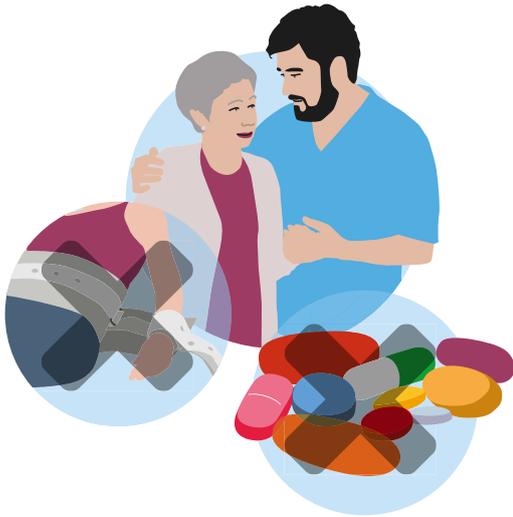




webinar

ENCUENTRO CON EXPERTOS



Contenciones, sujeciones y restricciones físicas y químicas en personas con demencia



Ponente:

Dr. Jorge López Álvarez

Psiquiatra del Hospital Universitario de Badajoz. Representante de la SEPG- Sociedad Española de Psicogeriatría

MARTES 4 JULIO DE 2023



Red de Agentes Activos en la
DETECCIÓN PRECOZ DEL
ALZHEIMER



POR SOLIDARIDAD
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL

Jorge López Álvarez es médico psiquiatra formado en el Hospital Universitario 12 de octubre. Tiene un máster en Terapia Familiar Sistémica por el centro ITAD de Madrid y un máster en Psicología por la Universidad Autónoma de Barcelona. Ha sido investigador en la unidad de investigación del Proyecto Alzheimer de la Fundación CIEN y la Fundación Reina Sofía. Tras varios años trabajando como psiquiatra junto con el doctor Luis Agüera en el Hospital Universitario 12 de octubre, donde se puso en marcha una consulta ambulatoria de psicogeriatría, desde principios de 2022 ejerce su actividad clínica en el Servicio Extremeño de Salud. Es asesor de la fundación María Wolf colaborando fundamentalmente en el diseño aplicación y actualización de Los criterios Chrome, un método para reducir el empleo de sujeciones químicas.

Hola buenos días a todos. Muchas gracias. Mi presentación de hoy va a hablar acerca de las contenciones, sujeciones y restricciones físicas y químicas en personas con demencia.

Antes de empezar quiero agradecer a CEAFA la invitación para formar parte de este grupo de webinars y también agradecer a la Sociedad Española Psicogeriatría la confianza que ha puesto en mí para hablar como psicogeriatra delante de todos vosotros.

La charla que voy a dar recoge realmente mis impresiones, mis conocimientos, mis opiniones y no tiene por qué reflejar la postura de la Sociedad Española Psicogeriatría. Al final os doy una información que tiene que ver con el tiempo que llevo ejerciendo como psiquiatra, como psicogeriatra y también investigando, sobre todo en aquellos aspectos relacionados con el mundo de las sujeciones químicas.

Quiero empezar hablando un poco de esta noticia que nos ha sobrecogido hace unas semanas: en Australia, una mujer de 95 años y demencia amenazó con un cuchillo mientras avanzaba con su andador y un policía le disparó con un taser y desgraciadamente la mujer falleció. Para mí esta noticia me sirve para alzar la voz sobre dos aspectos muy importantes de nuestra práctica en personas ancianas que tienen demencia: por una parte los peligros de una sobreactuación a la hora de abordar las alteraciones de conducta disruptivas, y por otra parte la importancia de no caer en nihilismos terapéuticos y la importancia de dejar de tratar; porque realmente **hay problemas que pueden ser susceptibles de un tratamiento farmacológico o no farmacológico, y si se abordan desde el principio, si se intenta prevenir la aparición de alteraciones de conductas, estas serán menos frecuentes menos intensas y menos duraderas.**

A nivel de marco legal la verdad es que no hay mucho publicado, pero ya el Defensor del Pueblo adelantaba hace años que el empleo de sujeciones y restricciones podía potencialmente vulnerar algunos derechos constitucionales en

España. Por ejemplo, el derecho a la dignidad humana y al libre desarrollo de la personalidad, el derecho a no sufrir tratos inhumanos o degradantes y el derecho a la libertad. Ha habido varios comités de ministros, de expertos que han hablado acerca de la importancia de tratar de otra manera a las personas ancianas con demencia.

“El Defensor del Pueblo adelantaba hace años que el empleo de sujeciones y restricciones podía potencialmente vulnerar algunos derechos constitucionales en España.”

Así, una recomendación del comité de ministros del Consejo de Europa plantea que las personas mayores que reciben atención institucional tienen derecho a la libertad de movimiento, y cualquier restricción deberá ser legal, necesaria, proporcionada y conforme a derecho.

El comité sobre los derechos de las personas con discapacidad plantea que las medidas tienen que intentar eliminar el uso de tratamiento forzado y diversos métodos de restricción en los centros o un manual de buenas prácticas del ministerio fiscal, plantea que **las sujeciones y contenciones mecánicas pueden afectar directamente a derechos fundamentales de las personas con discapacidad**. Por ello, solo deben contemplarse como una medida excepcional.

Pero lo cierto es que a día de hoy en nuestro país, **en España, se carece de una normativa específica reguladora de las contenciones a nivel estatal, y es verdad que se hacen recomendaciones y se recomienda la prioridad de medida de carácter preventivo y de desescalada verbal**, pero digamos que no hay un Corpus homogéneo que plantee que es lo que tenemos que hacer.

Ahora bien, a principios del año 2022 se publicó la **instrucción 1/2022 de 19 enero de la Fiscalía General del Estado sobre el uso de medios de contención mecánicos o farmacológicos (esto es importante también, la parte farmacológica) en unidades psiquiátricas o de Salud Mental y centros residenciales y o sociosanitarios de personas mayores y o con discapacidad**. Según esta instrucción de la Fiscalía General del Estado las sujeciones físicas y/o farmacológicas persiguen controlar complicaciones o consecuencias nocivas, pero no están en absoluto exentas de riesgo.

Es verdad que su uso se justifica por la seguridad de la persona y su entorno, pero hay que diferenciar entre cuidar y proteger. Y si antes primaba la seguridad, en la actualidad la seguridad y la protección son desplazadas por principios como autonomía, dignidad o la atención centrada en la persona, por lo cual a día de hoy debe primar la búsqueda de alternativas más respetuosas con la dignidad de la persona.

Según esta instrucción, debe haber una serie de principios en la aplicación de contenciones que son principios muy sensatos. Es decir, a la hora de aplicar algo, tiene que hacerse con una finalidad de cuidado, las medidas deben ser excepcionales y no la norma. Cuando haya realmente una necesidad, **las medidas no solamente deben ser excepcionales sino que deben ser proporcionadas provisionales y se debe prohibir todo exceso**.

Así, según esta instrucción, el uso de sujeciones vendrá determinado cuando no haya funcionado otro método de prevención o ante un riesgo inminente y grave para la persona o terceros, si bien es cierto que esta instrucción plantea que el uso de las sujeciones puede estar aceptado por la finalidad, como por ejemplo mantener la estación, levantamiento de la cama o interacción social en personas con discapacidad física muy inhabilitante, pero esto puede ser discutible.

Ahora bien, ¿existe un consenso en la comunidad científica? Pues por lo cierto es que no, porque si tú lees distintos textos de comunidades autónomas, de la Fiscalía, del Consejo de Europa... no hay una buena delimitación entre conceptos que en principio son diferentes como contención, sujeción, restricción... que a veces utilizan de forma indistinta.

A lo largo de esta charla quiero intentar plantear que son cosas diferentes, con finalidades diferentes y que el uso adecuado de las distinciones entre contención, sujeción y restricción, va a permitir un menor uso de aquellas estrategias que no sean en absoluto terapéuticas y que realmente puedan perjudicar a la persona.

No hay definiciones consensuadas con una amplia aceptación en la comunidad científica y nos encontramos con otro problema, que es que muchas veces se plantea un objetivo de sujeciones cero, pero hay algunas personas que consideran que el objetivo de sujeciones cero tiene que ser un objetivo final, y hay otra gente que plantea que las sujeciones cero tiene que ser una hoja de ruta. Es decir, ¿va a ser posible en algún momento no utilizar ninguna sujeción mecánica, no utilizar ninguna sujeción farmacológica? Planteo que realmente restringir es malo, pero ¿la acción de contener es mala? Lo voy a ir desarrollando.

Previamente ha habido unos intentos de consensuar las diferencias entre sujeción, contención o restricción mecánica. Así, el **documento de consenso de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología del año 2014** planteaba que la **sujeción mecánica** es cualquier procedimiento o método que, mediante un dispositivo material o equipo mecánico físico unido adyacente o atado al cuerpo del paciente, y que este no sea capaz de mover o retirar con facilidad deliberadamente, limite la libertad del movimiento de toda una parte del cuerpo o el acceso al propio cuerpo. La **contención mecánica** sería un procedimiento físico mecánico dirigido a contener, sujetar o limitar el movimiento parcial o total del cuerpo y que no pueda ser manipulado o retirado por el paciente. Y la **restricción mecánica** sería cualquier acción mecánica o física que se utiliza con el propósito o la intención de limitar la libre circulación o la capacidad de tomar decisiones de uno mismo o de una tercera persona.

Una serie de definiciones que la verdad es que se parecen entre sí. **Según el Decreto Foral 221/2011 de Navarra** la **sujeción farmacológica** sería la intencionada limitación de la espontánea expresión o comportamiento de una persona o de la libertad de sus movimientos o actividad física mediante cualquier fármaco.



El uso adecuado de las distinciones entre contención, sujeción y restricción, va a permitir un menor uso de aquellas estrategias que no sean en absoluto terapéuticas y que realmente puedan perjudicar a la persona.”

En el documento de consenso de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología se habla de una definición operativa de sujeción química que realmente a mí me gusta bastante y que es muy operativa, muy práctica a la hora de abordar problemas de conducta en personas que tienen demencia: **una sujeción química sería el empleo deliberado, intencional, para un problema que no es de base médica, no es de base psiquiátrica, para el cual sí existiría mejor tratamiento que ese tratamiento farmacológico.** Y la aplicación de ese tratamiento, habiendo otra alternativa que puede ser mejor, acabaría limitando, restringiendo, los movimientos o la actividad física y acabaría limitando el funcionamiento mental.

“La conducta alterada es una conducta compleja que requiere considerar diferentes aspectos, diferentes dimensiones: libertad y pseudolibertad, la finalidad terapéutica, la presencia de alternativas plausibles, y las consecuencias de la inacción.”

Esto es lo que tenemos hasta ahora, este problema como ya he adelantado. Creo que a la hora de poder disminuir lo que son el uso de medidas más o menos no limitantes de la vida de las personas, tenemos que diferenciar claramente lo que es una contención de una sujeción, una restricción. Entiendo que no siempre es posible pero si es deseable que sobre el papel lo intentemos.

Para mí, como psicogeriatra, **la conducta alterada es una conducta compleja que requiere considerar**

diferentes aspectos, diferentes dimensiones, planteando cuatro: libertad y pseudolibertad, la finalidad terapéutica, la presencia de alternativas plausibles y las consecuencias de la inacción.

La Fiscal de Canarias encargada de temas de discapacidad, María Rosa Rubio Ramos, en una ponencia que escuché y me encantó, planteaba que muchas veces se pone el foco en la conducta por exceso a la hora de tratar a personas con demencia, personas con discapacidad, y eso hace que planteemos que hay algunas prácticas que en exceso son perjudiciales, son punibles, pero que realmente también es punible la inacción, es decir, que caer en el nihilismo terapéutico, en el “no voy a actuar no vaya a ser que pase algo” también es un problema.

A la hora de abordar una alteración de conducta de una persona con demencia, debemos tener medida, pero no ni actuar en exceso, ni dejar de actuar, es decir, ni acción ni omisión. Debemos intentar obrar de la mejor de las maneras de acuerdo al conocimiento científico.

En la **dimensión libertad, pseudolibertad,** la libertad según la RAE sería “la facultad natural que tiene el hombre de obrar de una manera o de otra y de no obrar, por lo que es responsable de sus actos”. La mayor parte de las personas suele actuar con libertad y sin embargo tenemos otra acepción, libertinaje, que según la RAE sería “el desenfreno en las obras o en las palabras” de libertino, del latín *libertinus*, y se refiere al individuo que transgrede las barreras sociales sin control ni obstáculos, es decir, es una persona que actúa sin respetar los límites de la convivencia con los demás.

Ahora bien en psiquiatría a veces nos encontramos con personas que presentan una conducta alterada y esa conducta es una obra que cuando la analizamos no se aprecia una responsabilidad en sus actos. Si no hay una responsabilidad ¿podríamos considerar que esa persona está actuando libremente? O podríamos llamar a esos actos, donde no hay una libertad en su desarrollo, ¿podríamos llamarlo pseudolibertad?

Para mí es importante la **finalidad terapéutica**. Las medidas que ejercemos sobre las personas deben tener un fundamento empírico. Dado que estamos ejerciendo un tratamiento médico, debe haber algo de empirismo, algo de ciencia en lo que aplicamos, siendo el objetivo principal la mejora del estado de la persona, pero no la desaparición de la alteración conductual, porque la conducta

alterada realmente sería una consecuencia, un síntoma, de un proceso subyacente de la persona. Por lo cual el objetivo no tiene que ser controlar la consecuencia, sino controlar la causa, la corrección del proceso subyacente. Y dicho proceso subyacente no tiene por qué tener una causa única. A veces una persona tiene una alteración de conducta por una base médica orgánica, puede estar con muchísimo dolor y eso generarle problemas de comportamiento, puede tener un trastorno psiquiátrico o puede tener una base contextual, un problema en la interacción entre las personas.

A nivel de **alternativas plausibles** a la hora de obrar con una finalidad terapéutica, debemos plantearnos si existen alternativas a la acción que planteamos sobre las personas, y también tenemos que ver si esas alternativas son concretas y si son plausibles. Hay que tener en cuenta que, a veces, cuando se habla con determinada gente que plantea que desde el mundo de la medicina actuamos de forma inapropiada con las personas con demencia, personas con enfermedad mental, se plantean cosas muy etéreas como: vamos a hablar, vamos a dialogar, vamos a reflexionar acerca de los procesos... pero ante problemas concretos se dan soluciones que en absoluto son concretas, y muchas veces los problemas que nos encontramos con personas con demencia requieren una solución temprana y concreta.

Por lo cual yo creo que las alternativas tienen que ser concretas y aparte esas alternativas tienen que estar disponibles. Además, las alternativas plausibles pueden ser plausibles a nivel transversal, pero para mí es un problema que muchas veces, en distintos momentos del proceso de una persona, son distintos cortes transversales, pero nos encontramos con que a veces esas alternativas plausibles no se dan, es decir, puede haber en distintos centros una constante de una ausencia de disponibilidad alternativas plausibles y eso es un problema. Es decir, en un momento dado puedo no tener una buena alternativa, pero si de forma continuada una buena alternativa no existe, debe haber mecanismos que ayuden a que esas alternativas buenas estén disponibles, si no ahora, en un futuro cercano.

“ Si lo que vamos a hacer pensamos que puede dañar más a la persona que beneficiarla, estamos vulnerando el primer principio de la medicina que es lo primero de todo no hacer daño.”

Y la última dimensión sería las **consecuencias de la inacción**, es decir, ¿es mejor el remedio que la enfermedad o es mejor la enfermedad que el remedio? Si lo que vamos a hacer pensamos que puede dañar más a la persona que beneficiarla, estamos vulnerando el primer principio de la medicina que es lo primero de todo no hacer daño.

El 70% de las alteraciones de conducta en las demencias son benignas, reactivas evitables y fácilmente modificables por profesionales formados.”

Así, atendiendo a estas dimensiones, creo que se puede establecer con bastante claridad al menos, diferencias entre lo que es una contención y una restricción, quedando las sujeciones en medio y siendo quizá más difícil su delimitación.

Sugiere contención cuando estamos ante una persona con una condición que podemos llamar de pseudolibertad

donde no es libre para tomar esas decisiones que está tomando. Sugieren contención cuando hay una evidencia de efectividad en las acciones que planteamos y actuamos sobre la causa y no sobre la conducta-consecuencia. Sugiere contención cuando no hay unas alternativas plausibles disponibles o las alternativas que tenemos disponibles parecen peores y no se prolonga en el tiempo la no disponibilidad de alternativas plausibles y cuando las consecuencias de la inacción parezcan más perniciosas el hecho de actuar.

Sin embargo, **sugeriría restricción** cuando no hay un estado del pseudolibertad, cuando la persona está actuando bien en contexto de libertad o libertinaje, o cuando la efectividad de la acción que planteamos es dudosa o estamos actuando sobre la conducta-consecuencia o cuando el tiempo de aplicación de la medida excede lo esperado. Aquí no solamente estoy hablando de empleo de sujeciones mecánicas, sino el empleo de fármacos por un tiempo elevado sin que eso se revise. También podría sugerir una restricción cuando hay alternativas plausibles que están disponibles y no se usan, o cuando de forma continuada no se corrige en el tiempo la ausencia de alternativas plausibles. Y también se sugeriría una restricción cuando hay antecedentes o elevado riesgo de que la acción sea peor que no hacer nada.

¿A qué podríamos llamar una sujeción? Pues por ejemplo, dentro de una serie de recomendaciones para elaboración de protocolos y registros de sujeciones físicas de la Comunidad de Madrid, se planteaba que pueden ser motivos de sujeción el riesgo o amenaza para la integridad física del paciente, el riesgo amenaza para integridad física de otras personas y o del entorno y, muy importante, por lo menos en hospitales, evitar la interrupción grave de programas terapéuticos imprescindibles para el paciente.

Así **podríamos representar las diferencias entre contención, sujeción y restricción como si fuera un semáforo**. Una restricción rojo sería una desproporción, una línea que no debemos pasar; una sujeción en ámbar podría suponer una protección, no sería directamente terapéutica pero a veces ayuda a un proceso terapéutico; y una contención tendría una finalidad terapéutica y un resultado terapéutico esperable y serían verdes. Es decir, con las personas con demencia podría ser útil emplear estrategias de contención no necesariamente farmacoló-

gicas, contención verbal, medidas no farmacológicas y a veces estarías en riesgo de peligro, pero no necesariamente sería una línea a no transitar el empleo de sujeciones, pero no tendría ningún sentido utilizar restricciones.

¿Cuáles son las realidades clínicas con las que nos encontramos?

Pues como se decía en **la norma Li-bera-Ger** hay una serie de causas del empleo de sujeciones que no todas tienen que ver con algo muy sensato, sino que a veces las causas son problemas de la persona, pero otras veces son problemas del entorno organizativo o por la actitud de los

profesionales o por la actitud de los familiares. Ahora bien, dentro de los problemas de la persona, no debemos olvidar que existen trastornos mentales que son potencialmente tratables. Y se utilizan muchos medicamentos.

Desde CEOMA, desde el **programa “Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer”** CEOMA plantea que hay una estimación del 50 al 100% de los ancianos dependientes que viven en residencias, que consumen psicofármacos, no solo diarios sino por largos periodos de tiempo, planteando que en demencias muchas de esas prescripciones pueden ser consideradas sujeciones químicas y podrían ser suspendidas o sustituidas por otras alternativas. De hecho, desde CEOMA estiman que el 70% de las alteraciones de conducta en las demencias son benignas, reactivas evitables y fácilmente modificables. Creo que este hay que repetirlo: el 70% serían conductas benignas reactivas, evitables y fácilmente modificables por profesionales formados. La pregunta sería ¿y el 30% restante? Cuando se hacen estudios en España de prevalencia de uso de psicofármacos en personas mayores, lo que se ha visto, por ejemplo en el estudio de AUXIN en la Comunidad de Madrid, entre otros datos que maneja el equipo con el que yo estaba trabajando, es que aproximadamente hay un 40% de personas mayores que consumen psicofármacos, es decir, que realmente más o menos la proporción es similar, un 30/40% de personas es posible que requieran de un uso adecuado de psicofármacos y no puedan estar sin psicofármacos, sería un nihilismo terapéutico, sería problemático no dárselo.

Ahora bien, en aquellos sitios que mucho antes que nosotros han planteado el peligro de las sujeciones y restricciones físicas, han visto que muchas veces solamente por el hecho de retirar sujeciones físicas hay avances que son dudosos. Hay un estudio publicado retrospectivo a 10 años que plantea que en personas que habitaban en residencias y tenía un diagnóstico de deterioro cognitivo grave, la reducción de las sujeciones físicas incrementó el empleo de antipsicóticos, siendo el 36% es decir, uno de cada tres incrementos de prescripciones antipsicóticos, atribuible a retirar las sujeciones físicas. Creo que muchas veces se pone el foco en la problemática de las sujeciones físicas, pero tenemos que recordar que el empleo de antipsicóticos o de otros fármacos no está en absoluto exento de efectos secundarios que pueden ser muy graves. **El empleo de antipsicóticos tiene una alarma en personas con demencia dado que puede incrementar algo el riesgo de ictus, de infartos cerebrales.** Pero los antipsicóticos tienen más riesgos: tienen un riesgo de inducir parkinsonismo, tienen un riesgo de ge-

“**Las instituciones y los expertos vienen recomendando la prioridad de las medidas de carácter preventivo y de desescalada.**”

nerar sedación, tiene un riesgo de generar debilidad y eso favorece las caídas. Y también existe un mayor riesgo, todavía poco estudiado, acerca de la posibilidad de generar neumonías por aspiración, que es una causa importante de morbilidad, de enfermedad, en personas con demencia. Por lo cual una serie de medidas, que implique vamos a disminuir unas sujeciones sin intentar controlar otro tipo de sujeciones, pues hay veces que los resultados no son los mejores.

Entonces ¿qué habría que plantearse de cara intervenir? Como todo en medicina, más vale prevenir, porque realmente podemos establecer que hay una especie de gradiente de gravedad conductual. Podemos ver que puede haber un estado de agitación donde no te queda más remedio que intervenir de forma contundente. Pero es muy raro que una persona llegue a un estado de agitación incontrolable y que requiere una intervención contundente sin haber pasado antes por un período de alteración conductual leve o un estado de riesgo para agitarse. Por lo cual, si somos capaces de anticiparnos a esas alteraciones de conducta que son muy disruptivas, esas alteraciones de conducta muy disruptivas serán menos frecuentes, menos duraderas, menos intensas, y de esa manera conseguiremos abordarlas con intervenciones de menor intensidad de generar daño.

Hace años el **Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura**, dependiente del Defensor del Pueblo, le planteaba a una residencia pública una serie de recomendaciones: la puesta en marcha iniciativas para reducir el número de sujeciones; la realización de planes de atención individualizados; la contratación de personal con un perfil rehabilitador; contar con psiquiatra o mejorar la coordinación con Salud Mental y contratar personal formado en abordar los nuevos perfiles de residentes, que no es ya el anciano octogenario o nonagenario con una demencia, sino que pueden ser personas con trastorno de personalidad, adicciones, desarraigo familiar... gente que tiene unas alteraciones de conducta o que puede tener potencialmente unas alteraciones de conducta antes de la aparición del cuadro de demencia. Es decir, lo que ya plantea desde hace tiempo el Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura, es que debemos anticiparnos, debemos prevenir aquellas situaciones que puedan ser susceptibles de emplear medidas coercitivas porque cuanto antes actuemos, menos probable es que lleguemos a unas situaciones que nos exija unas medidas coercitivas.

Las instituciones y los expertos vienen recomendando la prioridad de las medidas de carácter preventivo y de desescalada. Como plantean los fiscales, la Fiscalía General del Estado, hay que diferenciar entre lo que es cuidar y lo que es proteger. Y ahora mismo prima más el cuidado que la protección, pero no cuidar no es una opción. Es decir, tenemos que hacer lo que podamos y sepamos para intentar evitar que haya un sufrimiento.

Por eso a mí siempre me gusta, cuando tengo médicos en formación, residentes, plantearles que sobre todo **ante cualquier problema de conducta de cualquier edad, pero desde luego en personas con demencia, hay dos tipos de análisis** posibles que podemos hacer y uno es más problemático que otro. Podemos analizar un problema desde un **análisis sintomático**, nos basamos en la queja que existe, en el síntoma, y podemos tener un error lógico. Y podemos hacer de una queja, de un síntoma, un problema a tratar. Por ejemplo, una persona que se enfada. Pues debe estar psicótica y si está psicótica, le pondremos un antipsicótico. Y ese análisis sintomático conlleva un sobre diagnóstico, y como hay un sobre diagnóstico, hay una sobreactuación.

Pero también podemos hacer otro tipo de análisis más sesudo, un **análisis síndrómico**, donde podemos explorar la existencia de un conjunto de síntomas que deben tener la intensidad y la duración suficiente como para poder considerar que existe un síndrome que es susceptible de tratamiento. Y con esos análisis síndrómicos aparecen menos diagnósticos y aparecen menos tratamientos, hay un menor riesgo de excesos.

Y ¿cómo podemos actuar los sanitarios ante los problemas clínicos?

Pues podemos **hacer estrategias Stop o estrategias Start**. Ante un problema podemos no prescribir nada o podemos deprescribir, que es algo que habitualmente no se hace. Como dice ese principio de la geriatría, muchas veces menos es más. Entonces las primeras estrategias que deberíamos plantearnos serían las estrategias stop para escribir o deprescribir. Y después hay estrategias Start, las prescripciones que no necesariamente tienen que ser farmacológicas y las prescripciones farmacológicas.

Y a la hora de hacer un abordaje en demencias lo primero que tiene sentido una vez que se evalúa un caso, un problema desde una perspectiva síndrómica, lo primero que hay que plantearse es si tiene más sentido no prescribir, esperar, o deprescribir, no vaya a ser que sea por ejemplo la medicación lo que está causando el problema. Posteriormente estaría también la realización de cambios ambientales e intervenciones inespecíficas y posteriormente tenemos que saber que existen terapias no farmacológicas que se pueden utilizar para problemas concretos y que aunque no se ha estudiado mucho acerca de ellos, hay una cierta evidencia de que pueden servir y que puede ser el primer paso antes de emplear fármacos u otro tipo de medidas que podríamos decir no estarían exentas de riesgo.

En 2015, el Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura, planteaba que **sería conveniente abordar un estudio sobre la posible reducción de la prescripción de psicofármacos, de acuerdo con el principio de adecuación estricta a las necesidades terapéuticas de los pacientes, lo que repercutiría positivamente en la disminución de los efectos secundarios**. Y más o menos por esas fechas la Fundación María Wolf, a través de un panel multidisciplinar, creó la primera edición de **“Los criterios Chrome”** una metodología para evitar el empleo de sujeciones químicas que ahora mismo en el año 2023 estamos intentando desarrollar una segunda versión porque hemos visto que se pueden mejorar. Todo se puede mejorar, porque ha habido cosas donde hemos sido muy inocentes y creemos que va a ser mejor, van a estar mucho mejor perfilados que la primera versión de los criterios.

Un estudio de ICOT El Pino en Las Palmas de Gran Canaria, empleando “Los criterios Chrome” en personas con demencia institucionalizados, se consiguió descender del 42,7% al 18,7%, el consumo antipsicóticos atípicos; se consiguió descender el uso de benzodiazepinas de vida media larga del 25,2% de los usuarios al 6,5% y un descenso de los hipnóticos del 47,7% al 12,1%. Y eso de forma secundaria conllevó un descenso de caídas por 100 residentes al año de 67,3 a 32,7, es decir la mitad de caídas. Reducimos medicación, la mitad de caídas, menos consecuencias sin que los pacientes, las personas, estuvieran peor. Otro estudio, en el grupo Albertia, ha conseguido un descenso de consumo de

fármacos psicótrópos de una media de 1,9 a 0,9 por persona, con un descenso de antidepresivos del 76,9% al 33,8% y un descenso del consumo antipsicóticos del 38,8% al 15,1%.

Creo que hay una serie de datos que hay que señalar. Por una parte, que no se consigue reducir a cero el consumo de fármacos ni el consumo de antipsicóticos porque posiblemente haya trastornos mentales en personas con demencia, bien iniciados previamente o bien iniciados posteriormente a la aparición de la demencia, que son susceptibles de mejora con un tratamiento farmacológico. Es decir, no tratar médicamente a ese pequeño porcentaje de personas seguramente es un error.

Y por otra parte, una de las cosas que se está viendo con las auditorías para conseguir que los centros se acrediten como centro libre de sujeciones químicas, es que el descenso en el número de fármacos es mucho más acusado en aquellos centros donde están trabajando mucho y muy bien en aquellas medidas no farmacológicas, es decir, que **si trabajas de forma integral intentando crear buenos equipos, buenas estructuras de trabajo donde realmente se pueden hacer cambios ambientales, donde se pueden aplicar terapias no farmacológicas, se consiguen reducir mucho las sujeciones físicas y se consigue reducir mucho más el empleo de psicofármacos.**

Preguntas:

¿Cómo se puede adelantar alguien a las conductas disruptivas si provocan un riesgo para el resto de usuarios?

Cuando una persona ingresa en una residencia, igual que haces una exploración médica y valoras si tiene alergias a medicamentos, qué puede comer, que no, si es hipertenso, si tiene colesterol o tiene diabetes, qué enfermedades tiene, que tratamientos lleva de casa... el hecho de poder hacer una adecuada valoración de las enfermedades mentales que esa persona ha podido tener previamente y qué tratamientos ha tomado, qué tratamientos ha requerido y también hacer un análisis de cómo ha sido la vida de esa persona, te permite anticiparte un poco a las necesidades que pueda tener esa persona. Es decir, si tú tienes un paciente que a lo largo de su vida tuvo un diagnóstico de esquizofrenia y requirió dos o tres medicamentos para estar controlado y a pesar de eso a veces tenía que ingresar en psiquiatría, no puede ser que llegue a una residencia de ancianos y de repente no se le den medicamentos. Es decir, posiblemente tenga que tener un seguimiento continuado en psiquiatría y si hace falta bajar medicación se podrá bajar medicación, pero no va a desaparecer una enfermedad mental previa por el hecho de tener una demencia. También hay que tener en cuenta la vida de las personas, la biografía de las personas importa mucho. Hay personas que realmente a lo largo de su vida se han manejado más que en libertad, con cierto libertinaje. Cuando hablamos de ese perfil que planteaba el Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura, de nuevo perfil de personas con trastornos de personalidad, desarraigo familiar... hay personas que están muy acostumbradas a manejarse en situaciones donde ellos son los que mandan, donde pueden actuar con violencia, que realmente quieren lo que quieren y lo quieren ya, y no respetan a los demás... eso es importante conocerlo.

Me acuerdo de una valoración que se hizo desde la Fundación María Wolf en un centro asistencial, donde había una persona que se mostraba muy autoritaria con alteraciones de conducta y resulta que había sido policía y estaba acostum-

brado a que se le consultaran las cosas. Después de hacer ese análisis conductual desde la fundación María Wolf se consiguió que dejara de tener alteraciones de conducta con una cosa tan simple como consultarle determinadas cosas y permitirle que tomara ciertas decisiones que se le habían negado. Es importante conocer esa biografía.

Otro caso también de una persona que tenía supuestamente un insomnio imposible de manejar con medicamentos, y cuando se analizó la historia de esa persona que tenía demencia, resulta que nunca jamás en su vida había dormido sola. Había dormido siempre con su madre hasta que se casó y durmió con su marido. Después su marido murió y entonces al final tuvo que dormir sola por primera vez en su vida y en la tercera edad. Empezaron a hacer una cierta desensibilización, al principio se quedaban con ella en la cama hasta que se dormía, poco a poco fueron retirando esa presencia y una persona que supuestamente tenía una enfermedad mental, un insomnio imposible de manejar con psicofármacos, terminó durmiendo sola sin ninguna medicación. Es decir, analizar los comportamientos teniendo en cuenta que habrá algunos que sean enfermedades mentales pero otros que tengan que ver con la biografía, nos ayuda a manejar bien con medidas conductuales y en pocos casos con medicamentos buena parte de los problemas.

¿Las sábanas de seguridad para adultos se consideran medidas de sujeción, contención o restricción?

Depende mucho de la idea que pueda tener cada uno. Evidentemente eso no deja de ser una medida de sujeción, es decir, está restringiendo un movimiento evitando que esa persona se mueva. El asunto que yo me plantearía es con qué finalidad lo hacemos y de qué manera le puede ayudar. Voy a poner un ejemplo. En psiquiatría hay veces que hay pacientes que tienen un trastorno bipolar, e ingresan con una fase maníaca algo que les impide dormir. Tiene muchísima actividad y necesitan dormir para recuperarse y hay veces que se les da mucha medicación y los pacientes no mejoran. Y algo tan simple en un momento dado como colocar durante cinco minutos una contención, única y exclusivamente una sujeción de cintura, hace que esa persona esté cinco minutos en la cama, se duerma, y le puedes retirar la sujeción. Y esa persona duerme bastantes horas y disminuyes la cantidad de medicamentos que le das y además se recupera antes porque duerme mejor. Entonces, para mí una medida en sí misma, solamente la medida, no podemos tildarla de una cosa u otra, sino que tienes que valorar en función de esas dimensiones. Igual que un Paracetamol es un medicamento, pero si tomas dos cajas te puedes morir de una insuficiencia hepática. Fentanilo que es un medicamento opiáceo para el dolor, es un medicamento, pero hay muchísima gente que muere en Estados Unidos y probablemente también en España porque se hacen adictos.

Entonces cuando hablamos de una sábana fantasma y demás, vale, lo estamos utilizando, pero ¿qué otras alternativas tenemos? ¿Qué otras alternativas usamos? ¿Cuál es la finalidad que tenemos con esa sábana fantasma? ¿no hay otras cosas que generen una menor restricción?

Por ejemplo, hay gente que quieres que permanezca en cama y resulta que no se ha puesto un tratamiento adecuado para que esa persona duerma. Pero hay

veces que intentas que una persona permanezca en cama 14 horas cuando es una persona que siempre durmió cinco. No puedes hablar de un insomnio porque no duerme 9 horas una persona que toda su vida ha dormido cinco y no ha tenido problemas.

Hay gente que se le pone una sujeción porque se cae de la cama, pero en algunos sitios para evitar que se caigan de la cama ponen el colchón a ras de suelo, o ponen un colchón adyacente a la cama para que si se caen no se haga daño. Entonces habría que ver ante una sábana fantasma qué otras alternativas pueden tener. De forma prejuiciosa diría que una sábana fantasma no me gusta, pero habría que saber qué alternativas han tenido, cuáles han sido las consecuencias. Habría que analizar cada caso.

¿Cuándo va a estar regulado el uso de las sujeciones?

Bueno pues ojalá para ayer, porque llevamos muchísimo retraso. Realmente cuando empecé a colaborar con la Fundación María Wolf, empecé a leerme aspectos de las sujeciones, me daba mucha envidia el mundo anglosajón o como en Estados Unidos, por ejemplo, con la Ley Ómnibus se plantearon vamos a reducir esto pero para reducir esto os quitamos privilegios, es decir, solamente os vamos a dar una cierta financiación para determinadas cosas, si conseguís ir reduciendo las cosas. En la vida muchas veces todo depende de un sistema de recompensas y castigos. Si no pasa nada y, habitualmente, no pasa nada por el hecho de ser más o menos restrictivo, al final las cosas pueden seguir así.

Me parece muy interesante cuando el año pasado la Fiscalía General del Estado desarrolló esa instrucción con la obligatoriedad de ir controlando los centros de Salud Mental, la residencias, los centros sociosanitarios, porque ya obliga a los trabajadores de los centros y a los directores de los centros a estar mucho más atentos con determinadas prácticas que claramente pueden ser punitivas.

Ahora bien, antes ¿qué teníamos? Teníamos el Defensor del Pueblo a través del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura, pero que no tenía capacidad ejecutiva, es decir, decía: esto está mal pero no podemos hacer nada. Creo que si en un momento dado la fiscalía se pone dura con determinados casos, pues igual no desarrollan una normativa Estatal o no desarrollan buenas normativas a nivel autonómico, pero la gente se pondrá las pilas. La gente cuando puede tener una consecuencia, y más una consecuencia penal, suele actuar mejor y yo creo que hay sitios donde se están mejorando bastante el uso de restricciones y sujeciones porque ya están viendo que la fiscalía va a estar atenta.

¿Podrías ejemplificar alguna terapia no farmacológica que se pueda utilizar como alternativa al uso de las sujeciones?

Hay artículos publicados acerca de la evidencia de algunas de esas terapias y se me viene a la cabeza la musicoterapia personalizada. Es una modalidad de música con gente que le ha gustado la música, que no está sorda y que a lo largo de la vida ha habido músicas que le han gustado mucho y músicas que le han gustado poco, y en función de cómo sale la música que a uno le gusta, una música más lenta, una música más fuerte, eso puede servir para mejorar algunos aspectos que quieras mejorar. Personas a las que les ha gustado la música movida, se ha visto que en pacientes que tienen bastante apatía eso les activa

y les puede activar y funciona y puede funcionar en algunos pacientes. Cuando estaba en la unidad de investigación del Proyecto Alzheimer empezamos de una forma muy inocente y no hicimos bien la investigación, pero sacamos algunos datos de algunos pacientes que eran realmente espectaculares. Me acuerdo que las psicólogas de la Residencia de Alzheimer de Vallecas nos decían que tenían un caso de un paciente que necesitaba oxígeno, necesitaba ponerse una medicación en un nebulizado, es decir, con una mascarilla pero como no lo comprende y nunca lo ha usado, en el momento que se le pone la mascarilla se la quita, pero necesita ese tratamiento. Entonces nos dijeron a ver si podíamos utilizar esto de la música para ver si la ayudaba. Pues resulta que a ese hombre le gustaba la música y le gustaba un tipo de música, ahora mismo no me acuerdo cuál era, pero le gustaba la música y entonces con unos cascos le pusieron la música que le gustaba un poco antes de empezar a poner la mascarilla. Posteriormente, cuando ya estaba un poco más tranquilo, le ponían la mascarilla con el nebulizado, el medicamento, y pudo hacer un tratamiento exitoso.

Otro ejemplo es un estudio de mujeres mayores de 55 años que con el empleo de música personalizada mejoraba el insomnio, mejoraba el patrón del sueño y se reducía el número de psicofármacos que tomaban para dormir. Es decir que vivimos en una sociedad muy metida en un ámbito tecnocientífico donde planteamos que la medicación puede ser la solución para todo, pero desde luego hay otras estrategias que podemos utilizar que pueden ayudar.

En Martorell tenían en el Centro Sociosanitario de las Hermanas Hospitalarias una Sala Snoezelen de estimulación multisensorial con sonidos, con imágenes y esa aplicación con unos parámetros concretos conseguía tranquilizar a personas que tenían bastante inquietud. Es verdad que las Salas de Snoezelen son caras, pero hay otras estrategias que se pueden hacer y también plantear, porque hay alteraciones de conducta que no necesariamente tienen una base psiquiátrica sino que pueden tener una base médica, es decir, que hay estudios que demuestran que en algunos pacientes con demencia las agitaciones mejoran con paracetamol, y el paracetamol no tiene efectos psiquiátricos pero el paracetamol alivia el dolor. Es decir, hay veces que tenemos una alteración de conducta y si analizamos el problema lo que hay es un proceso doloroso que hay que tratar y que se puede tratar. Por lo cual una alteración de conducta, de conducta compleja, hay que investigarlo desde el punto de vista médico, hay que investigarlo desde el punto de vista psiquiátrico, hay que investigar la biografía de la persona y hay que probar cosas. Hay cosas publicadas, todavía no suficientes, pero desde luego antes de probar con medicamentos se pueden intentar probar con otras cosas. Y empieza a haber cosas, como los temas de masajes, tema de música, estimulación multisensorial, animal terapia... En la Fundación Alzheimer lo que se vio es que, por ejemplo, en el tema de la roboterapia, robots con forma humanoide incrementaba el paranoidismo de los pacientes porque al final no terminaban de comprender que eso que tenía forma humana era un robot, por lo cual les generaba malestar. Y sin embargo, el empleo por ejemplo de mascotas robot con forma de foca, iba mejor.

¿Si un centro no informa sobre el uso de sujeciones y comprobamos que se están haciendo qué podemos hacer como familiares?

Si tú como familiar, bueno, perdón. Si tú como persona detectas algo que puede

ser constitutivo de un delito, tu obligatoriedad como ciudadano es ponerlo en conocimiento de la justicia. Como familiar, eres familiar, pero también eres ciudadano, es decir, si hay algo que tú sabes que es una norma importante teniendo en cuenta que la Fiscalía se focaliza en eso, y ves que no se está haciendo, lo que hay que hacer es ponerlo en conocimiento de la Fiscalía. Porque a día de hoy es un problema muy grave y eso puede tener incluso repercusiones penales. Entiendo que es meterse en un jardín, pero desde luego, nuestra obligación como ciudadanos es informar y más si es un familiar. Creo que tenemos una obligación para con nuestro familiar y desde luego tengo claro que esto no es una persecución de la residencia, es decir, si tú consigues que aquí la residencias que están ejerciendo mal, obrando mal, cierren o cambien, eso va a aumentar la calidad de la atención de las personas con demencia que viven institucionalizadas. Después puedes informar acerca de esto y que el fiscal que corresponde te haga caso o no, pero bueno, en principio tiene la obligatoriedad de hacer caso si lee la instrucción de 1/ 2022 de la Fiscalía General del Estado. Creo que es bastante explícita y plantea cosas que específicamente los fiscales tienen que hacer. Saben que es lo que tienen que pedir, es una normativa que se ha puesto muy seria con la obligatoriedad de conseguir reducir las sujeciones y restricciones en centros psiquiátricos y sociosanitarios.

Muchísimas gracias.



**CONFEDERACIÓN
ESPAÑOLA DE
ALZHEIMER**

C/ Pedro Alcatarena nº 3 Bajo. 31014 Pamplona (Navarra)

T: 948 17 45 17 | E: ceafa@ceafa.es

 facebook.com/CEAFA  twitter.com/AlzheimerCEAFA

www.ceafa.es