuda en el manejo de cuestiones de culpa por la institucionalización, entre otros. La atención es integral y es centrada en la persona y en la familia, para lo cual se han equipado y adecuado diversos espacios para generar, mantener y facilitar el acercamiento familiar, la privacidad y el respeto. Por ejemplo, hay un jardín que permite el encuentro, facilitando la charla mientras caminan, hay un salón de reuniones que se usa para las charlas de la familia y el equipo de trabajo, pero que también se usa para situaciones de encuentro familiar.

La institución está certificada como “centro libre del uso de sujeciones”, lo cual significa que no se usa ningún tipo de restricción física en las personas alojadas y el abordaje es terapéutico. Trabajan con el modelo de atención centrado en la persona y la familia. De acuerdo con la información que proporciona la institución para darse a conocer en el mercado, la residencia trabaja en pos de una mejor calidad de vida, tanto de los pacientes como de sus familias, siendo su principal objetivo “que los pacientes vivan con la mayor independencia posible, respetando sus características personales, logrando así preservar su dignidad.” El personal médico de la institución considera que las sujeciones físicas sólo alteran a las personas que habitan la residencia y que no tienen ningún beneficio.

El tema de las caídas es abordado interdisciplinariamente. Al efecto realizaron en la institución una evaluación comparativa de caídas en su población, concluyendo que se puede trabajar sin sujeciones físicas en las personas mayores con demencia sin aumentar el riesgo basal de caídas ni las consecuencias de las mismas. Las caídas son un tema recurrente en la población de personas mayores, por lo que trabajan en tratar de evitar las que se puedan evitar y en que las que suceden tengan consecuencias leves, para lo cual llevan registros de caídas y se analizan las causas y las consecuencias de las mismas (Hanine et al., 2017).

Asimismo, conforme la información publicitaria de la institución, esta tiene a la innovación como uno de sus principales valores y, partiendo de las necesidades y características de cada una de las personas alojadas, se instrumentan diversas habilidades y herramientas para poner la institución y todo el mobiliario al servicio de quienes viven, para mejorar su calidad de vida. Al respecto, el personal médico nos informó sobre las modificaciones que han hecho en el mobiliario de la institución, por ejemplo en la altura de las camas, para que las personas al dormir se sientan más seguras y, para el caso de que haya caídas, las consecuencias sean más leves.

No obstante todo lo anterior, en las visitas realizadas a la institución para llevar a cabo esta investigación, observé que se siguen usando barandas en las camas, que se usan las mesas como barrera frente a la persona, que se usan manoplas para evitar que sean desprendidas las sondas que se emplean en diversos tratamientos. A juicio de la investigadora, todos estos dispositivos constituyen sujeciones físicas, pues limitan el movimiento de la persona a la que se le aplican, más allá de la justificación para hacerlo.

Capítulo 4

Programa “Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer” de la Confederación Española de Organizaciones de Mayores

La Confederación Española de Organizaciones de Mayores, conocida por sus siglas como CEOMA, es una organización no gubernamental española, constituida para el servicio, la coordinación, el fomento y la defensa de los intereses de las personas mayores.

De acuerdo con la información obtenida de la página de CEOMA, la institución ha diseñado el programa “Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer” como una iniciativa en pos de que las personas mayores con o sin demencia, vivan libres de sujeciones de cualquier tipo. Las acciones clave del programa son la formación y el asesoramiento a los centros de larga estadía.

El método que utiliza la organización es el de intervenciones integrales in situ, es decir, en los establecimientos. Para ello cuentan con un grupo de personas expertas que realiza la evaluación y define el problema de cada institución, planteando líneas de investigación y abordaje, según sus características y las de su población. Asimismo, forman al personal de los establecimientos para generar y aplicar la cultura de sujeción cero.

El objetivo general del programa fue en sus comienzos, lograr un uso racional de sujeciones en centros de cuidados prolongados de España, pero con los años, el objetivo apunta a una cultura de cero sujeciones, y el territorio en el que trabajan se ha ido ampliando, al día de hoy también ejecutan y llevan a cabo el programa en Argentina.

Los objetivos específicos del programa se enumeran por CEOMA de la siguiente manera:

1. Cambiar la percepción y actitudes de los profesionales asistenciales de los Centros de Cuidados Prolongados de Personas Mayores y Enfermos de Alzheimer, respecto del uso de sujeciones.
2. Cambiar la percepción y actitudes de los familiares de los residentes de Centros de Cuidados Prolongados de Personas Mayores y Enfermos de Alzheimer, respecto del uso de sujeciones.
3. Mejorar conocimientos técnicos de los profesionales asistenciales de los Centros de Cuidados Prolongados de Personas Mayores y Enfermos de Alzheimer.
4. Mejorar los procesos asistenciales de los Centros de Cuidados Prolongados de Personas Mayores y Enfermos de Alzheimer.

El programa se desarrolla a través de distintas actividades de investigación, capacitación y difusión. La tarea de investigación es esencial, pues es el punto de partida para hacer un diagnóstico en los establecimientos en los cuales se interviene, para implementar estrategias de trabajo y seguir su evolución.

Asimismo, parte fundamental del programa es la capacitación del personal de los establecimientos a los cuales asesoran y que, en su caso, certifican como “instituciones libres de sujeciones”, pues, según lo informan, de la formación de este recurso depende en gran medida el éxito del programa.

La divulgación es otro de los pilares del programa y de la organización. CEOMA exige, para conseguir resultados óptimos, que exista un cambio de mentalidad frente al problema, por ello han elaborado diversos documentos para facilitar su comprensión, tanto por el personal de los centros a los que el programa va dirigido, como por las propias personas mayores institucionalizadas, familiares y sociedad civil en general.

4.1. Proceso de certificación

Desde el año 2010, CEOMA estableció un “sistema de acreditación” para reconocer públicamente el mérito de los centros libres de sujeciones. Un centro libre de sujeciones es aquel en el que no se utiliza ningún tipo de sujeción física,

entendiéndose éstas como “la limitación de la libertad de movimientos de una persona, o su actividad física, o el normal acceso a cualquier parte de su cuerpo, con cualquier método físico aplicado sobre ella, o adyacente a ella, del que no puede liberarse con facilidad” (CEOMA, 2015).

CEOMA propone una tolerancia cero al uso de sujeciones e invita a todo el personal de las instituciones que deseen certificarse a crear escenarios totalmente libres de sujeciones.

Sólo se acreditan centros libres de sujeciones, pues no acreditan instituciones que las tengan, pudiendo ser certificadas una vez que se eliminen.

"Venceréis pero no convenceréis. Venceréis porque tenéis sobrada fuerza bruta, pero no convenceréis porque convencer significa persuadir. Y para persuadir necesitáis algo que os falta en esta lucha, razón y derecho." (M. Unamuno)

Capítulo 5

Percepción del personal de un establecimiento privado para personas mayores sobre el uso de sujeciones físicas en personas mayores institucionalizadas

La realidad española que fue la que inspiró la creación del Programa Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer de CEOMA, mostraba que las principales razones que se daban para el uso de sujeciones físicas en personas mayores dependientes que reciben cuidados prolongados en instituciones, eran en primer lugar, el riesgo de caídas, seguida porque los familiares lo solicitaban y más raramente para mantener dispositivos médicos, como sondas o catéteres. Sin embargo, las entrevistas directas evidenciaban que muchos profesionales las utilizaban por miedo a consecuencias legales ante la posibilidad de que la persona alojada sufriera un daño, y que hay factores que no dependen de la persona que cuida, como factores culturales y actitudinales que influyen en el uso de estos dispositivos (Burgueño .2015).

Las percepciones pueden definirse como el proceso de asignar significados a la información recepcionada en el ambiente. Es selectiva y subjetiva, dado que el mismo hecho puede ser interpretado de diferentes formas por cada parte involucrada (Cataldi, 2017).

El objetivo de esta investigación es analizar las perspectivas del personal de un establecimiento privado para personas mayores respecto de los facilitadores y los obstaculizadores de la aplicación de un programa para eliminar las sujeciones físicas en la institución.

Para los efectos anteriores me hice muchas preguntas ¿cuál es la percepción que tiene el personal de la residencia que se investiga respecto del uso de sujeciones físicas en las personas mayores institucionalizadas? ¿qué diferencia hay en la percepción del personal de enfermería y el resto del personal de la residencia? ¿qué experiencia tiene el personal de la institución sobre el uso de sujeciones físicas? ¿cuál es la influencia de la actitud del personal sobre el uso de sujeciones físicas? ¿qué interés tiene el personal para recibir capacitación sobre el uso de dispositivos de contención en personas mayores?

La conformación de la muestra evaluada en la institución objeto de esta investigación, es decir el personal encargado del cuidado de las personas mayores que se encuentran alojadas, es la siguiente: el 39% era personal profesional de enfermería o auxiliares de enfermería; el 5% era personal médico; el 19% terapeutas ocupacionales y más del 37% tenían otros oficios u ocupaciones.

En los últimos tres años previos a esta investigación, de todo el personal que trabaja en la institución, el 61% ha recibido formación sobre el uso de sujeciones físicas; sin embargo, el 39%, no ha tenido ninguna capacitación. Este dato es para nuestra investigación muy importante, pues la percepción que una persona tiene de algo depende en gran medida de la formación.

“...no sé qué son las sujeciones... no he recibido capacitación...” (enfermera profesional).

Era objetivo del trabajo de campo de esta investigación, realizar las encuestas a todo el personal de la institución; sin embargo, durante la ejecución, se presentó personal de nuevo ingreso, solicité integrarlos a la muestra y esto se me informó:

“...estas dos personas son nuevas, hoy es su primer día, considero que no debes entrevistarlos porque no saben nada!” (supervisora de enfermería).

De los resultados de la investigación que detallo a continuación, resaltan los números que reflejan que la mayoría del personal de la residencia considera que no

es necesario el uso de sujeciones físicas en las personas mayores institucionalizadas, ni para el cuidado, ni para la asistencia; sin embargo, cabe hacer la aclaración de que la institución objeto de la investigación, es un establecimiento certificado como centro libre de sujeciones, por lo que los resultados pueden estar condicionados. No obstante, varias de las personas entrevistadas manifestaron la necesidad del uso de estos dispositivos.

Para el análisis de los resultados de la investigación, elaboré tres subgrupos de situaciones en las que la intervención con sujeciones físicas de las personas mayores podría estar “permitida”. A partir de esta integración se hace la valoración de los resultados, de acuerdo con la percepción de su uso en cada caso planteado, conforme a lo siguiente:

1. Sujeciones físicas que se usan para cuidar y proporcionar seguridad a las personas mayores institucionalizadas;
2. Sujeciones físicas que se usan para proporcionar seguridad a las personas mayores institucionalizadas, respecto de sí mismas y en relación con terceras personas;
3. Sujeciones físicas que se usan para la asistencia de las personas mayores institucionalizadas.

En el primer subgrupo, es decir, en el de las acciones de cuidado de las personas mayores institucionalizadas, se valora la percepción de necesidad de uso de estos dispositivos en las siguientes situaciones:

- a. para proteger a la persona mayor de que se caiga de la cama;
- b. para proteger a la persona mayor de que se caiga de la silla;
- c. para proteger a la persona mayor de que deambule inestable;
- d. para proteger a la persona mayor de que deambule erráticamente;
- e. para evitar que la persona mayor se arranque una sonda;
- f. para evitar que la persona mayor se arranque un catéter;
- g. para evitar que la persona mayor manipule una herida;
- h. para evitar que la persona mayor manipule un apósito o vendaje.

Respecto a las acciones que buscan dar seguridad de las personas mayores institucionalizadas, del personal y de terceras personas, analicé la percepción del personal de la institución respecto al uso de sujeciones físicas ante los siguientes actos de la persona alojada:

- a. para evitar que la persona mayor coja objetos de otras personas;
- b. para evitar que la persona mayor acceda a sitios o cosas peligrosas;
- c. para evitar que la persona mayor moleste a otras personas;
- d. para proteger al personal o a otras personas alojadas en la institución de agresiones físicas de la persona mayor confusa.

Respecto a las tareas de asistencia, hemos revisado la percepción del personal frente al uso de sujeciones físicas en la realización de las siguientes tareas:

- a. para proporcionar descanso a la persona mayor hiperactiva;
- b. para proporcionar seguridad a la persona mayor confusa;
- c. para sustituir la vigilancia de personal;
- d. para controlar la agitación.

Todas estas tareas han sido agrupadas en este subgrupo, porque a pesar de que algunas de ellas se pueden considerar como acciones de cuidado de la persona mayor, son tareas de asistencia del personal de la institución.

Así, en cuanto a las acciones para el cuidado de las personas alojadas, el 42% del personal de la institución considera que no es necesario usar sujeciones físicas para proteger a la persona mayor de que se caiga de la cama; el 47% del personal dijo lo mismo respecto al uso de estos dispositivos para evitar que la persona mayor se caiga de la silla; en el mismo sentido el 52% de la muestra manifestó la falta de necesidad de su uso para proteger a la persona mayor de deambular inestable y el 64% lo dijo respecto de protegerlo de deambular de manera errática.

En este mismo grupo analicé la percepción de cuidado del personal en situaciones relacionadas con la salud, por ejemplo, en el tratamiento de una enfermedad o padecimiento que requiera la colocación de sondas, lo que hace más difícil o laborioso el cuidado.

Los resultados en este apartado fueron los siguientes: el 25% del personal consideró que era algo necesario usar sujeciones físicas para evitar que la persona mayor se arranque una sonda y el 19% informó que era muy necesario su uso; el 25% de las personas entrevistadas expresó que usar sujeciones físicas para evitar que la persona mayor se arranque un catéter es algo necesario y el 20% manifestó que es muy necesario. Asimismo, el 34% de la muestra manifestó que el uso de estos dispositivos era algo innecesario para evitar que la persona mayor manipule una herida, pero el 11% consideró que era muy necesario su uso para ello; el 50% de la muestra informó que consideraba nada necesario usar sujeciones físicas para evitar que las personas alojadas manipulen apósitos o vendajes, sin embargo, el 19% lo considera algo necesario.

Considero que, en este apartado, la pertinencia del uso de sujeciones físicas para cumplir con la tarea de cuidado que tienen encomendada venía acompañada de desconocimiento, a modo de ejemplo, actualmente, algunos estudios observacionales en personas con demencia señalan que la alimentación por sonda no es superior para promover la supervivencia; y por el contrario, que en la demencia en etapa terminal, los sabores y sorbos de alimentos combinados con el cuidado de la boca pueden usarse para promover la comodidad y la calidad de vida (Hanson et al., 2011). Cabría preguntarnos entonces ¿si una persona mayor institucionalizada ya no recibe beneficios de la alimentación por sonda, debemos seguir alargando su vida, con las consecuencias que ello implica?

Lo anterior ya ha sido considerado por la legislación en Argentina, en la Ley de los Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, se establece como derecho del paciente, el aceptar o rechazar determinados tratamientos, como la alimentación asistida (Ley 26.529, 2009). Para estos efectos, las personas mayores institucionalizadas y sus familias deben estar bien informados sobre otras opciones de tratamiento y sobre las consecuencias del tratamiento elegido, para poder tomar decisiones al respecto.

Observé que las respuestas en este subgrupo de preguntas fueron en las que más evidente se hizo la dificultad de discernimiento de las personas entrevistadas en la

intervención con sujeciones físicas en personas mayores, pues el desconocimiento y el temor acompañaban el juicio de valor que hacían. Al respecto, una integrante del grupo de enfermería respondió:

“...en una situación muy puntual, en algunos casos, se puede poner una sujeción por corto tiempo, siempre avisando...” (enfermera profesional).

En el subgrupo de tareas pertinentes para la seguridad de las personas mayores institucionalizadas respecto de sí mismas y en relación con terceras personas, la percepción de la mayoría del personal fue en el sentido de no ser necesario el uso de estos dispositivos para cumplimentar sus tareas. De esta manera, el 69% del personal señala que las sujeciones físicas no son necesarias para evitar que la persona mayor alojada coja objetos de otras personas; el 55% dijo lo mismo respecto de su uso para evitar que acceda a sitios o cosas peligrosas; el 73% coincidió en lo mismo al decir que no es necesaria esta intervención para evitar que las personas mayores que viven en la institución molesten a otras personas. Por último, el 50% de las personas entrevistadas señaló que no es necesario su uso para proteger a terceras personas de agresiones físicas de la persona mayor confusa.

Por último, en cuanto a las tareas de asistencia, siendo esta una de las principales obligaciones de los establecimientos para personas mayores y por añadidura del personal contratado, la resolución de toda situación relacionada con la obligación de asistir a la persona mayor debe estar avalada por la formación. En principio así lo demuestra el resultado de la muestra en estos apartados: el 77% del personal considera que no es necesario el uso de sujeciones físicas en las personas mayores institucionalizadas para proporcionarles descanso en caso de estar hiperactivas, el 76% dijo lo mismo sobre su uso para proporcionarles seguridad cuando están confusas, y el 77% manifestó la falta de necesidad para controlarlas cuando están agitadas.

En ese mismo subgrupo analicé la percepción del personal sobre el uso de estos dispositivos para sustituir la vigilancia del personal, ya sea por falta de personal, por

sobrecarga de trabajo o por elección del personal. Al respecto, el 86%, acusatoriamente respondieron que es inverosímil la sujeción física por falta de personal; sin embargo, 6% afirmó que es algo necesario, otro 6% dijo que lo considera poco necesario y un 2% de la muestra dijo que resulta muy necesario el uso de sujeciones físicas cuando falta personal.

“Si yo estoy sola con 10 pacientes y uno es agresivo o inquieto o tiene riesgo de caídas yo sí pondría sujeciones, pero si la institución es libre de sujeciones no pondría, pero los otros pacientes van a quedar sin cuidados.” (enfermera).

El tema del personal de la institución, en cuanto a número y formación, es de gran importancia en esta investigación. Asimismo, son cuestiones para analizarse, los costos a los que se enfrentan las instituciones para cumplimentar con lo anterior, y los mandatos de la ley al respecto, ya que es evidente en muchos casos, que el personal a cargo del cuidado de las personas mayores alojadas puede resultar insuficiente. De acuerdo con mi investigación, en la institución en la que realicé el trabajo de campo, hay 30 personas mayores alojadas y la muestra entrevistada estuvo integrada por 64 personas que trabajan en el establecimiento, de las cuales al menos 54 tienen tareas de asistencia directa con la población alojada; es decir, hay casi 2 integrantes del personal de la institución por cada persona alojada. Sin embargo, observé que hay momentos en que no es suficiente la plantilla encargada del cuidado y la asistencia de las personas alojadas.

De los resultados alcanzados de esta investigación, puedo concluir que más de la mitad del personal de la residencia considera que los síntomas conductuales o el devenir de los alojados por la institución pueden supervisarse y, en su caso, controlarse de otras maneras.

Asimismo, considero que, aunque los principios institucionales de un establecimiento para personas mayores son trascendentales para la reducción o eliminación del uso de las sujeciones físicas, no son suficientes. Al respecto Andrés Burgueño, Director de CEOMA, considera que la percepción del personal de una institución sobre el uso de estos dispositivos es un factor muy importante, pues es más sencillo obedecer la

orden de no sujetar cuando se tiene la conciencia social de que atar causa daño (Burgueño, 2003). Al respecto personal de la institución manifestó:

“...cuando se trabaja en un lugar poco importa lo que vos pensás, se deben seguir las reglas de la institución, pero si la clínica permitiese sí usaría.” (enfermera profesional).

Asimismo, conforme a lo anterior estas fueron algunas de las manifestaciones de las personas entrevistadas, las cuales exponen las diferencias en la percepción del personal de acuerdo con la formación:

“No concibo amarrar a una persona.” (personal médico).

“Las sujeciones no son atar, nosotros contenemos a los pacientes para que no se caigan o para que no se lastimen...” (auxiliar de enfermería).

No es suficiente implementar una política institucional para que un programa como el que se usó para certificar al establecimiento objeto de nuestra investigación como “centro libre de sujeciones” funcione; son necesarios otros factores para que este programa o cualquier protocolo de actuación sobre el tema tenga éxito.

He advertido que la contratación de más personal o de personal más formado y capacitado, con los costos que implica, son factores relevantes. Todas las pequeñas e innovadoras intervenciones que se sugieran en este programa para cuidar y proteger a las personas mayores sin atarlas, aun contando con la buena voluntad y obediencia del personal, se traducen en dinero, cuidado y vocación.

“...estoy convencida de que hay alternativas para cuidar a las personas mayores, para ello se necesita creatividad y dinero.” (especialista en gerontología).

Pese a lo que CEOMA y otras instituciones manifiestan, la importancia del factor económico (recursos) para llegar el éxito y la permanencia de la cultura de cero sujeciones, es indiscutible.

Conclusiones

Las sujeciones físicas no han tomado la relevancia que deberían porque aún no han sido conceptualizadas como lo que son. Considero que el uso de estos dispositivos son una privación de la libertad del sujeto que las sufre, no obstante la justificación que se tenga para aplicarlos, y que vulneran su autoestima y dignidad, derechos fundamentales de todo ser humano.

Las sujeciones físicas conllevan problemas legales y éticos, pero además son un factor de riesgo para la salud de las personas mayores institucionalizadas, pues el uso de estos dispositivos genera en el sujeto receptor consecuencias físicas y psicológicas. Por lo tanto, seguimos preguntándonos, ¿si las sujeciones físicas causan daño en las personas mayores en quienes se aplican, por qué seguimos atando?

Preliminarmente he observado que no basta tener una línea de trabajo marcada desde la cabeza de la institución para que haya armonía en el acontecer cotidiano. La percepción del personal es determinante, pues de acuerdo con lo que observé en la investigación, no obstante que la institución está certificada como un centro libre de sujeciones, en algunos casos el personal considera que el uso de estos dispositivos es necesario. Asimismo, hay utensilios que se usan para contener a las personas mayores alojadas, pero no son consideradas por ellos como sujeciones, por ejemplo, las barandas en las camas.

Concluyo, que la atención y el cuidado de una persona mayor requiere vocación y formación y que la falta de estos elementos es la principal barrera para la incorporación y el sostenimiento de un programa de cuidados sin sujeciones. Sin embargo, no basta el deseo de cuidar para cuidar bien, son necesarias la formación y la capacitación constante, porque sabemos que los prejuicios y los juicios anticipados pueden modificarse con educación.

Asimismo, de la mano de la vocación y la formación están las aptitudes y las actitudes del personal encargado del cuidado de las personas mayores, pues son ellos, con todas estas características, los hacedores de nuevas propuestas para el cuidado a largo plazo de las personas mayores.

Aunado a lo anterior, para el cambio desde una cultura de atar para cuidar hacia una cultura de cuidar sin sujetar, hay otros factores que favorecen el cuidado sin sujeciones, como los recursos económicos, porque incluso para la capacitación del personal o para tomar personal formado a cargo del cuidado de las personas mayores, se requiere dinero.

Por último, conforme a mi investigación puedo deducir que el uso de sujeciones físicas en el cuidado de personas mayores depende en gran medida de la percepción que tiene el personal de la institución del concepto de sujeciones físicas.

Recomendaciones

La erradicación de la cultura del uso de sujeciones y la eliminación de las sujeciones físicas en el cuidado de las personas mayores institucionalizadas son actos progresivos, que van de la mano de la disponibilidad de medios alternativos; para ello se requiere de inversión, especialmente para la capacitación de recursos humanos.

Sin consentir el uso de sujeciones físicas en personas mayores institucionalizadas, recordando de nuevo a mi abuela y el sufrimiento que significaba para mí verla atada a su cama, es recomendable la elaboración de protocolos sobre el tema de referencia, pues permiten planificar la atención de las personas alojadas ante diversas circunstancias concretas, señalando los actos de cada profesional para una ejecución oportuna y correcta ante las circunstancias presentadas.

Un protocolo debe responder a las siguientes cuestiones frente a la situación que regula: qué, quién, cómo, cuándo, con qué; de esta manera los mínimos que debe contener un protocolo son: objetivo general y objetivos específicos, población a la

que se dirige el uso del protocolo, profesionales implicados, actuación de cada uno de ellos, pasos a seguir, material necesario.

En virtud de lo anterior, considero necesario que en cada institución para personas mayores haya un protocolo autorizado por quien corresponda, que señale al menos: indicación de uso, tipo de sujeción a utilizar, forma de aplicación de la sujeción, duración de la sujeción, cuidados complementarios, proceso de eliminación, entre otros. Los parámetros señalados en la Ley de Salud Mental, pueden ser una guía para el desarrollo de estos instrumentos.

Es factible cuidar a las personas mayores institucionalizadas sin tener que recurrir al uso de sujeciones físicas, siendo una obligación de los establecimientos para personas mayores contratar personal formado y capacitarlo continuamente, especialmente con una mirada gerontológica, pues el abordaje interdisciplinario es el mejor camino para lograr la armonía entre la atención de las personas mayores y el respeto de sus derechos fundamentales.

Bibliografía

Burgueño, A.A. (2003). Investigación de la percepción profesional sobre el uso de sujeciones con personas mayores. Recuperado 16 de julio de 2019, a partir de <https://www.inforesidencias.com/particulares>

Burgueño, A. (2015). Falacias sobre sujeciones (contenciones) físicas. *Revista Internacional de Éticas Aplicadas. Dilemat*, (19).135-147.

Cataldi, M. (2017). *Rompiendo el silencio. El maltrato en hogares geriátricos* (1a ed). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Lumen-Hvmanitas.

Cianciardo, J. (2001). Los límites de los derechos constitucionales. *Revista Dikaion: revista de actualidad Jurídica* 10.

Confederación Española de Organizaciones de Mayores. (2015). Resumen histórico del Programa Desatar al Anciano al Enfermo de Alzheimer. Recuperado 6 de diciembre de 2019, a partir de http://ceoma.org/wp-content/uploads/2017/02/resumen_historico_desatar.pdf

Confederación Española de Organizaciones de Mayores. (2013). Resumen Ejecutivo 2013. Recuperado 16 de julio de 2019, a partir de http://ceoma.org/wp-content/uploads/2014/06/06-PDF1-resumen_del_programa_desatar.pdf.

Confederación Española de Organizaciones de Mayores. (2004). Encuesta Percepción sobre el uso de sujeciones en personas mayores dependientes o personas con enfermedad de Alzheimer. Recuperado 6 de diciembre de 2019, a partir de <http://ceoma.org/wp-content/uploads/2014/06/boletin10.pdf>

Dabove, I. (2018). *Derecho de la vejez. Fundamentos y alcances* (1a ed). Buenos Aires: Astrea.

De Souza Minayo M. C. (Org.) (2012). *Investigación Social. Teoría, método y creatividad*. Buenos Aires: Editorial Lugar.

Fariña, E., Estévez, G., Nuñez, E., Calvo, 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*. 39(1). 13-22.

Fundación Cuidados Dignos. (2011). Cómo se eliminan las sujeciones. Guía para la eliminación de sujeciones físicas y químicas en Centros de Atención Sociosanitaria y Domicilios. Recuperado 6 de diciembre de 2019, a partir de <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/eliminarsujecionescuidadosdignos.pdf>

Gran Diccionario de la Lengua Española. (2008). Barcelona, España: Larousse Editorial, S.L.

Hanine, S.I.; Fernández M.; Rubinstein, W.Y., (2017). Evaluación comparativa de caídas en relación a riesgo de caídas en población residente en institución especializada en demencias. Presentado en Congreso XIV de la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriátrica, Mar del Plata, Argentina: Sociedad Argentina de Gerontología y Geriátrica.

Hanson, L., Ersek, M., Gilliam, R., Carey, T. (2011). Oral Feeding Options for People with Dementia: A Systematic Review, *Journal of the American Geriatrics Society* (Volume 59, Issue 3), Recuperado 6 de diciembre de 2019, a partir de <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03320.x>

Martínez, N. (2015). *Implantación de protocolos y guías de sujeciones en unidades psicogeriátricas*. (trabajo de grado). Universidad del País Vasco, España.

Martínez, T. (2016). *La atención centrada en la persona en servicios gerontológicos: modelos de atención y evaluación*. Madrid: Fundación Pilares para la Autonomía Personal.

Misuraca, M. (2013) Artículo 7. Derecho a la Libertad Personal, en *La Convención Americana de Derechos Humanos y su proyección en el Derecho Argentino* (1a ed). Buenos Aires: La Ley, Departamento de Publicaciones de la Facultad de Derecho.

Organización Mundial de la Salud (2002). Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Recuperado 4 de diciembre de 2019, a partir de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/725/9275315884.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Organización Mundial de la Salud (2018). Maltrato de las personas mayores. Recuperado 4 de diciembre de 2019, a partir de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>

Real Academia Española. (2017). Diccionario de la Lengua Española. Recuperado 6 de diciembre de 2019, a partir de <http://dle.rae.es/?id=Yg3u4XP>

Real Academia Nacional de Medicina. (2011). *Diccionario de Términos Médicos*. Argentina: Editorial Médica Panamericana.

Redondo, N. (2019). *Longevidad y Cuidados de Larga Duración en Argentina. Propuesta para el decenio 2020-2030*. Buenos Aires, Argentina.

Rubín, R. (2016). Salud y Envejecimiento. En *Políticas Públicas sobre Envejecimiento en los Países del Cono Sur*.

Rueda, J. D. (2018). *El maltrato a las personas mayores: bases teóricas para su estudio*. España: Junta de Castilla y León.

Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Comité Interdisciplinar de Sujeciones. (2014). Documento de consenso sobre sujeciones mecánicas y farmacológicas. Recuperado 16 de julio de 2019, a partir de https://www.segg.es/media/descargas/Documento_de_Consenso_sobre_Sujeciones.pdf.

Soto, M. (2015). *Percepción profesional sobre la calidad de vida del residente con sujeciones*. (tesis de grado). Universidad de la Laguna. Tenerife, España.

Viloso J. (2019). Las normas legales y éticas que rigen la actividad del cuidado al final de la vida. En *Manual de contenidos para la formación de cuidadores domiciliarios en cuidados paliativos*. Argentina: Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia.

Urrutia, A. M. (2015) *Modelo de cuidado centrado en la persona con reducción del uso de sujeciones físicas y químicas: conceptualización e implantación* (tesis doctoral). Madrid.

Legislación:

Declaración Universal de los Derechos proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en París, el 10 de diciembre de 1948.

Convención Interamericana de sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Washington, D.C., Estados Unidos, 15 de junio de 2015.

Ley 24.430 Constitución de la Nación Argentina. Publicada en Boletín Oficial de la República Argentina, 10 de enero de 1995.

Ley 26.994 Código Civil y Comercial de la República Argentina. Publicada en Boletín Oficial de la República Argentina, 7 de octubre de 2014.

Ley 26.657 Ley Nacional de Salud Mental. Publicada en Boletín Oficial de la República Argentina, 3 de diciembre de 2010.

Decreto 603/2013 Reglamentario de la Ley 26.657 de Salud Mental. Publicada en Boletín Oficial de la República Argentina, 28 de mayo de 2013.

Ley 26.529 de los Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Publicada en Boletín Oficial de la República Argentina, 20 de noviembre de 2009.

Ley 5.670 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Ley de Establecimientos para personas mayores. Publicada en Boletín Oficial del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina, 13 de diciembre de 2016.

Anexos

Anexo 1

Guía de entrevista y encuestas para Participantes de Investigación

Para los efectos de la entrevista el concepto que se usa es *restricción física*, entendido como cualquier procedimiento que, unido o adyacente al cuerpo del paciente, limita la libertad de movimiento o impide el acceso normal a su propio cuerpo.

La información que Usted nos proporcione es anónima y será tratada con absoluta confidencialidad. No existen respuestas buenas o malas, cada persona tienen una opinión diferente sobre el tema, por lo tanto, todas las respuestas son válidas.

Sexo:

Edad:

Categoría profesional:

Enfermero

Auxiliar de enfermería

Médico

Terapeuta

Trabajador Social

Otro

¿Cuántos años lleva trabajando con adultos mayores?

¿Cuántos años lleva trabajando en Residencia Manantial?

¿En su vida profesional ha aplicado algún dispositivo de restricción física?

¿Ha recibido formación en los últimos 3 años sobre el uso de restricciones físicas en adultos mayores?

¿Ha leído artículos/documentos en los últimos 3 años sobre el uso de restricciones físicas en adultos mayores?

¿Cree que es suficiente su formación sobre el uso de estos dispositivos en adultos mayores?

A continuación, figuran algunas de las razones que a veces se dan para utilizar restricciones físicas en adultos mayores. Señale si usted considera necesario, en general, aplicar una restricción física en las situaciones que se indican a continuación:

Las restricciones físicas son importantes (necesarias) para	Nada importantes	Poco importantes	Cierta importancia	Bastante importantes	Muy importantes
Proteger a un adulto mayor de caerse de la cama.					
Proteger a un adulto mayor de caerse de la silla.					
Proteger a un adulto mayor de deambular inestable.					
Prevenir la deambulación errática (vagabundeo).					
Evitar que el adulto mayor coja objetos de otras personas.					
Evitar que el adulto mayor acceda a sitios o cosas peligrosas.					
Evitar que el adulto mayor confuso moleste a otros.					
Evitar que el adulto mayor se arranque una sonda.					
Evitar que el adulto mayor se arranque un catéter.					
Evitar que el adulto mayor manipule una herida.					
Evitar que el adulto mayor manipule un apósito o vendaje.					
Proporcionar descanso al adulto mayor hiperactivo.					
Proporcionar seguridad al adulto mayor confuso.					
Sustituir la vigilancia del personal.					
Proteger al personal o a otros residentes de agresiones físicas del adulto mayor confuso.					
Controlar la agitación.					

(Fariña et al., 2016)

Anexo 2

Algunas veces en el cuidado de adultos mayores se utilizan sujeciones físicas o químicas (tranquilizantes). Las sujeciones físicas, incluyen chaquetas, cinturones, sábanas atadas, sujeciones en piernas, ligaduras en muñecas o tobillos, sillas geriátricas con bandejas fijadas, etc.

Indique a continuación, la importancia que tienen para usted las siguientes afirmaciones	Nada importantes	Poco importantes	Cierta importancia	Bastante importantes	Muy importantes
¿El uso de sujeciones en personas mayores sanos o con alguna demencia es un problema?					
¿Los riesgos e inconvenientes previsibles, susceptibles de repercutir en la salud de la persona atada o restringida son una cuestión?					
¿Qué la familia sea quién decide la aplicación de una sujeción es una cuestión?					
¿Que el médico sea quién decide la aplicación de una sujeción es una cuestión?					
¿Qué el juez sea quién decide la aplicación de una sujeción es una cuestión?					
¿Contar con la voluntad de la persona para sujetarla es una cuestión?					
¿Proteger más, legalmente, a las personas dependientes frente a las sujeciones o ataduras, ¿es una cuestión?					
¿Qué los directivos de los centros o servicios tomen medidas de control del uso de sujeciones, es una cuestión?					
¿El afán de ganar dinero en una Residencia u otro centro, como causa de un uso excesivo de sujeciones, es una cuestión?					
¿Qué las sujeciones se usen por ignorancia de los trabajadores de los centros, es una cuestión?					
¿Qué las sujeciones se usen por comodidad de los trabajadores de los centros, es una cuestión?					
¿Qué importancia tienen las siguientes razones para sujetar a una persona:					
¿Qué tenga riesgo de caída?					
¿Qué deambule (vagabundee) sin parar?					
¿Qué tenga un comportamiento agresivo?					
¿Qué tenga riesgo de extraviarse o perderse?					
¿Qué tenga sueros o sondas?					
¿Informar sobre las sujeciones que se quieren aplicar, es una cuestión?					
¿Solicitar consentimiento para usar sujeciones es una cuestión?					
¿Qué los enfermos de Alzheimer tengan más riesgo de ser atados, es una cuestión?					
¿Qué las sujeciones tienen graves consecuencias para la persona, es una cuestión?					

(CEOMA, 2004).

Anexo 3

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Claudia Viascán Castillo, alumna de la Especialización en Gerontología Social de la Universidad Maimónides. La meta de este estudio es analizar las perspectivas del personal de Residencia Manantial sobre los facilitadores y los obstaculizadores de la aplicación del Programa Desatar en la institución.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista y completar una encuesta. Esto tomará aproximadamente 90 minutos de su tiempo. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria.

Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará si Usted lo acepta, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a la entrevista y a las encuestas serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, las grabaciones se destruirán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Claudia Viascán Castillo. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es analizar las perspectivas del personal de Residencia Manantial sobre los facilitadores y los obstaculizadores de la aplicación del Programa Desatar en la institución.

Me han indicado también que tendré que responder preguntas en una entrevista y encuestas, lo cual tomará aproximadamente 90 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.

He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Asimismo, entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando haya concluido.

Para los efectos anteriores puedo contactar a la Magister Sofía Aptekman, directora conjunta de la Especialización en Gerontología Social de la Universidad Maimónides al correo electrónico [sofiaaptekman@gmail.com](mailto:safiaaptekman@gmail.com)

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha _____