

**L'ELIMINACIÓ DE MESURES DE
SUBJECCIÓ AL GERIÀTRIC DE FERRERIES
GESTIONAT PER L'INTRESS**

L'eliminació de mesures de subjecció al geriàtric de Ferreries gestionat per l'Intress

Lydia Sánchez Prieto

Carmen Orte Socias

M. Teresa Coll Janer

Catalina Pons Mesquida

Lluís Ballester Brage

Resum

Als darrers anys, cada vegada, proliferen més intervencions destinades a cuidar de la persona gran sense necessitat de l'ús de subjeccions (físiques o químiques). Les investigacions apunten que l'ús de subjeccions no sempre assegura que la persona gran no caigui, i a més a més, impliquen un conjunt de repercussions negatives cap a la persona, com podria ser la pèrdua d'autonomia personal, sentiments negatius (ràbia, frustració, impotència, tristesa, etc.), afectació psicològica i/o cognitiva, deterioració funcional, entre altres. A la vegada, s'ha de plantejar fins a quin punt una subjecció no és una forma de vulneració dels drets fonamentals de la persona al limitar la seva llibertat.

Per avaluar aquest aspecte, aquest estudi analitza el nombre de caigudes dels usuaris del centre residencial de Ferreries (gestionat per Intress), així com les condicions associades a les caigudes es puguin produir. Són usuaris que mai han estat subjectes, o bé, que s'han sotmès a un procés de retirada de subjeccions. A la vegada, l'avaluació és complementada amb una font d'informació externa: satisfacció i opinió dels familiars sobre la situació – usuaris lliures de subjeccions-.

Entre els principals resultats de l'estudi s'indica que és reduït el nombre de caigudes per usuari, i que les repercussions associades són lleus (un 62,5% no tenen conseqüències i un 31,3% pateixen contusions lleus). També es constaten millores notables segons la valoració dels familiars: es converteixen en persones més actives (94,2%), incrementant les relacions socials, millorant l'estat d'ànim, realitzant més activitats d'autocura i participant més en les activitats del centre. Per tant, els resultats avalen aquesta iniciativa desenvolupada al centre residencial pel grup Intress i aposten per l'ús de mesures alternatives basades en plans individualitzats centrats en l'usuari, com podria ser: la reeducació de la marxa, l'ús d'ajudes dinàmiques i tècniques, la modificació ambiental o un augment de la supervisió de la persona.

Resumen

En los últimos años, cada vez, proliferan más intervenciones destinadas a cuidar de la persona mayor sin necesidad del uso de sujeciones (físicas o químicas). Las investigaciones apuntan que el uso de sujeciones no siempre asegura que la persona mayor no caiga, y además, implican un conjunto de repercusiones negativas hacia la persona, como podría ser la pérdida de la autonomía personal, sentimientos negativos (rabia, frustración, impotencia, tristeza, etc.), afectación psicológica y/o cognitiva, deterioro funcional, entre otras. Al mismo tiempo, se debe de plantear hasta qué punto una sujeción no es una forma de vulneración de los derechos fundamentales de la personal al limitar su libertad.

Para evaluar este aspecto, este estudio analiza el número de caídas de los usuarios del centro residencia de Ferreries (gestionado por Intress), así como las condiciones asociadas a las caídas que se puedan producir. Son usuarios que nunca han estado sujetos, o bien, que se han sometido a una proceso de retirada de sujeciones. Al mismo tiempo, la evaluación es completada con una fuente de información externa: satisfacción y opinión de los familiares sobre la situación –usuarios libres de sujeciones–.

Entre los principales resultados del estudio se indica que es reducido el número de caídas por usuario, y que las repercusiones asociadas son leves (un 62,5% no tienen consecuencias y un 31,3% sufren contusiones leves). También se contrastan mejoras notables según la valoración de los familiares: se convierten en personas más activas (94,2%), incrementando las relaciones sociales, mejorando el estado de ánimo, realizando más actividades de autocuidado y participando más en las actividades del centro. Por tanto, los resultados avalan esta iniciativa desarrollada en el centro residencial por el grupo Intress y apuestan por el uso de medidas alternativas basadas en planes individualizados centrados en el usuario, como podría ser: la reeducación de la marcha, el uso de ayudas dinámicas o técnicas, la modificación ambiental o un aumento de la supervisión de la persona.

1. Les mesures de subjecció

En els últims anys, la controvèrsia sobre l'ús de subjeccions s'ha accentuat. En concret, una subjecció física o mecànica consisteix en l'ús de materials per restringir o limitar els moviments d'una persona amb la finalitat de prevenir activitats que puguin ocasionar un risc de lesió (Briones-Peralta i Rodríguez-Martín, 2017). Més específicament, la subjecció física es defineix com «qualsevol acció o procediment que impedeix el moviment lliure del cos d'una persona a una posició d'elecció i/o accés normalitzat al seu cos mitjançant l'ús de qualsevol mètode que ell/ella no pugui controlar fàcilment» (Bleijlevens, Wagner, Capezuti i Hamers, 2016). Les mesures més freqüents de subjecció són les barreres, els cinturons, els dispositius casolans i les armilles (Fariña-López, 2011; Fariña-López, Estévez-Guerra, González, Hernández i Crego, 2013).

El debat emergeix en qüestionar-se de cada vegada més si la limitació és **beneficiosa** per a l'usuari. Hi ha dues postures argumentades. D'una banda, es justifiquen les subjeccions com a mitjà de millora de l'equilibri, de prevenció de lesions i caigudes i, fins i tot, per evitar una deambulació inadequada. Per tant, aquests efectes podrien millorar l'estat de salut, i d'igual manera, millorar la satisfacció dels usuaris (Villacieros, Steegman, Mejías i Bermejo, 2013).

En canvi, d'altra banda, també se subratllen algunes **repercussions** rellevants quan s'apliquen les restriccions, com infeccions, incontinències, disminució de l'apetit, deterioració funcional aguda, problemes psicològics, agressivitat, atròfia i feblesa muscular, malestar i, fins i tot, mortalitat, si apareixen complicacions (Briones-Peralta i Rodríguez-Martín, 2017; Tortosa, Granell, Fuenmayor i Martínez, 2016; Villacieros et al., 2013). De Bellis et al. (2013) afegeixen que les complicacions poden comportar un major deteriorament del llenguatge, de la memòria, del judici, de la percepció visual, en definitiva, de la capacitat cognitiva, però, sobretot, hi ha una pèrdua d'autonomia i de dignitat que també han de ser contemplats i valorats. Fariña-López (2011) subratlla el risc d'asfíxia mecànica (pot ocórrer que una subjecció mal col·locada ocasioni pressió al coll, al tòrax o a la part superior de l'abdomen, cosa que pot dificultar l'entrada d'aire) o de mort sobtada. D'igual manera, ocorre amb les subjeccions químiques, que també poden comportar desavantatges rellevants per a la persona major (Tortosa et al., 2016). D'altra banda, De Bellis et al. (2013) incideixen que les conseqüències negatives són també per als familiars —que, amb freqüència, senten malestar en veure la persona estimada lligada— i per al personal d'atenció directa —que experimenta, amb freqüència, sentiments de culpabilitat. Així es recull també en el document de Bigwood i Crowe (2008), en què es relata com, malgrat veure's obligats a haver de respondre subjectant els pacients, els professionals d'atenció sanitària solen relatar que són vivències negatives i que prefereixen evitar-ho.

Fins i tot, estudis com el de Tortosa et al. (2016) verifiquen que la retirada de subjeccions produeix millorances en el nombre de caigudes, no obstant això, les diferències respecte del grup de control no són significatives. En qualsevol cas, sí se subratlla que la retirada de subjeccions no empitjora el nombre de caigudes produïdes. D'igual manera, els autors emfatitzen que les conseqüències de les caigudes milloren lleument després de la retirada. Altres estudis donen suport a aquest procediment i asseguren que milloren l'autonomia del pacient, perquè afavoreix que siguin capaços de desenvolupar per ells mateixos un major nombre d'Activitats de la Vida Diària (AVD) (De Bellis et al., 2013).

A l'anterior, cal afegir que les restriccions físiques i químiques són valorades per múltiples organismes com una forma de vulneració dels drets fonamentals i que s'associen amb **implicacions morals, ètiques, socials i jurídiques** (Briones-Peralta i Rodríguez-Martín, 2017). Villacieros et al. (2013) destaquen que, des del punt de vista ètic, es consideren una vulneració del principi d'autonomia perquè limiten la llibertat d'una persona. Aquesta privació de llibertat només es podria justificar si es vinculen amb el principi de beneficència, és a dir, si tenen un benefici per a la persona. No obstant això, es qüestiona si realment les subjeccions aconsegueixen el seu objectiu principal: evitar les caigudes (Hamers i Huizing, 2005). Fariña-López et al. (2013) recorden que les persones grans continuen caient malgrat les subjeccions i Mion et al. (2010) verifiquen que les subjeccions, en múltiples situacions, resulten ineficaces. Alguns autors assenyalen que més que beneficiar l'usuari, acaben encobrint deficiències que han de ser solucionades, com dèficits en les competències

professionals, problemàtiques logístiques o conflictes amb familiars (Burgueño i Heras, 2017; Hamers i Huizing, 2005; Villacieros et al., 2013). Per exemple, quan es produeix una falta de personal, l'atenció al pacient serà més fàcil si s'usen les restriccions. De fet, com assenyala Fariña-López (2011), la majoria de les caigudes es produeixen durant la nit o a primera hora del matí, coincidint amb el moment quan hi ha menys personal.

En el que tots els professionals coincideixen és que les pràctiques han de **ser prescrites per un metge i consensuades per un equip interdisciplinari de professionals**. A més, han de justificar-se a partir d'un pla d'atenció individualitzat que expliqui el procediment que s'ha de seguir i el balanç de beneficis i desavantatges que les acompanyen. També s'ha de tenir en compte que, com indica la Llei 41/2002 de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient, es necessita el consentiment de l'afectat o de les persones vinculades a ell, i si no es té aquest consentiment, s'ha de comunicar al jutjat la decisió de subjectar-lo (Fariña-López et al., 2013). Encara així, la realitat de múltiples institucions i centres és que l'opinió del professional sanitari, en concret, d'infermeria sobre si és necessari l'ús de subjeccions, és determinant perquè s'iniciï el procediment. Amb freqüència, la decisió de la restricció física és complexa, influenciada no solament per la incertesa de la falta de guies clíniques i d'evidències, sinó també per factors institucionals (Mion et al., 2010). Per tant, serà rellevant que aquesta presa de decisions estigui consolidada. Com expliquen Villacieros et al. (2013) s'ha d'eliminar la subjectivitat que es troba implicada en el procés d'atenció i, per a això, és recomanable l'ús d'instruments psicòmètrics. En general, l'actitud dels professionals també és ambigua. Fariña-López et al. (2013) exposen que, encara que la majoria de professionals presenten actituds contràries a l'ús de restriccions, valoren que, en situacions delicades, poden arribar a ser necessàries. Mion et al. (2010) confirmen que, en ocasions, el criteri determinant per aplicar les subjeccions és el comportament del pacient —i no tant l'evolució de la simptomatologia—, i coincideixen que, amb molta freqüència, la presa de decisió recau sobre els infermers.

Per tant, es tracta d'una pràctica comuna? Les prevalències són diverses. Hamers i Huizing (2005) indiquen que, entre 1999 i 2004, l'aplicació de restriccions s'establia entre el 41% i el 64% dels casos en centres residencials, i entre el 33% i el 68%, en hospitals. De Bellis et al. (2013), a partir d'una revisió de diferents estudis, indiquen que la prevalença es mou entre el 12% i el 56%, amb una mitjana del 33%. De la mateixa manera, els autors destaquen també l'anàlisi dels **factors de risc** que es vinculen a les subjeccions, com seria la deterioració cognitiva, persones en situació de discapacitat, persones en situació de dependència, historial de caigudes, problemàtiques conductuals (conductes disruptives, d'agitació, desorientació i/o deambulació). D'altra banda, també destaquen que, com pot veure's en la taula 1, tant l'actitud dels professionals d'atenció sanitària, el nombre de professionals segons la ràtio de residents o els criteris i la normativa de la institució, suposen altres factors de risc que s'han de considerar.

Taula 1 | Factors de risc per a les subjeccions

1. Més gran d'edat (>86 anys)
2. Malalties o patologies
- Demència
- Accident cerebrovascular
- Càncer
- Depressió
3. Situació de discapacitat o de dependència
- Física o motora
- Psíquica o mental
- Sensitiva
- Intel·lectual
4. Medicació
- Antipsicòtics
- Opiacis
- Polifarmàcia
5. Història de caigudes prèvies
6. Factores socials
- Aïllament
- Criteris i normativa de la institució
7. Problemàtica comportamental
- Disruptiva
- Confusió
- Agitació
- Deambulació
- Desorientació
8. Personal
- Actituds davant l'ús de subjeccions
- Baix nombre de professionals per ràtio de resident

Font: De Bellis et al. (2013)

Alguns països encapçalen l'eliminació de subjeccions, com és el cas d'Alemanya, Àustria, Països Baixos i Dinamarca (Villacieros et al., 2013). Al nostre país, continua sent un repte. Sí predominen algunes propostes i aplicacions d'eliminació de subjeccions en centres residencials de diverses comunitats autònomes (Navarra, País Basc i Catalunya) (Tortosa et al., 2016; Villacieros et al., 2013). Però també, es produeix una percepció que la retirada de subjeccions comporta tot un seguit de despeses i de recursos personals, que no sempre és correcta. La realitat és que sí implicarà un procés adaptatiu rellevant centrat en canvis actitudinals i de patró de cures de

l'usuari. Per poder aconseguir-ho, s'hauria d'apostar per formacions especialitzades que englobessin i aconseguissin a tot l'equip de professionals. De fet, en l'estudi de Fariña-López et al. (2013), els professionals destacaven que la seva formació era insuficient i reconeixien que tenien pocs coneixements per tractar i abordar algunes problemàtiques que apareixien amb regularitat als centres. Només un 32% dels participants en l'estudi reconeixien que hi havia alternatives a la restricció física. Els autors també destacaven que aquells professionals que tenien pocs coneixements sobre el procediment, també presentaven actituds més favorables a la seva aplicació. Per tant, Hamers i Huizing (2005) subratllen que es tracta d'un canvi de paradigma en tot l'equip de sanitaris, en el qual s'han de proporcionar cures sense restriccions i s'ha d'apostar per qualitat en aquesta atenció. A més, l'aplicació o la retirada de subjeccions, així com la formació, han d'establir-se com un criteri de valoració vinculat a nivells de qualitat dels centres residencials (De Bellis et al., 2013).

2. Procés d'eliminació de subjeccions als centres residencials gestionats per l'Intress

A l'Intress, fa 13 anys, es va plantejar la necessitat de no utilitzar subjeccions per tal de millorar el benestar dels usuaris dels serveis i de les seves famílies, però s'havien d'oferir suficients garanties de seguretat. Es va constatar que no es poden eliminar subjeccions sense que hi hagi un canvi profund en la cultura del centre en relació amb els procediments, els protocols, la filosofia, canvis en la forma de pensar i cuidar.

Per dur-ho a terme es van marcar uns objectius; formar els equips de treballadors dels centres i serveis a fi de conscienciar-los i sensibilitzar-los per la recerca d'alternatives, eliminar els efectes negatius de les subjeccions i implicar les famílies en tot el procés.

Quan a l'Intress es va començar a treballar en centres i serveis de persones grans, es va plantejar com havia de ser l'atenció i, des del primer moment, es va tenir clar que es volia donar un servei de qualitat i que això passava per tenir en compte la persona a partir de la seva història de vida, que havia de ser respectada i acompanyada en el seu procés, sempre tenint en compte el respecte a la seva dignitat i els seus drets fonamentals com a principi ètic.

Era un moment en què no es parlava del model ACP com a tal, però sí es parlava de valors, entre ells, el de respecte cap a les persones grans. Es tenia clar que s'havia de treballar per aconseguir una bona qualitat de vida i el benestar dels usuaris a partir d'un tracte digne.

Malgrat aquests plantejaments, no es va estar exempt de la mala pràctica en la utilització de subjeccions i el cert és que es veia com una «bona pràctica» que garantia la seguretat de les persones ateses. Amb la més bona intenció del món, s'utilitzaven les subjeccions

per evitar caigudes i garantir la seguretat de la persona i es deia que, donat que s'era professional, no s'utilitzarien llençols per subjectar, com era habitual en aquella època i se cercaren sistemes de subjecció que fossin «dignes». Amb el temps, es va veure que aquella pràctica no tenia res de digna i que no afavoria realment el benestar de la persona, perquè en poc temps es produïa una pèrdua progressiva de les seves capacitats fisiològiques i psíquiques, a més dels riscos que suposava la mateixa subjecció, sense aconseguir l'objectiu principal de reducció del nombre de caigudes i de caigudes amb lesions greus.

Confusos i preocupats per aquest tema, es van començar a qüestionar moltes coses i s'inicià una recerca dels plantejaments que hi havia sobre aquest tema en altres indrets. Va ser l'any 2005 que es va conèixer el metge Antonio Burgueño, de CEOMA, que deia ben a les clares que aquest tema d'ús de subjeccions era una mala pràctica. Després, en una jornada que l'Intress va organitzar, va ser convidat per parlar d'aquest tema i aquell va ser el dia d'inflexió que generà el canvi. Un grup de treballadores, després d'haver-lo escoltat, quan va arribar al servei, va plantejar a la directora que s'havia de començar a treballar per eliminar les subjeccions i argumentaren que no tenia sentit aplicar el model d'atenció centrat en la persona i continuar amb aquesta mala praxis. Així va ser com es va iniciar un camí sense retorn per canviar la nostra pràctica.

Tot l'esforç que s'havia fet abans per convèncer les famílies de les bondats de les subjeccions es va invertir per demostrar tot el contrari amb dades i resultats d'estudis que avalaven la nova proposta. Les famílies van fer costat en tot moment i començarem a caminar plegats per donar continuïtat a la millora de les nostres atencions en el foment de l'autonomia i autoestima de les persones grans, tot prenent consciència que la mobilitat és clau perquè conservin les seves funcions. És necessari ser permissius amb la mobilitat i fins i tot estimular-la per preservar l'autonomia de la persona, afavorir la seva autoestima per l'eliminació dels efectes negatius que, a nivell psicològic, pot generar l'ús crònic de subjeccions. Per aconseguir un centre lliure de subjeccions és molt necessària la implicació de les famílies i que es puguin assumir certs riscos controlats.

A partir d'aquí, es va posar en marxa un programa d'eliminació de contencions a través d'una recerca constant d'alternatives individualitzades i personalitzades, sense abandonar la seguretat de la persona dependent, a fi de satisfer les seves necessitats de mobilitat i reduir el risc de caigudes i lesions, emparats per diferents estudis que demostren que el fet de no utilitzar contencions no fa que augmentin el nombre de caigudes, es mantenen i fins i tot disminueixen o són de menys gravetat.

El procés d'implantació, acompanyats per CEOMA, va passar per distintes fases:

- Fase inicial: formació, diagnòstic inicial, sistematització de la informació, valoració i implicació de totes les persones involucrades.

- Fase d'implantació: estudi de casos, valoracions d'alternatives, planificació de les intervencions, desenvolupament de pautes d'intervenció, implantació de nous protocols de caigudes.
- Fase d'avaluació: avaluació, mesura de resultats i diagnòstic final.

Temporalització: el temps aproximat de tot el procés és de dos anys. El primer és d'implantació i el segon per assegurar la bona pràctica.

El fet de no aplicar subjeccions ha produït la satisfacció de les famílies que han confiat en l'equip per al desenvolupament del programa i que han valorat l'actuació com un pas més de qualitat en les intervencions, a més d'un afany de millorar el benestar de les persones ateses. Això ha donat com a resultat que les famílies han dipositat la total confiança en la forma de treballar.

3. Metodologia

3.1. Mètode i mostra

Es fa un estudi descriptiu i exploratori, transversal, que comprèn l'exploració de dades de l'any 2017. L'estudi es complementa amb la recollida de dades de dues fonts: a) base de dades del programa Aegerus —sistema d'informació per a residències assistides i sociosanitàries—, i b) entrevistes als familiars dels usuaris. Així, la informació de la mostra s'obté de la realitat —introduïda pels professionals sanitaris—, i dels familiars. Els resultats quantitativs obtinguts s'analitzen a partir del programa estadístic SPSS.

D'una banda, la mostra obtinguda a partir de la base de dades estava composta per 19 usuaris del centre residencial Intress de Ferreries (Illes Balears). Les variables seleccionades per a l'anàlisi van ser: nombre de caigudes, causes de la caiguda (factors extrínsecs i intrínsecs), diagnòstic, tractament que rebien, conseqüències després de la caiguda, mesures preventives assumides, activitat que es feia i relat del professional sanitari. En total, es van registrar 16 caigudes, corresponents a 8 usuaris, sobre les quals es va realitzar l'anàlisi de dades.

Com s'explicava anteriorment, es va complementar el registre d'informació obtingut amb les valoracions de familiars per valorar la qualitat de vida obtinguda segons fonts externes. En concret, es van dur a terme 17 entrevistes semiestructurades¹ als familiars d'usuari del geriàtric i s'obtingué informació específica de cada usuari. La informació s'obté sobre les

¹ Dos familiars no varen poder contestar les entrevistes.

preguntes d'una mostra d'edat mitjana de 87,65 anys, amb una desviació de 8,31. S'ha de destacar que la majoria de la mostra sobre la qual es qüestionava eren dones, el 70,6% del total. Més específicament, fins a un 47,1% eren dones de 85 o més anys (vegeu la taula 2).

Taula 2 | *Sexe i edats dels usuaris del centre residencial*

	Entre 65 i 74 anys	Entre 75 i 84 anys	85 o més anys	Total
Home	5,9%	5,9%	17,6%	29,4%
Dona	5,9%	17,6%	47,1%	70,6%
Total	11,8%	23,5%	64,7%	100,0%

Font: Elaboració pròpia

3.2. Instruments

Per a la recollida d'informació, es va desenvolupar un instrument d'avaluació (entrevista) dirigit als familiars, amb dues tipologies de resposta diferenciades:

- a) Ítems de resposta tancada —respostes dicotòmiques i escala Likert—, orientats a l'anàlisi de la relació entre l'entrevistat i l'usuari, i a la valoració de la qualitat de vida de la persona gran percebuda per l'entrevistat.
- b) Preguntes de resposta oberta, amb la finalitat d'aprofundir en les valoracions dels entrevistats sobre les mesures de subjecció.

D'altra banda, el programa de gestió per a residències assistides i sociosanitàries Aegerus permetia la recollida d'informació de diversos professionals i mitjançant ítems de resposta tancats i oberts, que actuava com a registre observacional.

4. Resultats

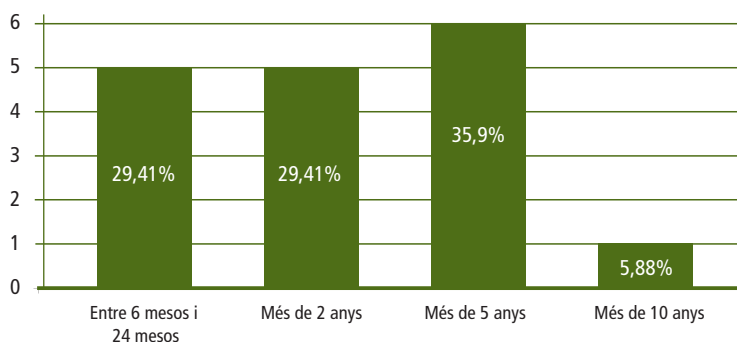
4.1. Exploració de les condicions vinculades a les caigudes

A continuació, es fa una anàlisi focalitzada en les 16 caigudes produïdes durant el passat any. L'edat mitjana de les persones que van caure era de 87,88 anys (tenien edats compreses entre 80 i 95 anys). Predominaven les caigudes de les persones de sexe femení (62,5% dels casos). Quant al seu estat de salut, un 62,5% patia deterioració cognitiva, un 12,5% malalties del sistema nerviós i un 12,5% malalties cardiovasculars. A més, un 50% prenia ansiolítics diàriament i un 37,5% hipotensores com a tractament per a la patologia.

Per tant, les caigudes es van produir en un grup d'edat avançat i amb diagnòstics de malalties rellevants.

El temps d'estada al centre residencial era considerable, cosa que possibilitava una obtenció de dades consistent i basada en interaccions de llarga durada. Un 35,29% feia més de 5 anys que era al centre, un 29,41% més de 2 anys, un altre 29,41% entre 6 mesos i 2 anys i un 5,88% més de 10 anys (vegeu el gràfic 1).

Gràfic 1 | Temps de permanència al centre residencial



Font: Elaboració pròpia

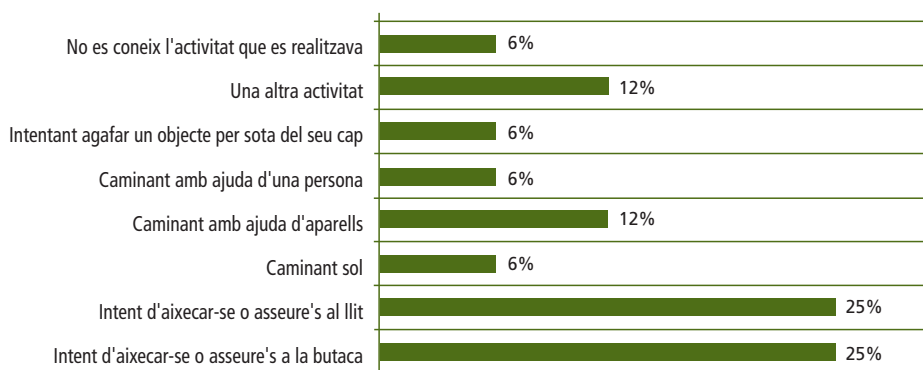
Els factors que van precipitar la caiguda representen un de les principals variables que cal examinar. Els factors intrínsecs van ser la principal causa, i la inestabilitat motora de la persona, en un 68,8% de les caigudes, va ser el motiu. Un estat d'ànim agitat o nerviós també les va ocasionar (18,8%). Quant als factors extrínsecs, s'ha de destacar que cap de les 16 caigudes va ser provocada per la falta de subjecció o de barreres. En canvi, sí es van deure al fet que el trespòl estigués relliscós o que presentés irregularitats (18,8% de les caigudes) (vegeu la taula 3). Efectivament, els motius coincideixen amb les variables assenyalades pels professionals com a principals motius de caiguda. Així, les característiques del sòl, les dificultats en l'equilibri i caigudes per desorientació són els tres elements emfatitzats.

Taula 3 | Factors que varen provocar la caiguda

Factor extrínsec	Percentatge	Factor intrínsec	Percentatge
Calçat insegur	0%	Agitat	18,8%
Falta de barreres	0%	Desorientat	6,3%
Falta de subjecció	0%	Inestabilitat motora	68,8%
Sòl relliscós	12,5%	Problemes de visió	0%
Sòl irregular	6,3%	Problemes causats per patologies	6,3%

De la mateixa manera, les activitats que van afavorir les caigudes van ser vàries; intentar aixecar-se o asseure's en una cadira (25%), intentar aixecar-se o asseure's en un llit (25%), caminar amb l'ajuda d'aparells (12,5%), caminar sol (6,25%), caminar amb l'ajuda d'una altra persona (6,25%), intentar agafar un objecte que estava elevat (6,25%), entre d'altres (vegeu el gràfic 2).

Gràfic 2 | *Activitats que es realitzaven quan es va patir la caiguda*



Font: Elaboració pròpia

Malgrat haver eliminat les subjeccions, el centre residencial sí que va adoptar una sèrie de mesures com a estratègies preventives. Quant a la prevenció vinculada a les caigudes des de la cadira, es proporciona a les persones grans diferents tipus de falques/coixins, canvis d'ubicació (per tal de tenir més vigilància) i canvis del tipus de cadira. Vinculades a la deambulació pel centre es treballa l'estabilitat motora amb el fisioterapeuta, per tal de reforçar l'equilibri, i l'ús de diferents tipus de caminadors, segons l'estat físic del resident. Finalment, vinculades al llit, les mesures adoptades són els sensors de llit, els sensors de moviment, els canvis d'ubicació del llit (més apropat al bany), els llums (pilots) al bany per dirigir el resident a la nit. S'ha de destacar que es proporcionaven mesures alternatives a les subjeccions, quan es produïen les caigudes. Tal com es pot observar a la taula 4, es tendia a incrementar la supervisió i el control de l'usuari després de la caiguda i es vigilava que no es produís immediatament —en el 31,3% de les situacions. Però també s'apostava per afavorir la modificació ambiental com a eina vàlida, és a dir, millorar l'estímul ambiental que havia propiciat la pèrdua d'equilibri (després de quatre de les caigudes). La revisió farmacològica (i la seva modificació, si era necessària) (6,3%), la reeducació de la marxa potenciant l'equilibri (12,5%) i la potenciació de les extremitats inferiors (12,5%) es van establir com a intervencions

personalitzades en aquestes situacions. No obstant això, el centre residencial també comptava amb altres actuacions preventives; s'optà per les mesures que podien resultar més adequades per a cada persona. Són molt importants els ajusts organitzatius per garantir una adequada vigilància a les àrees comuns i respondre a les necessitats bàsiques que poden tenir els residents.

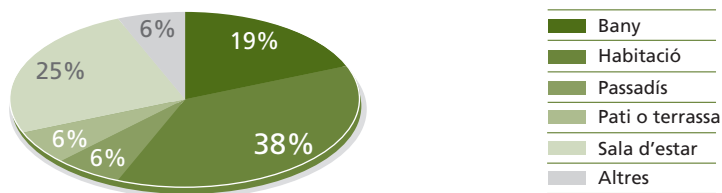
Taula 4 | *Mesures de prevenció després de la caiguda*

Mesures	Percentatge	Mesures	Percentatge
Revisió o canvi farmacològic	6,3%	Valoració del protocol de subjeccions	0%
Reeducació de la marxa	12,5%	Ús d'ajudes dinàmiques	0%
Potenciació de les extremitats inferiors	12,5%	Derivació a especialista	0%
Passejos per la planta	0%	Control/supervisió	31,3%
Modificació ambiental	25%	Múltiples intervencions	12,5%

Font: Elaboració pròpia

Respecte del lloc, les caigudes es van produir en diferents llocs del centre residencial (vegeu el gràfic 3), principalment al bany (el 18,75% de les caigudes), a l'habitació (el 37,5%) i a la sala d'estar (el 25%).

Gràfic 3 | *Lloc on es varen produir les caigudes*



Font: Elaboració pròpia

S'ha de destacar que cap de les caigudes no van ocasionar conseqüències greus. Encara que després d'una caiguda, sí es va produir una ferida que va necessitar sutura, la resta van provocar contusions o blau (el 31,3% de les caigudes). El 62,5% de les caigudes no van tenir conseqüències. Una de les conseqüències més greus de les caigudes són la fractura de maluc i no n'hi va haver cap.

4.2. Valoració dels familiars sobre les mesures de subjecció i els nivells de qualitat de vida

Quant als entrevistats, tots mantenien una relació de parentiu amb els usuaris. Concretament, la majoria eren fills o filles dels usuaris (un 70,6%), seguit d'un 23,5% que eren nebots o nebodes. La resta eren germans o germanes.

A més, fins a un 64,7% havien atès les persones grans abans que ingressessin al centre residencial. Més específicament, un 58,8% dels entrevistadors que havien estat cuidadors informals eren fills de les persones que es trobaven als centres residències, de manera que hi havia un vincle entre la relació de parentiu i la cura de la persona. En canvi, eren els nebots o les nebodes els que indicaven en menor mesura que havien cuidat dels seus oncles o ties (un 17,6%) (*vegeu la taula 5*). La relació de parentiu i la cura són variables rellevants perquè afavoriran una recollida de dades més aproximada a la realitat. De fet, dels familiars que havien cuidat a les persones grans, un 29,7% l'havia fet durant més de dos anys i un 23,5% entre sis mesos i dos anys. Així, un percentatge rellevant dels entrevistats havia assumit relacions de cura perllongades.

A més, s'ha d'incidir que fins a un 64,7% de les persones grans se'ls havia reconegut algun nivell de dependència durant el temps que van ser cuidats pels seus familiars. En concret, un 35,3% de la mostra d'usuaris la tenia reconeguda des de feia més de dos anys, un 17,6% feia entre un mes i sis mesos i un 11,8% feia entre sis mesos i dos anys.²

Taula 5 | *Relació de parentiu i cura informal de la persona gran*

	No va cuidar la persona gran	Va cuidar la persona gran	Total
Pare o mare	11,8%	58,8%	70,6%
Germà o germana	5,9%	0%	5,9%
Tio o tia	17,6%	5,9%	23,5%
TOTAL	35,3%	64,7%	100,0%

Font: Elaboració pròpia

Abans de l'entrada al centre residencial, la majoria (fins a un 76,5% dels usuaris) havia patit episodis de caigudes; al domicili mentre vivien sols, a cura dels seus fills o familiars, en altres residències, a l'hospital després d'una intervenció quirúrgica, etc. No obstant això, de les xifres prèvies, s'identificava que un 29,4% havia estat subjectat anteriorment i que, malgrat aquestes subjeccions, havia acabat patint una caiguda. Els familiars explicaven

² Ha de tenir-se en compte, que podien donar-se casos en els quals no s'havia sol·licitat l'ajuda a persones en situació de dependència o que encara no havien estat valorades.

que les experiències associades a subjeccions havien resultat negatives i que, finalment, les subjeccions no havien estat necessàriament mesures preventives de les caigudes:

*"Va caure a l'hospital després d'una intervenció quirúrgica. Va resultar una experiència molt negativa perquè es va posar molt nerviós i vàrem acabar demanant l'alta mèdica (D1)".*³

"En un altre centre residencial, mentre portava subjecció física, va intentar sortir del llit i va acabar caient. No vam comprendre la subjecció si, finalment, va acabar caient igual (D6)".

A més, es van experimentar diverses conseqüències després de les caigudes, com fractures de maluc (dues persones), de braç (dues persones), cops i contusions (sis persones), ferides (una persona). Altres també relataven que malgrat haver caigut no havien sofert cap conseqüència o que les seqüeles havien estat molt lleus. No obstant això, per a alguns entrevistats les conseqüències directes de les caigudes no eren tan greus com l'afectació en l'estat de l'ànim o com altres seqüeles que podrien aparèixer a causa de la mesura aplicada.

"Li espantava estar lligada al llit, i el resultat pitjor va ser que, al poc temps, va deixar de caminar. Penso que també li va afectar negativament la subjecció farmacològica (D11)".

"A causa d'estar subjecta, la meua mare va començar a sentir-se molt deprimida i apàtica (D6)".

En canvi, tots els entrevistats van verificar que estaven satisfets que els seus familiars no tinguessin subjeccions actualment. Les valoracions de la retirada de subjeccions físiques i farmacològiques van ser molt positives. De fet, quan es va qüestionar sobre què pensaven que ocorreria si als seus familiars se'ls apliquessin subjeccions o se'ls en tornessin a aplicar, les respostes van ser clares i determinants:

"Les subjeccions atemptarien contra el benestar d'ella. Mai ha estat subjecta, però si ho estigués estaria ansiosa i deprimida (D7)".

"És important tenir llibertat, si no es posaria molt agressiu i tibant (H7)".

"Seria la pitjor opció. Ell vol sortir i caminar quan vol. Suposo que si se li apliquessin les subjeccions reaccionaria malament (hi hauria crits i insults als cuidadors) (D12)".

³ Es van codificar les entrevistes mitjançant etiquetes per respectar la confidencialitat de cada usuari.

A l'anterior, alguns usuaris sumaven els efectes positius obtinguts després de la retirada de les subjeccions:

"Ara està més activa, es comunica millor. Abans (quan estava subjecta) es posava agressiva (D11)".

"Al no estar lligada sofreix menys. Estic molt satisfet. Per al meu familiar, estar sense subjeccions, és el tracte més humà (D9)".

L'anàlisi que realitzen els entrevistats sobre **la qualitat de vida** dels usuaris sense subjeccions també llançava un conjunt de conclusions sobre el fet de no estar subjectes. Per començar, un percentatge dels entrevistats exposava que estava "en desacord" amb el fet que el seu familiar **no hagués caigut o que hagués disminuït el risc de caiguda** —un 17,6% dels entrevistats. Però un 53,1% estava "d'acord" que podria ser que el risc de caiguda fos reduït, o almenys, així ho havien experimentat. S'ha d'incidir que un 82,4% estava "totalment d'acord" que les caigudes **no els havien provocat fractures ni conseqüències greus**.

A més, el balanç era més positiu quan se'ls preguntava per altres variables vinculades amb qualitat de vida (vegeu la taula 6). Un 94,2% reconeixia que els seus familiars es **movien més** o que estaven **menys temps al llit** des que no tenien subjeccions, mentre que un entrevistat exposava que no hi havia canvis perquè el seu familiar sempre havia estat autònom i sense problemes de mobilitat. Un 76,4% també deia que els seus familiars **caminaven més** des de la retirada de la mesura. D'igual manera, també estaven "totalment d'acord" que es promovien i es desenvolupaven **més activitats d'autocura** per part de les persones grans, com vestir-se, rentar-se, pentinar-se, etc. En la mateixa línia, un 94,2% valorava que els seus familiars estaven **més actius o que eren més dinàmics** des que se'ls havien retirat les subjeccions.

Els beneficis semblen no associar-se únicament amb aspectes físics, sinó també emocionals (vegeu la taula 6). Quan se'ls qüestionava sobre **l'estat d'ànim**, un 88,2% coincidia, "totalment d'acord", que l'estat d'ànim havia millorat. La resta d'entrevistats, un 11,8%, estava "d'acord" en la millorança de l'estat d'ànim. La mateixa valoració s'emetia sobre el fet que s'incrementava **la relació amb altres usuaris i professionals del centre** i que millorava la qualitat de les relacions interpersonals (88,2%).

No obstant això, només un 29,4% indicava que el seu familiar **participava en més activitats** al centre i va resultar l'indicador en què menys influïa la no aplicació de subjeccions.

Taula 6 | *Valoració dels familiars sobre els canvis produïts després de retirar les subjeccions*

Valoració del familiar	Totalment d'acord	D'acord	Ni d'acord, ni en desacord	En desacord	Totalment en desacord
No ha caigut o disminueix el risc de caiguda	35,3%	17,6%	29,4%	17,6%	0%
Es mou més o està menys temps al llit	82,4%	11,8%	5,9%	0%	0%
Realitza més activitats d'autocura	64,7%	5,9%	5,9%	5,9%	17,6%
Camina més	52,9%	23,5%	5,9%	0%	11,8%
Es relaciona més amb altres usuaris i professionals	70,6%	17,6%	0%	5,9%	5,9%
És més actiu i més dinàmic	82,4%	11,8%	5,9%	0%	0%
Té un millor estat d'ànim	88,2%	11,8%	0%	0%	0%
Participa en més activitats al centre residencial	17,6%	11,8%	41,2%	5,9%	17,6%
No ha patit fractures o conseqüències greus per caigudes	82,4%	5,9%	0%	0%	11,8%

Font: Elaboració pròpia

5. Conclusions

Les múltiples repercussions vinculades amb les mesures de subjecció exigeixen valorar altres formes o estratègies de prevenció de les caigudes. A més, emergeixen diferents tipologies de repercussions. En destaquen les que adquireixen un caràcter psicològic o emocional, perquè influeixen negativament en el benestar emocional de la persona. Sentiments i emocions d'inutilitat, ràbia, frustració, impotència, així com la pèrdua de l'autonomia personal, són resultat de situacions en què les persones veuen compromesa la seva llibertat de moviment. A més, es veuen sotmesos a haver de necessitar professionals per poder dur a terme les AVD, tot i conservar les capacitats cognitives amb freqüència. Com els resultats evidenciaven, els familiars no són favorables tampoc a aquestes mesures perquè consideren que les persones tindran desavantatges massa impactants en el seu benestar personal. O perquè, fins i tot havent estat subjectes (un 76,5% de la mostra), havien experimentat alguna caiguda (29,4% dels casos). Per tot plegat, alguns familiars es qüestionaven la utilitat de la subjecció i tots insistien en la satisfacció de no haver d'utilitzar les subjeccions actualment. De fet, a pesar que es van produir setze caigudes, un 62,5% no van tenir conseqüències i un 31,3% van sofrir contusions o blaus. En cap cas,

es van identificar fractures o lesions greus, tot tenint en compte que les persones grans tenien edats superiors als 80 anys, i un gran percentatge presentava malalties rellevants o es trobava en situació de dependència.

En canvi, sí es constaten millores notables dels usuaris segons l'anàlisi realitzada pels seus familiars. Convertir-se en persones més actives —fins a un 94,2% dels casos—, dinàmiques, realitzar més activitats d'autocura, caminar més, relacionar-se amb altres persones o millorar el seu estat de l'ànim —tots els usuaris— eren aspectes que es reconeixien per part dels familiars després d'haver optat per altres formes de prevenció de caigudes. Dins de la gamma de **possibles mesures alternatives** el geriàtric de Ferreries gestionat per l'Intress suggeria tota una bateria de recursos, entre els quals destacaven reeducació de la marxa tot potenciant l'equilibri i les extremitats inferiors, revisió de la farmacologia, modificació ambiental, increment de la supervisió de la persona i ús d'ajudes dinàmiques i ajudes tècniques (sensors de moviment, sensors de llit) entre d'altres. Autors com Mion et al. (2010) destaquen l'avaluació de riscos i el tractament d'aquests riscos com una actuació alternativa necessària. D'altra banda, també destaquen l'abordatge directe de trastorns, patologies i simptomatologies que puguin potenciar el risc de caigudes, com, per exemple, la síndrome confusional. Per tant, a partir de la valoració personalitzada de la persona, es podria seleccionar quina mesura seria més adequada per evitar possibles caigudes.

Indiscutiblement, l'ús d'estratègies alternatives ha de ser valorat com una línia d'intervenció freqüent, que ha de promoure situacions més favorables i centrades en la persona gran. Les propostes destacades es dirigeixen a desenvolupar plans individualitzats per a cada usuari, canvis de les polítiques assistencials o de les intervencions multicomponents (Briones-Peralta i Rodríguez-Martín, 2017). Cal destacar, per tant, que **la formació de professionals** sobre la retirada de subjeccions és un requisit fonamental per garantir l'èxit de l'actuació. Briones-Peralta i Rodríguez-Martín (2017) ressalten que les formacions eficaces són aquelles que es dirigeixen a tot el personal del centre, familiars i cuidadors, i destaquen que les dirigides únicament a les infermeres no han aconseguit obtenir resultats significatius. Per tant, s'ha de prioritzar l'educació aplicada des d'una mirada multidisciplinària, basada en plans personalitzats i que fomenti possibles coordinacions beneficioses per a l'usuari. El procés de formació ha d'incloure: a) programa formatiu, b) manual d'aplicació o de retirada de les subjeccions i c) orientació sobre dubtes i qüestions diverses als professionals sanitaris (De Bellis et al., 2013). No obstant això, aquesta formació no ha d'englobar únicament el procés d'aplicació del protocol, sinó també ha de contemplar altres aspectes com els valors ètics i el benestar emocional de la persona gran (Tortosa et al., 2016).

En qualsevol cas, el procés de retirada s'ha d'avaluar i emparar per la **legislació**. **Cal crear un marc d'actuació i d'orientació** (Briones-Peralta i Rodríguez-Martín, 2017; Hamers i Huizing, 2005). De fet, la legislació ha de contemplar i intervenir sobre les barreres que

dificulten el nou model d'actuació, com instal·lacions inadequades, falta de personal o sobrecàrrega laboral (De Bellis et al., 2013). Per tant, i sintetitzant les propostes futures, es pot assenyalar que són diverses les estratègies determinants que han de ser prioritàries en el procés d'adaptació: a) normativa i legislació que empari el procés d'adaptació, b) mesures alternatives a les subjeccions i c) formació dels professionals d'atenció directa sobre els usuaris.

Referències bibliogràfiques

Bigwood, S. i Crowe, M. (2008). 'It's part of the job, but it spoils the job': A phenomenological study of physical restraint. *International journal of mental health nursing*, 17(3), 215-222.

Bleijlevens, M. H., Wagner, L. M., Capezuti, E. i Hamers, J. P. (2016). Physical restraints: Consensus of a research definition using a modified delphi technique. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(11), 2307-2310.

Briones-Peralta, M. Á. i Rodríguez-Martín, B. (2017). Efectividad de las intervenciones dirigidas a reducir las sujeciones físicas en personas mayores de 65 años institucionalizadas: una revisión sistemática. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 52(2), 93-101.

Burgueño, A. A. i Heras, C. (2017). Centros libres de sujeciones físicas: un estándar de oro de calidad. *Revista Argentina de Gerontología y Geriatria*, 31(3).

De Bellis, A., Mosel, K., Curren, D., Prendergast, J., Harrington, A. i Muir-Cochrane, E. (2013). Education on physical restraint reduction in dementia care: a review of the literature. *Dementia*, 12(1), 93-110.

Fariña-López, E. (2011). Problemas de seguridad relacionados con la aplicación de dispositivos de restricción física en personas mayores. *Revista Española De Geriatria y Gerontología*, 46(1), 36-42.

Fariña-López, E., Estévez-Guerra, G. J., González, E. N., Hernández, D. D. G. P. i Crego, M. G. (2013). Actitudes, conocimientos y práctica de los profesionales de enfermería en el uso de restricciones físicas con personas mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 48(5), 209-215.

Hamers, J. P. i Huizing, A. R. (2005). Why do we use physical restraints in the elderly?. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 38(1), 19-25.

Mion, L. C., Sandhu, S. K., Khan, R. H., Ludwick, R., Claridge, J. A., Pile, J. ... i Winchell, J. (2010). Effect of situational and clinical variables on the likelihood of physicians ordering physical restraints. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(7), 1279-1288.

Tortosa, M. Á., Granell, R., Fuenmayor, A. i Martínez, M. (2016). Efectos de un programa de eliminación de sujeciones físicas sobre personas mayores con demencia en residencias. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 51(1), 5-10.

Villacieros, M., Steegman, L., Mejías, M. L. i Bermejo, J. C. (2013). Diseño y validación de una escala de actitudes de los profesionales asistenciales hacia la liberación del uso de sujeciones en personas dependientes. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 36, 3, 407-418.

Autors

LYDIA SÁNCHEZ PRIETO

Cadis (1984). Llicenciada en Psicologia. Màster en Intervenció Socioeducativa en Menors i Família per la UIB i Màster en Intervenció Multidisciplinària per Trastorns de la Conducta Alimentària, Trastorns de la Personalitat i Trastorns Emocionals per la Universitat de València. Experta en Intervenció en Qualitat de Vida de Gent Gran. És estudiant de doctorat en Ciències de l'Educació i membre del Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social (GIFES) de la Universitat de les Illes Balears. Treballa com a psicòloga general sanitària a l'Institut Clínic Manacor (Xarxa Assistencial Juaneda), des de 2010, i al Centre Es Pla des de 2016. Les seves línies principals de recerca són els programes de prevenció basats en l'evidència, tècniques i estratègies d'intervenció psicològica i trastorns de la conducta alimentària.

CARMEN ORTE SOCIAS

Llicenciada en Psicologia i doctora en Ciències de l'Educació. Té quatre quinquennis de docència reconeguts i quatre sexennis de recerca. Té activa l'excel·lència investigadora. És la investigadora principal en temàtiques de programes de prevenció familiar basats en l'evidència científica del Grup de Recerca i Formació Educativa i Social (GIFES), de la UIB. En l'àmbit de la formació al llarg de tota la vida, va crear la Universitat Oberta per a Majors (UOM) el curs 1997-1998 i l'ha dirigit fins al mes de juliol de 2013. És la directora de la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal i la directora de l'Anuari de l'envelliment de les Illes Balears. És la directora de la International Summer Senior University. Des de juny de 2018 és la Directora General del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) del Govern d'Espanya.

M. TERESA COLL JANER

Treballadora social i postgrau en Gestió i Direcció de Residències per a Persones Grans. Treballa a l'Intress des de 1992, en el seu inici va posar en funcionament i va dirigir centres de persones grans, i ho va compaginar amb tasques de coordinació d'alguns serveis. Des de l'inici, va defensar la creació de centres petits, gestionats segons el Model d'Atenció Centrat en la persona. Posteriorment, va exercir la tasca de direcció de l'Àrea de Majors de l'entitat. Actualment ocupa el càrrec de directora de coneixement de l'Àrea de Dependència i Desenvolupament. Molt interessada a conèixer què es fa en relació amb l'atenció a les persones grans majors a nivell europeu ha visitat serveis a Suècia, Amsterdam i Berlín.

En la seva trajectòria anterior va treballar en cooperació i formà part d'un equip de promoció social, desenvolupant projectes comunitaris a la zona del nord dels Andes peruans. Posteriorment, va treballar en diferents ajuntaments de Menorca en la implantació i gestió de Serveis d'Atenció Primària de Serveis Socials, així com models de voluntariat social en alguns municipis. També va exercir la funció de supervisora d'alumnes de Treball Social i va impartir formació en els cursos de Treballadors Familiars i equips de centres de persones grans.

CATALINA PONS MESQUIDA

Directora de la Residència Geriàtrica i Centre de dia de Ferreries. Llicenciada en pedagogia terapèutica per la UIB. 1997-2006. Coordinadora de projectes socials a Caritas Diocesana de Menorca. 2006 fins a dia d'avui, directora de la Residència Geriàtrica i Centre de Dia de Ferreries gestionat per Intress. Durant aquests deu anys de gestió de la residència s'ha format especialment en mediació, comunicació, relacions i habilitats socials, resolució de conflictes i en el model d'atenció gerontològica centrat en la persona.

LLUÍS BALLESTER BRAGE

Santiago de Compostel·la (1960). Diplomant en Treball Social, doctor en Filosofia per la UIB i doctor en Sociologia per la Universitat Autònoma de Barcelona. Professor titular d'universitat del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB. Ha estat director (1990-1996) de la Unitat de Planificació i Estudis dels Serveis Socials del Consell de Mallorca. Fou, també, el primer director de l'Agència de Qualitat Universitària de les Illes Balears (2002-2003). És autor, entre d'altres, de l'obra *Las necesidades sociales. Teorías y conceptos básicos* (1999), i coautor, entre d'altres llibres, d'*Epistemología de las ciencias sociales y de la educación* (2012), *Iniciación al análisis de datos en la investigación educativa* (2013), *Métodos y técnicas de investigación educativa* (2014), *Le Programme de compétences familiales: l'adaptation du SFP en Espagne* (2015). Ha estat director de l'ICE de la Universitat de les Illes Balears. És membre del Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social (GIFES).