
“Hacia Centros libres de restricciones: identificación de factores necesarios para que los nuevos centros de atención a personas mayores dependientes desde el inicio sean centros libres de restricciones”

Responsable: **Ana Olaizola Pildain. Matia Fundazioa**

Equipo de Trabajo: M^a Jose Garate Olazábal, Izaskun Iturrioz Arrechea, Gabriela Mondragón Olán, Josefa Rollán Sánchez, Ane Gurruchaga Elicegui, Yolanda Pastor Camprubi, Mainer Arrieta, Oscar Garcia alonso, Idoia Beobide, M^a Isabel Genua Goena. Matia Fundazioa

Metodólogos: Izaskun Cuartango Acha, Iker Laskibar García. Fundación Ingema.

**Convenio de colaboración entre la Consejería de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco y la
Fundación Instituto Gerontológico Matia (Fundación Ingema)**

ÍNDICE

0. REUNIONES Y AGENTES

I. INTRODUCCIÓN

- I.1. Restricciones y calidad de vida**
- I.2 Pero ¿Qué son las sujeciones?**
- I.3 Visión De Las Familias**
- I.4 Información internacional sobre el uso de sujeciones**
- I.5 Prevalencia del uso de sujeciones en España**
- I.6 Uso de sujeciones y deterioro funcional y cognitivo**
- I.7 Uso de sujeciones y caídas**
- 1.8 Sobre RESTRICCIÓN QUÍMICA: Chemical restraint**
- I.9 Estrategias para el uso racional de sujeciones**
- I.10. Las restricciones en Fundación Matia y concretamente en el Centro Julián Rezola**

II. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

III. METODOLOGÍA

- III.1. Características del centro**
- III.2. Población de estudio**
- III.3. Indicadores de resultados**
- III.4. Variables a controlar en el estudio**
- III.5. Fases del proyecto**
- III.6. Cronograma**

IV. RESULTADOS DEL PROYECTO

- V.1. Actividades realizadas**
- V.2. Resultados del proyecto**
 - V.2.1. Descripción de las intervenciones para la eliminación de restricción física**
 - V.2.2. Descripción detallada de incidencias en la retirada de restricción**

V.2.3. Indicadores

V. CONCLUSIONES

VI. BIBLIOGRAFÍA

ANEXO I. CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANEXO II. THE NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY NURSING HOME VERSION

ANEXO III. INVENTARIO DE AGITACIÓN DEL ANCIANO DE COHEN-MANSFIELD (IAACM)

0. REUNIONES Y AGENTES

En proyectos como el presente, es necesaria y fundamental la colaboración y compromiso tanto de los residentes y sus familias, como del personal de atención directa y el equipo interdisciplinar del Centro. Debido a esto, se han realizado varias reuniones para abordar el proyecto -explicando en qué consiste y el impacto que se espera tenga en los residentes- y para el seguimiento periódico del mismo.

Este proyecto se está realizando íntegramente en el Centro Julián Rezola perteneciente a Matia Fundazioa con la participación y compromiso de familiares, usuarios, trabajadores del Centro y con el apoyo de la Dirección Técnica de Matia Fundazioa y también con el seguimiento del estudio por técnicos de Fundación Ingema.

Asimismo, se ha identificado y perfilado un grupo líder que servirá como promotor del proyecto, el cual está conformado por las siguientes personas: María Isabel Genua, M^a José Gárate, Izaskun Iturrioz, Gabriela Mondragón, Josefa Rollán, Ane Gurrutxaga, Yolanda Pastor, Maider Arrieta, Oscar García e Idoia Beobide.

En el ámbito científico, se han mantenido diversas reuniones con María Isabel Genua, Directora Asistencial y de Innovación de Fundación Matia; y con, Izaskun Cuartango e Iker Laskibar, investigadores de Fundación Ingema.

INTRODUCCION

I.1. Restricciones y calidad de vida

El estudio de la cultura y evolución del envejecimiento de nuestros mayores es una asignatura importante y básica a la hora de desarrollar nuevos objetivos y técnicas en la intervención con los mismos.

La contribución a la calidad de vida de las personas mayores y sus familias, entendida esta como:

- El mantenimiento y/o mejora de su autonomía, capacidad funcional, bienestar físico y emocional, satisfacción, integración y mantenimiento de las relaciones sociales y familiares,
- La garantía y promoción de sus derechos consiguiendo satisfacer al máximo sus expectativas y,
- La identificación y minimización de los riesgos en la atención, ha llevado a los profesionales a revisar las prácticas diarias incorporadas en el modelo de atención a las personas en situación de dependencia de los centros gerontológico en función tanto de la opinión de los usuarios y familias, como en función también de las consideraciones éticas y profesionales de los equipos de trabajo de referencia que incorporan a la persona y a su dignidad por encima de todo.

Dentro de esta reflexión lo primero que hemos visto al examinar y estudiar este tema es la necesidad de saber qué es lo que realmente quieren nuestros mayores. Carol Elsdén (2004), enfermera que trabaja en Vitoria, realizó un importante trabajo con personas mayores a los que les preguntó que era lo que ellos desearían en el caso de pasar a sufrir una dependencia severa que les obligara a necesitar atención. El resultado lo presentó en una emotiva ponencia en el marco del Congreso de la Sociedad Vasca de Geriátrica y Gerontología (Zahartzaroa) celebrado el año 2004 en Vitoria.

Los deseos manifestados fueron:

- Que respetemos su dignidad como seres humanos
- Que les atendamos con cariño siendo respetuosos SIN INFANTILIZAR
- Que les ayudemos a prevenir/atender la dependencia, a ser independientes ¿mejor con cincha o con riesgo de caídas?

- Que favorezcamos su continencia, Si damos laxantes, les hidratamos... que no les hagamos hacer en el pañal por no llevarles al WC
- Respeto a la intimidad
- Respeto a la autoestima, “no hacerles invisibles”
- Información/comunicación
- Elección de alimentación, ropa TIENEN CRITERIO
- No prisa al andar ni para vestirse, ni para comer NECESITAN TIEMPO

Queda claro para este grupo de mayores, que debemos abordar las medidas de intervención relacionadas con el uso de restricciones como medidas que en principio irían en contra de su dignidad y por tanto de sus deseos.

CEOMA, Confederación Española de organizaciones de Mayores, en su programa “Desatar al Anciano y al Anciano con demencia” expone como justificación lo siguiente:

Existen datos y percepción de que en España existe un uso elevado de sujeciones físicas y químicas en Personas Mayores dependientes institucionalizadas, hasta el extremo de inferir que la cifra de personas que viven en residencias y que son sometidas diariamente a sujeciones puede superar los 300.000.

Existen evidencias de que las sujeciones se pueden evitar en la mayoría de los casos, si se consideran un problema y se conocen alternativas.

Existen también evidencias de que en otros países, para el mismo tipo de residentes, se usan en menor proporción, así como de que en algunos se han desarrollado programas “desatar” semejantes que han dado buenos resultados

También recoge la Norma Libera-Ger como diferentes organismos internacionales, nacionales y autonómicos consideran las sujeciones como vulneración de los derechos fundamentales:

Diferentes organismos internacionales, nacionales y autonómicos consideran las sujeciones como vulneración de los derechos fundamentales:

- Dentro de los Principios de las Naciones Unidas a Favor de las Personas de Edad se recogen los siguientes artículos:

- 9.1 Todo paciente tendrá derecho a ser tratado lo menos restrictivamente posible y a recibir el tratamiento menos restrictivo y alterador que le corresponde a sus necesidades de salud y a la necesidad de proteger la seguridad física de terceros.

- 11.11 No se someterá a ningún paciente a restricciones físicas o a reclusión involuntaria salvo conforme a los procedimientos oficialmente aprobados de la institución psiquiátrica y sólo cuando sea el único medio disponible para impedir un daño inmediato o inminente al paciente o a terceros. Estas PRÁCTICAS NO SE PROLONGARÁN más del periodo estrictamente necesario para alcanzar este propósito. Todos los casos de restricción física o exclusión voluntaria, sus motivos y su carácter y duración se registrarán en el historial del paciente. Un paciente sometido a restricción o reclusión será mantenido en condiciones dignas y bajo el cuidado y la supervisión inmediata y regular del personal cualificado. Se dará pronto aviso de toda restricción física o reclusión involuntaria de pacientes a los representantes personales, de haberlos y de proceder.

El uso de restricciones en nuestro entorno es alto a pesar de que en el Apartado 3.7.3 del trabajo “Los Derechos de las Personas Mayores y la Prevención del Maltrato” (Defensor del Pueblo Comunidad Autónoma País Vasco 2009) se dice:

“... las sujeciones son algo que vulnera un derecho fundamental, como es el derecho a la libertad. Utilizadas en exceso o de forma inadecuada, las sujeciones pueden ser interpretadas como una forma de “abuso”, “negligencia” o “maltrato”....”.

En Estados Unidos, en el año 1987 se aprueba una ley de Conciliación de Presupuesto Colectivo (Omnibus Budget Reconciliation Act, OBRA) en la que se establecían unos nuevos estándares de atención en residencias. De forma particular, aborda el tema del uso de restricciones y compromete a la comunidad científica y a la sociedad en general en el reto de minimizar el uso de restricciones tanto químicas como físicas.

Cambios que introduce la ley OBRA '87:

- a) El derecho a estar libre de restricciones físicas y químicas innecesarias e inapropiadas.

- b) Pone énfasis tanto en la Calidad de Vida de los residentes como en la Calidad de los Cuidados.
- c) Considera el “no uso de Sujeciones” como un Indicador de Calidad de Vida (de residentes y cuidadores): Utiliza en diferentes estudios el uso o no de sujeciones como Indicador de Calidad de Vida.

Problemas documentados (Burgueño 2005) del uso rutinario de restricciones físicas en personas mayores:

Físicos:

- Úlceras por Presión.
- Infecciones.
- Incontinencias (urinaria y fecal).
- Disminución del apetito. Estreñimiento.
- Pérdida del tono muscular - Atrofia y
- Debilidad.

Psicológicos:

- Miedo / Pánico.
- Vergüenza
- Ira. Agresividad.
- Depresión. Aislamiento.
- Retiro/ Apatía.

Las sujeciones físicas están relacionados con un **mayor riesgo de caídas**, y de que éstas tengan **como consecuencia lesiones más graves**.

Así mismo podemos afirmar que las contraindicaciones del uso de restricciones afectan directamente a la salud del individuo y originan respuestas que concretamente son contrarias a los objetivos de atención.

Mejora de la Salud de personas usuarias de restricciones una vez de eliminadas éstas:

Beneficios Físicos:	Beneficios Psicoemocionales:	Beneficios Sociales:
<p>Disminución de:</p> <ul style="list-style-type: none"> Riesgo de caídas Úlceras por presión Autolesiones Infecciones Estreñimiento Atrofia y debilidad Riesgo de traumatismos en la piel Riesgo de contracturas musculares Riesgo de edema Riesgo de disminución de la densidad ósea (con menor susceptibilidad para las fracturas) Riesgo de sobrecarga cardíaca <p>Mejora de:</p> <ul style="list-style-type: none"> Apetito Tono muscular Movilidad, coordinación y equilibrio (“Aprenden a caerse”) 	<p>Desaparición de estados psicoemocionales ligados al uso de sujeciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> Agitación Agresividad Angustia Ansiedad Apatía Confusión Depresión Desesperanza Deterioro cognitivo Ira Miedo – pánico Trastorno confusional Vivencias y recuerdos traumáticos Sensación de atrapamiento 	<p>Desaparición de vivencias sociales ligadas al uso de sujeciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> Vergüenza – humillación Sentimientos de Aislamiento y Deshumanización Pérdida de autonomía – dependencia <p>Recuperación del rol social dentro del grupo de personas usuarias (recuperación de la “imagen social”).</p>
<p>El NO USO DE SUJECIONES implica un menor riesgo de caídas y que éstas, si se producen, tengan como consecuencia lesiones de menor gravedad.</p>		

(Adaptado de: Manual para la aplicación y buen uso de medidas de restricción física en Residencias de Personas Mayores, Joanne Rader, Nursing Home Quality Initiative, Antonio Burgueño y elaboración propia de la Norma Libera- Ger).

La realidad nos lleva a observar que a pesar de que el mundo científico y la visión ética que acompaña al entorno de los servicios sociales está de acuerdo en la necesidad de abordar estrategias para que las personas puedan vivir en condiciones de dignidad adecuadas y que esto significa establecer estrategias para evitar el uso de restricciones tanto físicas como químicas, existen múltiples dificultades. Es un hecho que hoy por hoy es habitual el uso de las mismas por lo menos en el 22 % de las personas mayores dependientes atendidas en España y raro el centro sociosanitario que se manifiesta como Centro Libre de Restricciones

1.2. Pero ¿Qué son las sujeciones?

Primeramente vamos analizar los diferentes conceptos de restricción, sujeción física y química.

QUÉ ES UNA SUJECIÓN

Según los diferentes autores: Antonio Burgueño (Ceoma) , Documento de la SEEGG 2003, Norma Libera Ger (Cuidados Dignos) , Dr. Rein Tideiksaar, Capezuti E. todos coinciden en que una sujeción es:

- Sujeción física: Cualquier método o dispositivo aplicado a una persona que limite su libertad de movimientos, la actividad física, o el normal acceso a cualquier parte de su cuerpo, y que no pueda ser fácilmente removido por ella.
- Sujeción química: El uso inadecuado de drogas psicotrópicas, sedantes o tranquilizantes para manejar o controlar una conducta molesta que no tiene base en un diagnóstico psiquiátrico diagnosticado.

Las sujeciones pueden ser de diferentes tipos:

TIPOS DE SUJECIONES

Sujeción Física	Involuntarias	Cinturones perineales , Chalecos de sujeción, Manoplas , Barras de sujeción en cama etc..
	Voluntarias	
Sujeción Química	Fármacos Psicotrópicos que se clasifican en	Fármacos antipsicóticos
		Antidepresivos
		Ansiolíticos
		Hipnóticos

SÓLO LAS SUJECIONES NO VOLUNTARIAS CONSTITUYEN UNA RESTRICCIÓN, ya que hay personas, que no presentando deterioro cognitivo, que en determinados momentos solicitan una sujeción como protección.

I.3. Visión De Las Familias

En un estudio de Fariña-Lopez E; Estevez-Guerra G.J. y col. (2011) observaron que en general las familias mantenían una actitud positiva con respecto de las restricciones y estaban dispuestas a utilizarlas en un familiar suyo. Esto podría relacionarse con el limitado conocimiento de las alternativas que se pueden emplear y de las complicaciones que están originan.

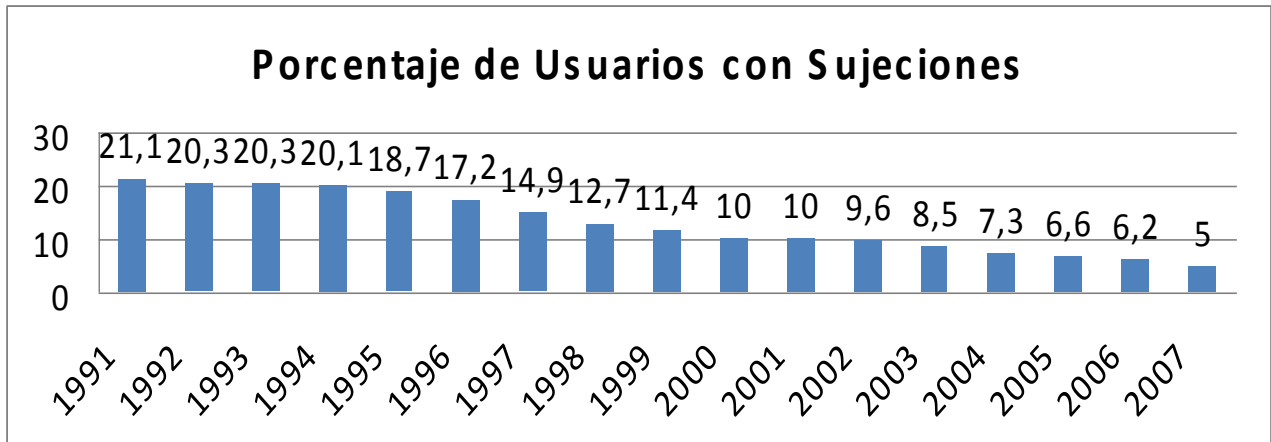
De aquí se deriva la importancia de la formación y del cambio de de actitud con respecto de las mismas.

I.4. Información internacional sobre el uso de sujeciones

En la California Ombudsman Bi-Annual Training Conference celebrada en 2007, se presentaron los Porcentajes de uso de sujeciones en Residencias de California, New Hampshire (EEUU)

	% Residentes Con Sujeciones en 1991	% Residentes Con Sujeciones en 2005
New Hampshire	8,6%	3,2%
California	26,7%	13,5%
EEUU	21,5%	3,2%

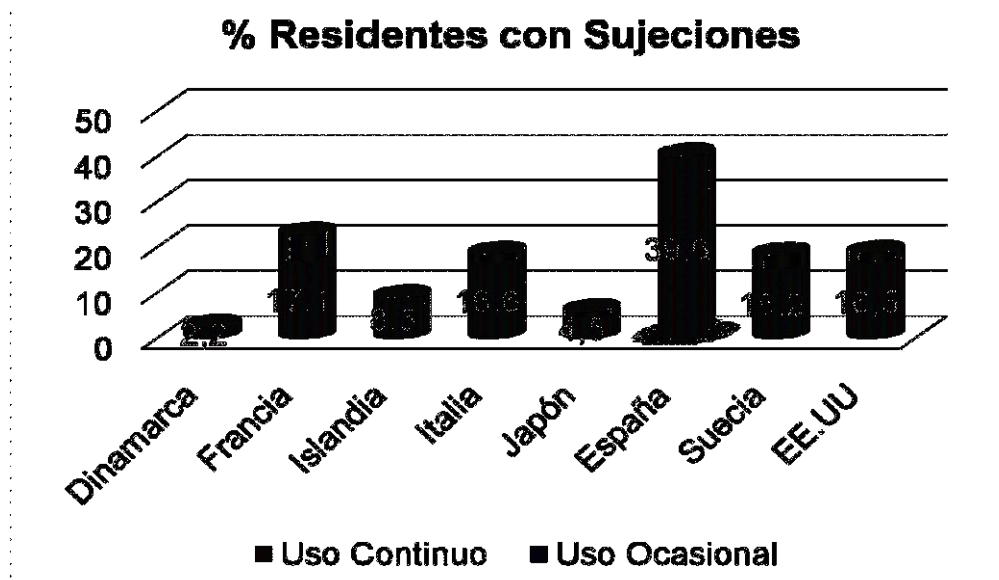
El uso de sujeciones en **Estados Unidos** ha disminuido notablemente desde que entró en vigor la ley OBRA'87. La prevalencia en uso de sujeciones en 1980 era de aproximadamente el 41% (cercano a la prevalencia en España en 1997), en 1991 era de 21,1% y ha descendido hasta un 5% en 2007.



Fuente: Freedom from Unnecessary Physical Restraints: Two Decades of National Progress in Nursing Home Care (Center for Medicare & Medicaid Services, Julio 2008).

I.5. Prevalencia del uso de sujeciones en España

El uso general de sujeciones físicas en el año 1997 era de uso muy frecuente a nivel de España llegando a porcentajes de casi el 40% frente al 2,2 % de Dinamarca como se puede ver en la gráfica inferior.



Fuente: Ljunggren G. Phillips et al .*Age and ageing* (1997).

*Porcentaje de residentes que son sometidos a algún tipo de sujeción física, diaria y no diariamente.

En un estudio sobre sujeciones realizado en 25 residencias Públicas de la Comunidad de Madrid en el año 2008 este porcentaje disminuyó hasta un 8,4% en una población de 5346 personas, sin embargo no se han tenido en cuenta las barras ya que, si se incluyen éstas en el valor total, las sujeciones llegan a alcanzar un valor hasta del 20,8%.

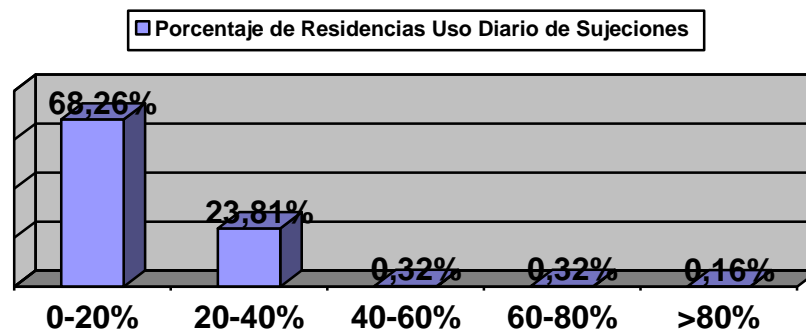
N= 5.346

Prevalencia de uso de sujeciones: **8,4%**

Prevalencia de uso de sujeciones añadiendo uso de barandillas: **20,8%**

- **63,4%** eran barandillas.
- **17,7%** había restricción de tronco.
- **3%** había restricción de miembros.
- **15,9 %** había sillas de sujeción.
- En el **62,6%** de los casos se utilizó sólo un dispositivo.
- De las sujeciones, el **71,4%** se utilizó a diario y **28,6%** de forma no permanente.

Resultados del estudio sobre la prevalencia del uso de sujeciones en España (2001) (CEOMA).



Detalles de la Prevalencia de sujeciones

En el 68,26% de las residencias (43), los ancianos inmovilizados físicamente estaban entre 0 y el 20% (incluidas 3 residencias en las que no había ningún anciano inmovilizado). En el 23,81% los ancianos inmovilizados estaban entre el 20 y el 40%. Había dos residencias en las que los ancianos

inmovilizados estaban entre 40 y el 60%, y otras dos en las que los ancianos inmovilizados estaban entre el 60 y el 80%. En una residencia los ancianos inmovilizados eran más del 80%. Los valores extremos de prevalencia de sujeciones son 0% y 98%.

Fuente: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/boletin/2008/numero-62/art-08-05-01.pdf>

I.6. Uso de sujeciones y deterioro funcional y cognitivo

Jean Woo y colaboradores, estudiaron ya en 2004 el impacto que el deterioro funcional y cognitivo tenía en el uso de restricciones físicas en distintos países. Según este estudio, realizado en Hong Kong sobre el uso de sujeciones físicas en residencias de larga estancia se observa el alto uso de sujeciones en países tales como España y Hong Kong a medida que incrementa el deterioro tanto cognitivo como funcional, a diferencia de países tales como Dinamarca y Japón en los cuales el nivel de uso es bajo.

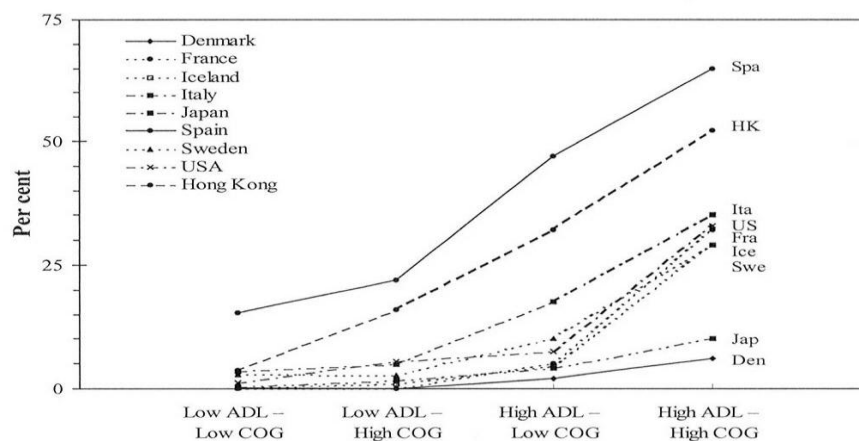


Figure 1. Daily restraint use in nine countries in relation to physical and cognitive disabilities. ADL = activities of daily living; COG = cognitive performance scale score.

I.7. Uso de sujeciones y caídas

Elizabeth Capezuti ha sido la persona que mas ha estudiado la repercusión en caídas del uso o no uso de las sujeciones. El miedo a abordar un programa de restricción de estas es precisamente el miedo a que las personas se caigan y a las consecuencias de estas

Un estudio realizado por ella y un equipo de colaboradores en 1996 entre 322 residencias durante 9 meses determinó que no existe ninguna evidencia científica que demuestre la eficacia de las sujeciones en prevención de caídas.

En diversos estudios se vio que solamente el 35 % de las personas con restricción tenían indicación escrita para ello y que la mayoría de los motivos descritos para utilizar una restricción eran para prevenir caídas (58%), prevenir vagabundeo y mejora el control postural (Gallinach and colleagues 2002) y sin embargo no se ha visto un incremento significativo de caídas en los centros en los que no se utilizan.

1.8. Sobre RESTRICCIÓN QUÍMICA: Chemical restraint

Definición: El uso inadecuado de drogas psicotrópicas sedantes, o tranquilizantes para manejar o controlar una conducta molesta, que no tiene base en un desorden psiquiátrico diagnosticado.

La restricción química describe el uso deliberado o incidental de medicamentos para controlar la conducta y/o restringir la libertad de movimientos pero que no es requerido para tratar una condición médica identificada. Estos medicamentos pueden ser administrados intencionadamente para sedar un paciente por comodidad (Hughes 2008).

Fármacos implicados: antidepresivos, hipnóticos/ansiolíticos, neurolépticos.

La restricción química sólo debería utilizarse cuando fuera necesario proteger a la persona de un daño y la restricción debe ser proporcional al riesgo de daño (Hughes 2008).

El uso de neurolépticos, ansiolíticos e hipnóticos consigue sedar al paciente y le hace dócil y colaborador (Hughes 2008).

En el caso de los neurolépticos su abuso puede llevar a problemas clínicos como el bienestar físico y psicológico, que puede entorpecer un proceso de rehabilitación; aumento del riesgo de caídas y, en personas con demencia, estos medicamentos pueden aumentar el deterioro cognitivo (Hughes

2008). Estos medicamentos pueden prescribirse PRN pero hay que tener mucho cuidado con las instrucciones PRN vagas ya que pueden llevar al abuso (Hughes 2008).

Parece que la restricción química tiende a utilizarse más en hombres que en mujeres. Asimismo tiende a utilizarse en personas con deterioro cognitivo, personas en centros psicogeriátricos, personas en estados de soledad y en las que reciben pocas visitas (Hughes 2008).

La prescripción inapropiada y la sobreprescripción pueden llevar a restricción química. Es importante evaluar el uso de medicación inapropiada en las personas mayores (Hughes 2008).

Los estudios demuestran que la restricción química tiende a utilizarse en centros con poco personal (Hughes 2008).

OBRA 87: Esta legislación pretende proteger a los residentes de CG de restricciones químicas o físicas clínicamente innecesarias impuestas con intenciones de disciplina o conveniencia (Gurvich 2000).

Si se utiliza de forma inapropiada, la restricción química se considera abuso físico (Hughes 2008).

Situación del uso de restricciones en diferentes países:

Existen estudios en diferentes países que ayudan a identificar patrones en el uso de la restricción química: se indican algunos de ellos:

- Un estudio canadiense en un hospital de agudos analizó 498 pacientes mayores y encontró que el 9% (edad media: 81 años) tenían prescritos estos medicamentos (Kwansky 2006).

- Otro estudio canadiense en 28 centros gerontológicos indica que el 28% de los residentes había tomado al menos un neuroléptico. El deterioro cognitivo era el segundo factor más significativo asociado al uso de neurolépticos. Los residentes que recibían pocas visitas tenían mayor probabilidad de tener prescrito un neuroléptico (Voyer 2005).

- Un estudio británico en 19 CG encontró que el 73% de los residentes tenía prescrito un fármaco psicoactivo (incluyendo los PRN), el 30% tenía prescrito neurolépticos, hipnóticos y antidepresivos (incluyendo PRN). Sólo el 21% tenía un diagnóstico adecuado para la prescripción de estos medicamentos. Existía correlación significativa entre el tiempo de enfermería y las prescripciones de fármacos psicoactivos (Schweizer 2003).

- Un estudio británico estudió diferentes entornos: 248 residentes de “residencial homes”, 347 en NH, 260 en unidades de cuidado de personas mayores, 112 en unidades psicogerítricas y 127 personas en su domicilio. El 28% recibían neurolépticos: 1% los domiciliarios, 20 % unidades de cuidado de personas mayores, 20% en “residencial homes”, 20% en NH y 58% en unidades psicogerítricas (Passmore 1996).

En general, los estudios indican altos niveles de fármacos asociados con restricción química. En centros residenciales por tanto entre el 28% y el 73% tenían prescrito un neuroléptico. En general, sólo un tercio de estas prescripciones eran adecuadas (Hughes 2008).

Análisis de los resultados a relacionar con el uso de restricciones químicas:

La dosis diaria de antipsicótico/psicofármaco puede trasladarse a la equivalente del fármaco de referencia de grupo. Para medir los episodios de agitación y comportamientos disruptivos puede utilizarse el Inventario de Agitación en el Anciano de Cohen-Mansfield (Anexo III). En los pacientes con demencia puede utilizarse el “Demencia Care Mapping” una herramienta observacional de calidad de vida (ver proyecto 2.2.5, análisis observacional). Se miden también los eventos adversos (incluyendo caídas) e incidentes que incluyan comportamientos irritables al personal o a otros residentes (Fosey, 2006).

Síntomas neuropsiquiátricos (trastornos de comportamiento)

Los síntomas neuropsiquiátricos, son considerados comportamientos disruptivos, incluyen alteraciones del ciclo sueño-vigilia, gritos, demanda continuada, entre otros (Chenoweth et al, 2009). Este tipo de comportamientos, son de altamente complejos de manejar y reconducir por los familiares de la persona con demencia –quienes, la mayoría de las veces, son los cuidadores principales – pudiendo provocar una sobrecarga del cuidador, lo cual conlleva a muchas familias a

proceder con un ingreso residencial (ibid). En la Tabla 1, se muestran los síntomas neuropsiquiátricos más frecuentes y su definición.

De todos los síntomas neuropsiquiátricos presentados en la Tabla 1, la agitación, es el que constituye uno de los problemas habituales de más difícil manejo en el día a día de las personas que padecen alguna patología psiquiátrica y/o deterioro cognitivo (Cervilla et al, 2002). Cervilla et al (2002) en su artículo, refieren que “Cohen-Mansfield & Billing (1986) definieron operacionalmente agitación como ‘actividad verbal, vocal o motora inapropiada que no es interpretada, por un observador externo, como directamente resultante de las necesidades o de un estado confusional del individuo agitado’”.

Uno de los instrumentos más utilizados para la valoración de las conductas agitadas es el ‘Cohen-Mansfield Agitation Inventory’ (CMAI), siendo su versión española el ‘Inventario de Agitación del Anciano Cohen-Mansfield’ (IAACM), validado por Cervilla, Rodríguez y Gurpegui en 1995. Se trata de un inventario, que con una puntuación de 1 a 9, mide la frecuencia de diversas conductas agitadas (Anexo 1).

Otro de los instrumentos más utilizados, es el Neuropsychiatric Inventory Nursing Home version (NPI-NH) (Cummings et al 1994). Este inventario, mide síntomas neuropsiquiátricos, neurovegetativos y extrapiramidales, en función de su frecuencia de aparición, de la severidad del síntoma y el trastorno que ocasionan en el entorno cuando aparecen. Ha sido utilizado durante muchos años por parte del equipo de psicólogos de Fundación Matia, para elaborar el perfil comportamental de los residentes y usuarios del Centro de Día (anexo 2). Sin embargo, pese a que es una buena herramienta, no deja de tener limitaciones, siendo la más importante que la puntuaciones pueden variar dependiendo de la fuente de información, es decir, depende de la subjetividad del entrevistado (personal de atención directa) para determinar la severidad y el trastorno que ocasiona dichos síntomas.

AGITACION	Actividad verbal, vocal o motora inapropiada que no es interpretada, por un observador externo, como directamente resultante de las necesidades o de un estado confusional del individuo agitado (Cohen-Mansfield, 1986). Alteración difícil de manejar y que se resiste (voluntaria o involuntariamente). Se resiste. Da portazos, golpea muebles, tira cosas. Se da actividad motora (psicomotriz).
AGRESIVIDAD FISICA	El intento o la acción de dañar físicamente a alguien. Golpea, empuja, araña...
AGRESIVIDAD VERBAL	Amenazas, insultos...
ALTERACION	Estado de inquietud, nerviosismo. No puede relajarse. Enfado excesivo. Sin actividad motora.
ALUCINACIONES	Percepción sin objeto. Falsa percepción sensorial (no existe ese estímulo externo que el sujeto ve, oye, huele, saborea, siente). Visiones falsas, escucha voces...
AUTOLESION	Agresión a uno mismo.
CAMBIO REPENTINO DE LA FUNCION MENTAL	Brusco cambio de su estado: problemas de memoria, que se le nota de repente "muy bajito", que está fallando mucho en los grupos, etc. Puede confundirse con el estado confusional agudo.
CONDUCTA INAPROPIADA	Comportamiento inadecuado. Cuando hace algo que no debe que hacer.
DELIRIOS	Conjunto de ideas erróneas y falsas. Presencia de ideas o creencias basadas en una inferencia incorrecta de la realidad externa. Distorsión de la realidad.
DEMANDANTE	Demanda continuada (en exceso).
DESINHIBICION	Falta de control sobre la conducta. Puede ser de carácter sexual, verborrérico... Dice o hace cosas que normalmente no se hacen en público. Ej: hablar con desconocidos como si fueran íntimos amigos, hablar de cuestiones privadas en público, hace comentarios o actos sexuales...
DESORIENTACION	Estado mental caracterizado por confusión con respecto al tiempo, el espacio o sobre quién es uno mismo.
ESTADO CONFUSIONAL AGUDO	Delirium. Alteración del estado de conciencia y una disminución en la atención, junto con cambios cognoscitivos (es decir, deficiencia en la memoria, pensamiento, desorientación o alteraciones del lenguaje), de la percepción, del comportamiento psicomotor, de la emoción y del ciclo sueño-vigilia. Su evolución es fluctuante (varía la clínica a lo largo del día). El desarrollo de los síntomas es en un periodo breve (por lo general de horas a días).
FUGAS	Intento de escape o escaparse, salir del centro.
GRITOS	Chillar. Hablar en tono excesivamente alto. Elevar la voz más de lo normal.
INTOXICACION ETILICA	Ingesta excesiva de alcohol.
LABILIDAD EMOCIONAL	Cambio rápido e importante del humor que puede ser suscitado fácilmente y desaparecer rápidamente. Puede pasar del llanto a la risa y viceversa.
MUTISMO	De repente se queda callado.

PELIGRO DE SEGURIDAD	Conducta que pone en peligro al sujeto o a su entorno. Ej. subirse a una silla, asomarse en exceso por la barandilla de la terraza...
-----------------------------	---

Tabla 1. Síntomas neuropsiquiátricos del perfil UPSI

I.9. Estrategias para el uso racional de sujeciones

Diferentes organizaciones tales como el colegio de enfermeras de Ontario (Canada) se han trabajado diferentes guías con diferentes alternativas:

- Entorno:
 - o Disminuir el ruido.
 - o Mantener una temperatura adecuada y sin grandes cambios.
 - o Colocar los objetos que necesite la persona a su alcance
 - o Tener superficies seguras.
 - o Mantener los ascensores cerrados con códigos.
 - o Utilizar barreras visuales para detener el vagabundeo.
 - o Iluminación adecuada
 - o Ajustar la altura de las camas de los residentes para que toquen el suelo cuando estén sentados.
 - o Camaras de vigilancia
 - o Sensores de movimiento para cuando se levantan de la cama o silla
- Estado físico:
 - o Mejorar las capacidades de equilibrio y deambulación: terapias, programas de marcha.
 - o Proporcionar ayudas técnicas para mejorar la función: andadores, barras, zapatos antideslizantes.
 - o Incorporar programas para acompañamientos al aseo y control de esfínteres.
- Estado cognitivo o mental:
 - o Anticiparse a las necesidades de la persona.
 - o Segmentar y simplificar las tareas.
 - o Realizar programas de estimulación adecuados.
 - o Introducir actividades que tengan sentido un para qué

I.10. Las restricciones en Fundación Matia y concretamente en el Centro Julián Rezola

QUÉ PENSÁBAMOS DE LAS RESTRICCIONES

- Se disponía de un procedimiento revisado.
- Se elaboró un consentimiento informado que pasó por el comité de bioética.
- Se revisó la idoneidad de la restricción en el momento de la valoración integral. Como ésta se revisó al menos 1 vez al año en atención residencial y 2 veces al año en atención en centro de día, el esfuerzo iba dirigido precisamente al cumplimiento de este objetivo.
- Conciencia de uso correcto.
- Se usaban las que se tenían que usar.
- Adecuado procedimiento de información a la familia.

¿PARA QUÉ LAS UTILIZAMOS?

Los motivos principales para el uso de la restricción eran:

- Riesgo de caída en personas con déficit muy importante de control de equilibrio y marcha acompañando a patología cognitiva moderada o severa.
- Personas con cuadros de trastornos de comportamiento e inestabilidad severa de la marcha.
- Personas con ausencia de control postural de tronco.

¿QUÉ HACE QUE NOS INTERESEMOS POR EL TEMA DE DISMINUIR EL USO DE RESTRICCIONES?

- El conocer y ser conscientes del impacto de las restricciones en la calidad de vida de las personas.
- El reflexionar acerca de la contradicción entre el uso de restricciones y la dignidad/libertad de las personas y entre el uso de restricciones y la prevención de síndromes geriátricos.
- El haber conocido modelos asistenciales, principalmente en otros países, que lograban minimizar el uso de las mismas.

- El haber empezado a trabajar en modelos asistenciales centrados en la seguridad del paciente que, entre otras reflexiones, nos llevo a replantearnos el uso de las restricciones (Joint Commission).
- El haber identificado en un foro de geriatría, la presentación de una experiencia que llevaba a un centro residencial a prescindir de las mismas.
- La proactividad de su responsable para contribuir a nuestra mejora.
- Y reflexionar también sobre los riesgos que suponen para las personas y el haber tenido algún susto importante.

A lo largo del año 2010 se asume por parte de la dirección del centro y de todo el equipo interdisciplinar un nuevo compromiso con la calidad de atención

- **Trabajar activamente en la disminución del uso de restricciones**

- A través de:

- Programas de formación/sensibilización de todos los profesionales que trabajan en los centros, no únicamente asistenciales.
- Implicación de la familia.
- Promoción de la creatividad de todos para la identificación de ideas.
- Replanteamiento modelo de atención.
- Apoyo para la incorporación de nueva tecnología y de equipamiento adecuado para evitar el uso de restricciones.

- Primeras acciones e impacto de las mismas:

Tras una primera acción de formación/sensibilización **GRAN IMPACTO:**

- Incredulidad ante los datos presentados (esos son con barras), además nos sentimos heridos ¿se cuestiona nuestra buena voluntad y buen hacer?
- ¿Por qué nos lo replanteamos cuando lo hacemos bien?

- Creemos que usamos pocas restricciones.

- Lo que nos tiene que preocupar es la restricción química que se ve menos y hemos actuado con ella de manera menos proactiva, aunque hemos cambiado algunas pautas de administración de hipnóticos (en la cama).

- Tenemos restricciones porque nos vienen con ellas y la familia está conforme ¿Por qué hay que retirarlas?

A lo largo del año 2010 se logró disminuir de un 41% a un 26%, lo que coincide con lo encontrado en la bibliografía de lo acontecido en otros países al iniciar la estrategia.

A partir de ahí, la reducción se hace mas difícil y es necesario iniciar otra estrategia que incorpore también la tutela de la restricción química empleada y que sirva para posibilitar la obtención de resultados equiparables a aquellos centros que trabajando con personas con alto grado de deterioro cognitivo, han conseguido reducir al máximo el uso de restricciones.

II. OBJETIVOS DEL ESTUDIO:

- **Identificar** aspectos relevantes asociados al uso de restricciones tanto físicas como químicas en el centro.
- Diagnosticar la situación del centro en cuanto al uso de restricción química.
- Minimizar el uso de restricciones físicas y químicas tanto de Centro de día y Centro Gerontológico Rezola.
- Analizar el impacto de la “No restricción “en el centro , en la persona, en los profesionales e identificar buenas prácticas en relación a este proceso. Fomentar el espíritu creativo a la hora de organizar el centro sin restricciones. Cambio de filosofía y organización.
- **Definir** las acciones necesarias que abarcando los aspectos identificados lleven a la conversión de un centro que utiliza restricciones a un centro libre de restricciones.

III. METODOLOGÍA

III.1. Características del centro

El centro gerontológico Rezola está compuesto por 123 residentes con un perfil de usuarios que presentaban gran dependencia tanto física como psíquica.

El centro se divide en 3 plantas con 3 módulos psicogeriátricos de 14 personas cada una en la 2ª planta.

A Enero de 2011 el perfil de paciente es mujer, con una media de edad de 85 años. El 59% de los residentes presenta un Barthel inferior a 40. El 70% presentaba deterioro cognitivo medido con MEC inferior a 20. El 21,1% de los usuarios el día 1 de enero de 2011 tienen una restricción física documentada dentro de su plan de cuidados, no habiendo sido analizados los residentes que presentan barras en la cama o algún tipo de restricción química, aunque si se conoce el tratamiento farmacológico.

Tipo de restricción	Nº de residentes
Cincha abdominal de imán en cama	6
Cincha abdominal de no imán en cama	0
Cincha abdominal de imán en silla	0
Cincha abdominal de no imán en silla	20
Cincha pélvica en silla	2
Buzo	1
Manoplas	0
Barras en cama	88

III.2. Población de estudio

La muestra del estudio se compone de los usuarios que a 1 de enero de 2011 presentan restricción física, independientemente del uso de barras de cama (suponen el 21,1% de los residentes del centro, 26 individuos).

Actualmente se está pasando el cuestionario Hamdy para determinar aquellas personas que presentan restricción química.

17 de los individuos son mujeres, y el resto (9) hombres.

En lo que se refiere a la situación cognitiva de los sujetos de la muestra, éstos se dividen en los siguientes grupos:

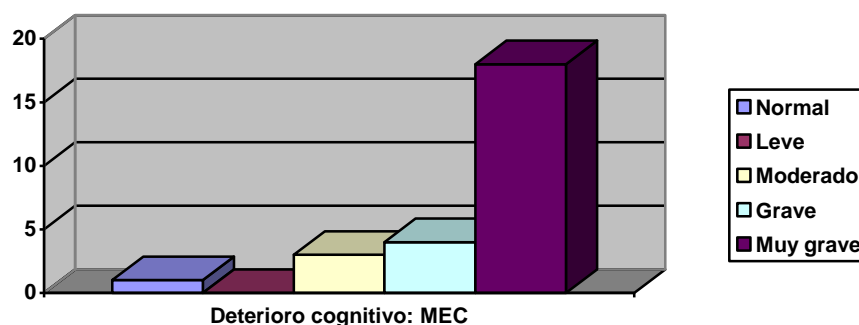
18 tienen deterioro cognitivo muy grave (MEC35 de 0 – 10 puntos)

4 tienen deterioro cognitivo grave (MEC35 de 11 a 17 puntos)

3 tienen deterioro cognitivo moderado (MEC35 de 18 a 22 puntos)

No hay nadie con un deterioro cognitivo leve (MEC35 de 23 a 28 puntos)

1 persona tiene una situación cognitiva Normal (MEC35 de 29 a 35 puntos)

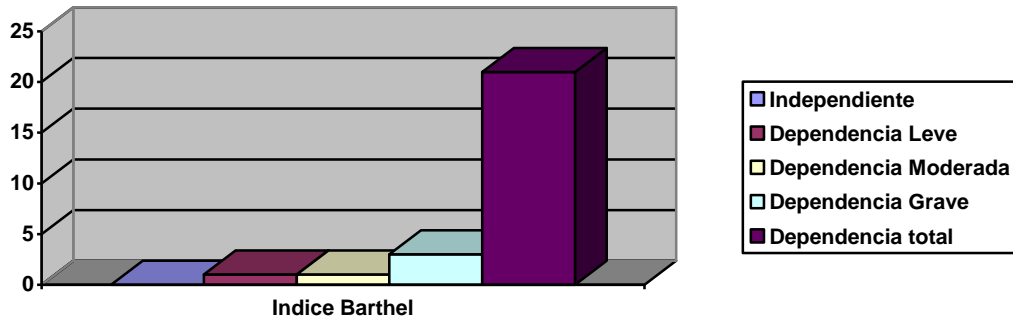


Además, 15 sujetos de la muestra presentan un trastorno del comportamiento. La valoración funcional Barthel clasifica a los usuarios por su capacidad funcional en los siguientes grupos:

100 - 80:	Independiente
80 - 55:	Dependencia Leve
55 - 35:	Dependencia Moderada
35 - 20:	Dependencia Grave
20 - 0:	Dependencia Total

En función del Barthel la muestra se distribuye de la siguiente manera:

- Independencia: 0 residentes
- Dependencia leve: 1 residente
- Dependencia moderada: 1 residente
- Dependencia grave: 3 residentes
- Dependencia total: 21 residentes



En la muestra, 17 personas tienen algún trastorno del comportamiento, y los 9 restantes no lo tienen.

Por último, en lo que se refiere al riesgo de caída, tan sólo una persona de la muestra no tiene riesgo de caída.

III.3. Indicadores de resultados

De cara a evaluar el grado de cumplimiento de los objetivos del piloto, se realizará una comparativa de la medición inicial y final de indicadores. Ello permitirá medir y analizar el resultado de la experiencia piloto de eliminación de restricciones en Rezola:

- Nº de personas a los que se les ha eliminado con éxito la restricción física
- Nº de personas a los que se les ha eliminado con éxito la restricción química (Psicótopos: Antidepresivos, Neurolépticos, Hipnóticos)
- Tasa de prevalencia del uso de restricciones en la muestra: La forma de cálculo de este indicador es: $(\text{N}^{\circ} \text{ de residentes de la muestra con restricciones} / \text{N}^{\circ} \text{ total de residentes de la muestra}) \times 100$.
- Tasa de prevalencia de restricciones en el centro Rezola. La forma de cálculo de este indicador es: $(\text{N}^{\circ} \text{ de residentes con restricciones} / \text{N}^{\circ} \text{ total de residentes}) \times 100$. Se incluye este indicador dado que habrá nuevos ingresos en el centro a los que no se impondrá restricción a pesar de traerla. Ello repercutirá en la tasa de prevalencia global de restricciones en el centro.
- Nº de personas con restricción
- Puntuación media Barthel de los miembros de la muestra
- Índice de agitación en los miembros de la muestra que tengan trastorno del comportamiento (Inventario de Agitación en el Anciano de Cohen-Mansfield IAACM).
- Tasa de caídas de la muestra: $(\text{N}^{\circ} \text{ de caídas} / \text{N}^{\circ} \text{ de personas}) \times 100$

III.4. Variables a controlar en el estudio:

Además, se controlará la evolución de las siguientes variables que pueden tener influencia en los resultados de los indicadores del piloto:

- Situación cognitiva: Puntuación MEC de los sujetos de la muestra
- Existencia de síntomas neuropsiquiátricos (trastorno de comportamiento) (NPI-NH e IAACM)
- Grado de estabilidad en la marcha de los residentes de la muestra : Escala Tinetti

La escala Tinetti es una escala que mide la marcha y el equilibrio. Tiene el problema de el usuario debe de ser capaz de caminar para que la prueba nos sirva para determinar nivel de capacidad funcional.

Interpretación y reevaluación de la escala:

A mayor puntuación de los diferentes ítems mejor funcionamiento. La máxima puntuación para la subescala de marcha es 12, para la de equilibrio 16. La suma de ambas puntuaciones da la puntuación para el riesgo de caídas.

A mayor puntuación, menor riesgo:

<19: Riesgo alto de caídas.

19-24: Riesgo de caídas.

Propiedades psicométricas: No están validada en español y en nuestro medio.

III.5. Fases del proyecto

1. Revisión bibliográfica con objeto de analizar experiencias en organizaciones excelentes que permitan abordar con éxito este proyecto.
2. Nombramiento y aceptación del equipo de referencia para la minimización del uso de restricciones físicas y químicas del centro (equipo líder).
3. Información, formación, sensibilización e implicación de trabajadores y familias en el proyecto Formación y sensibilización del equipo líder.
4. Definición y diagnóstico de Restricción química de todos los usuarios del centro y en especial de la población de estudio.
- 5: Caracterización de la población de estudio (uso de restricciones físicas y químicas, tipo y objetivo de las mismas incluyendo barras de cama).
6. Elaboración y consenso, con el equipo de referencia de restricciones del centro, del plan a seguir para la retirada de restricciones describiendo el abordaje y seguimiento de los usuarios del programa susceptibles de intervención.
7. Elaboración del consentimiento informado para la revocación de la medida de restricción física.
- 8 Análisis de las personas actualmente con restricción, proponer la retirada de las restricciones a la persona individualmente y con el apoyo, coordinación de los equipos del centro y familias y aplicar el procedimiento aprobado.
9. Realizar seguimiento y evaluación continuada de las medidas adoptadas, preparando y entregando una memoria trimestral al Gobierno Vasco.
10. Evaluación final del proyecto.

IV. RESULTADOS DEL PROYECTO

V.1. Actividades realizadas

- a) Formación y sensibilización del equipo interdisciplinar, resto de personal del centro y familias: Se realizaron varios módulos de formación y sensibilización dirigidos por la responsable de la Fundación Cuidados Dignos sobre frecuencia de restricciones, motivos, efectos secundarios de las mismas, percepción de las sujeciones y posibilidades de mejora.
- b) Restricción química: Se ha realizado un Diagnóstico y definición de indicadores para el seguimiento de la misma:
- c) Uso restricción química en Rezola (fármacos psicótropos)

Se han recogido datos del número de fármacos psicótropos de los residentes del Centro Julián Rezola. Se va a proceder a revisar este grupo de fármacos utilizando el cuestionario Hamdy procedimiento establecido en Matia Fundazioa para evaluar a los paciente polimedcados y de esta manera evaluar la indicación del fármaco psicotropo en cada persona, ver si se está utilizando con un carácter restrictivo y posibilidades de retirada del mismo.

CUESTIONARIO HAMDY

1. ¿La indicación para la cual la medicación fue prescrita sigue estando presente?
2. ¿Hay duplicidades en la terapia farmacológica (p. ej: misma clase terapéutica)? ¿La terapia puede ser simplificada?
3. ¿El régimen terapéutico incluye medicamentos para un efecto adverso de otro medicamento? Si es así, ¿puede el medicamento original ser suspendido?
4. ¿Las dosis utilizadas pueden ser subterapéuticas o tóxicas en relación con la edad del paciente o su función renal? [¿Estamos utilizando la dosis correcta?]
5. ¿Hay alguna interacción significativa medicamento-medicamento o medicamento-enfermedad en este paciente?
- 6 [Duración de tratamiento correcto]

- d) Elaboración de un documento de revocación de la medida de restricción acompañando al documento que ya existía de consentimiento informado y aceptación de una restricción. Revisión del protocolo existente.

Dado que las personas con restricción física habían firmado un consentimiento informado para su aplicación, conforme se trabaja con ellas y/o sus familias para iniciar el camino contrario, es decir, la aplicación de los cuidados sin el uso de esa restricción, es necesario disponer de un documento de revocación de la medida anteriormente adoptada y consentida.(Anexo I).

- e) Análisis de las personas actualmente con restricción, proponer la retirada de las restricciones a la persona individualmente y con el apoyo, coordinación de los equipos del centro y familias aplicar medidas alternativas.

Se comienza a retirar uno a uno las restricciones físicas para en una fase posterior proceder a valorar y retirar las barras y las restricciones químicas.

Se han trabajado con el equipo diversas medidas alternativas, algunas de las cuales corresponden a medidas ambientales y otras a medida de manejo de los riesgos.

Se han probando los siguientes elementos: utilización de sillas de menor altura que una silla estándar (con el objetivo de reducir el impacto de la posible caída, que tarde más en levantarse y tener más margen de tiempo para que reaccione el personal de atención). Este mobiliario se utiliza en personas con inestabilidad de la marcha, al igual que los sillones reclinables que requieren de más tiempo para levantarse. Asimismo, se han utilizado mesas delante de los usuarios para tener puntos de apoyo en personas con falta de control postural.

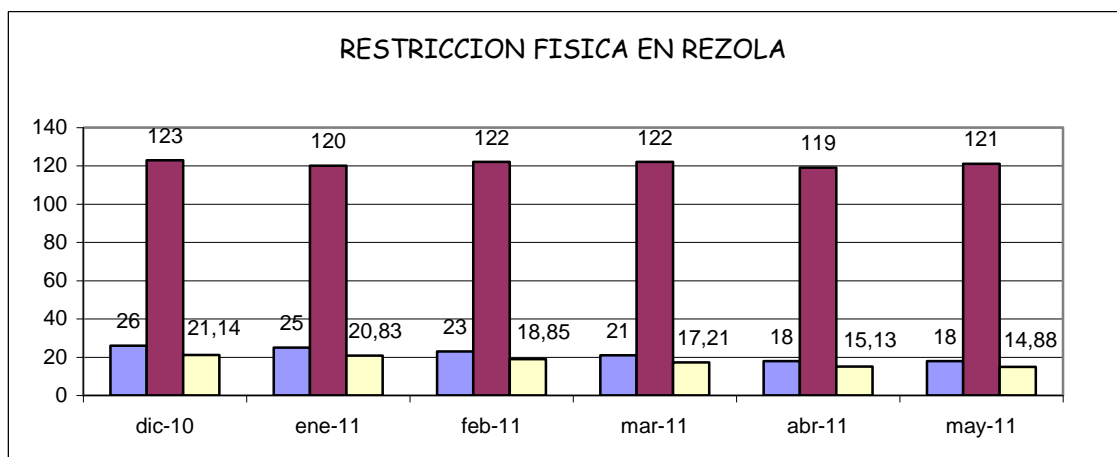
Se ha establecido cambios en las tareas a desempeñar por el personal de atención directa en cuanto a la hora de levantar y acostar a los usuarios, en función del riesgo de caídas.

- f) Disminución de restricciones hasta junio de 2011:

En el año 2010 se había dado ya una importante reducción del 41% al 26% en el uso de restricciones en Rezola, debido principalmente al inicio de la sensibilización y formación realizada en el Centro Julián Rezola fruto de la nueva estrategia general implementada en Fundación Matia.

El año 2011 supone el establecer una sistemática a la hora de trabajar la reducción de restricciones, lo que ha llevado a la puesta en marcha del proyecto con la consiguiente progresiva mejora en las cifras de reducción de restricciones.

En esta grafica se puede apreciar la disminución progresiva de restricciones durante el primer semestre del 2011:



PROCESO DE ELIMINACIÓN DE LA RESTRICCIÓN

- Se inicia eliminación de restricción una a una tras análisis de datos anteriormente mencionados.
- Se propone y se comienza aplicar en el centro con la colaboración y coordinación del resto de los equipos del centro (auxiliares, equipo interdisciplinar)
- Se propone la nueva medida a la familia.
- Se reflexiona sobre medidas alternativas y se establece un periodo de prueba variable en función del usuario con registro diario de incidencias en jornada M/T/N.

- Tras seguimiento del proceso se consensúa con la familia y se establece la retirada definitiva o no de la medida.

IV.2. Resultados del proyecto

En el presente apartado se exponen los avances realizados en el piloto 2.2.2. (Hacia Centros libres de restricciones: identificación de factores necesarios para que los nuevos centros de atención a personas mayores dependientes desde el inicio sean centros libres de restricciones) durante el proyecto.

De los 23 sujetos inicialmente contemplados en la muestra, durante el transcurso del proyecto han fallecido 8 personas, y se han podido incorporar 3 nuevas personas a la muestra (nuevos ingresos que traían restricción de otro centro). Así, a la finalización del proyecto la muestra se compone de 18 individuos.

Con datos a diciembre de 2011 se ha eliminado con éxito todas las restricciones físicas que tenían a 14 personas, a otra se le ha quitado una de las 2 que tenía y no se ha puesto ninguna restricción a 3 nuevos ingresos en el Centro que la traían de fuera. Tres de estas personas tenían dos tipos de restricciones simultáneamente antes de la intervención (cama y silla) y una cuarta tenía a la vez un buzo y una restricción en la silla. En total, los tipos de restricciones eliminadas han sido: 15 cinchas en sillas y 6 en cama.

	Antes de Intervenir	Después de intervenir
CASO 1	Silla	Nada
CASO 2	Silla y Cama	Nada
CASO 3	Cama	Nada
CASO 4	Cama	Nada
CASO 5	Silla	Nada
CASO 6	Silla	Nada
CASO 7	Silla	Nada
CASO 8	Silla	Nada
CASO 9	Silla	Silla
CASO 10	Silla	Nada
CASO 11	Cama	Nada
CASO 12	Silla	Nada
CASO 13	Silla	Nada
CASO 14	Silla	Nada
CASO 15	Silla y buzo	Buzo
CASO 16	Silla y cama	Nada
CASO 17	Silla y cama	Nada
CASO 18	Silla	Nada

Además no se ha puesto restricción a ninguno de los 51 nuevos ingresos registrados en el Centro durante el año 2011. Únicamente no se ha podido eliminar la restricción física en los siguientes 2 casos:

- Persona con buzo en cama y cincha abdominal (sin imán) en silla: Se ha podido eliminar con éxito la cincha de la silla, pero no así el buzo, por falta de medidas alternativas efectivas.
- Persona con cincha en la silla sólo en momentos de traslado de la habitación a la sala: Se trata de una persona sin ningún control del tronco para la que no se ha encontrado medida alternativa efectiva. El resto del día se encuentra en un sofá relax en el cual no lleva ninguna restricción.

Con estos datos la tasa de prevalencia de restricción física en Rezola es del 1,63% (Gráfico 1).

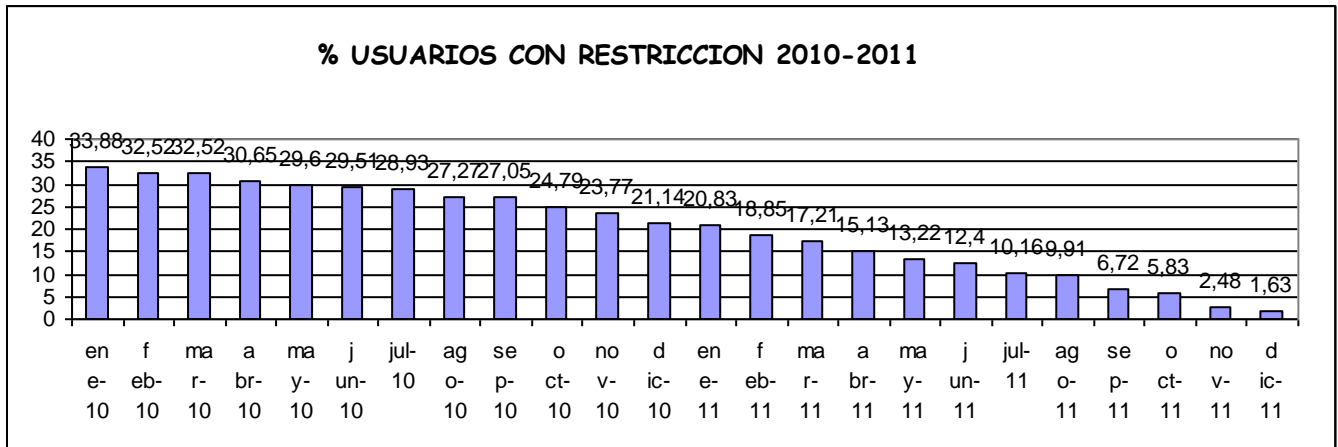


Gráfico 1: Tasa de prevalencia de restricción física en Rezola (Ene 2010-Dic 2011)

Mediante aplicación del cuestionario Hamdy se han identificado 7 casos con restricción química en la muestra inicial, de los cuales se ha podido eliminar la restricción a 6 de ellos, mientras en otro de los casos ha sido posible reducir la dosis de fármacos y una última persona ha fallecido durante el transcurso del proyecto.

Los fármacos que se han podido eliminar han sido: 5 Hipnóticos, 2 neurolépticos, 2 antidepresivos. Estos resultados apuntan a un mayor potencial de eliminación de fármacos de tipo Hipnótico, si bien en este proyecto se ha abordado la eliminación de restricción química de manera exploratoria y será necesario profundizar en esta materia en el futuro para obtener resultados más concluyentes.

En general, las personas que tomaban hipnóticos habían presentado problemas de sueño con agitación nocturna importante pero en el momento del análisis tenían una calidad de sueño aceptable por lo que se procedió a la retirada de los mismos.

El grupo de los antidepresivos se retiró de la misma manera aplicando el cuestionario de Hamdy y al no presentar sintomatología y al haber completado el tiempo mínimo de tratamiento (mínimo de 6 meses tras la remisión de los síntomas).

En el caso de los neurolépticos nos encontramos que en muchas ocasiones aparece de nuevo la clínica delirante al retirar el fármaco, por lo que una vez conseguido un buen control, a pesar de las recomendaciones de las guías se hace difícil el comenzar a retirarlo. En el caso de la paciente en el que se ha reducido la dosis pero no se ha eliminado, esta presentaba síntomas de sedación por lo que se fue bajando la dosis pero comenzaron a aparecer síntomas de agitación. De momento no se ha subido de nuevo la medicación y se han establecido pautas no farmacológicas para control del trastorno de comportamiento pero en muchos casos la aplicación del tratamiento va a depender del grado de sufrimiento de la paciente y del riesgo para terceros de agresión o alteración severa de la convivencia.

La muestra analizada ha sido muy reducida pero ha servido para dar unos primeros pasos en esta dirección. Existe mucha bibliografía sobre la necesidad de analizar u reducir fármacos pero pocos estudios que dan ejemplos prácticos. Tenemos guías que recomiendan qué fármacos utilizar en nuestros mayores pero no hay una definición clara de cuándo un fármaco es restrictivo o no.

IV.2.1. Descripción de las intervenciones para la eliminación de restricción física

Se describen a continuación una serie de casos que resultan indicativos de la aplicación práctica del procedimiento para la retirada de restricciones físicas. En los casos se expone la situación inicial, así como las medidas alternativas implementadas, incidencias registradas y el resultado final obtenido:

INTERVENCIÓN 1	
Perfil:	Mujer de 86 años.
Restricción:	Cincha en la silla
Motivo de la restricción:	Historial de caídas en persona con deterioro cognitivo (realiza maniobras de riesgo: trata coger cualquier objeto a su alcance, etc.).
Medidas alternativa:	Mesa situada delante de la persona y actividades de distracción.
Incidencias:	Ninguna
<p>En su día la propia familia de la residente solicitó al centro que se le pusiera una restricción para sufrir caídas. Tras someter a la persona al periodo de observación pertinente se ha procedido a la eliminación de la restricción sustituyéndola por una mesa situada delante y actividades de distracción y entretenimiento. No se han producido incidencias desde la eliminación de la restricción. A la familia le ha tranquilizado mucho conocer las medidas alternativas puestas en marcha. Al principio de quitar la restricción la residente se movía mucho más de lo habitual, pero tras un periodo de adaptación ha vuelto a estar más tranquila. En alguna ocasión ha empujado la mesa pero sin conseguir moverla mucho. Se le ha notado una mejoría en su estado físico (antes no caminaba y ahora hace ejercicios en barra y camina en paralelas con la fisioterapeuta), aunque hay que tener en cuenta que también se le han quitado medicamentos.</p>	

INTERVENCIÓN 2	
Perfil:	Hombre de 83 años.
Restricción:	Cincha en la cama
Motivo de la restricción:	La restricción viene desde otro centro. Se le pu por deambulaci3n nocturna con caídas debidas la inestabilidad en la marcha y deterioro cognitivo. También cogía objetos de la par (cuadros, extintor, etc.)
Medidas alternativa:	Aumento de la vigilancia (mediante cámaras p la noche y por el personal.
Incidencias:	Ninguna
<p>La persona ingresó en el centro muy debilitada como consecuencia de un accidente cerebrovascular. Progresivamente fue ganando fuerza física, lo que permitió en 2010 eliminarle cincha de la silla. En 2011 la cincha de la cama se ha podido eliminar al observarse que tiene ciclo de sueño normal. Ello ha tenido dos consecuencias: por un lado una menor incidencia caídas y por otro la acumulaci3n de mayor cansancio durante el día lo que le permite dormir mejor por la noche. Tras someter a la persona al periodo de vigilancia (observándole también p la noche mediante cámaras para conocer las posibles incidencias nocturnas) el equipo interdisciplinar decide eliminar la restricción. La persona tenía también un antidepresivo que se retiró, pero se le tuvo que reintroducir por observarle síntomas de decaimiento.</p>	

INTERVENCIÓN 3	
Perfil:	Mujer de 100 años.
Restricción:	Cincha en la silla
Motivo de la restricción:	Deterioro cognitivo grave y mal control postural
Causa de no eliminación:	Negativa de los familiares a dar consentimiento.
Incidencias:	La familia no ve indicación para retirar restricción; no ve beneficio en ello y da mayor valor a la seguridad de su familiar.
<p>Se ha intentado eliminar la restricción en la silla a esta persona, pero no se ha podido realizar por no tener el consentimiento de los familiares. La persona lleva mucho tiempo con la restricción en la silla para evitar caídas, ya que tiene un deterioro cognitivo grave. Los familiares piensan que la restricción es segura para evitar caídas y no ven que la retirada de la restricción vaya a traer grandes beneficios para su familiar, dado que 1) se trata de una persona que está débil físicamente, por lo que no ganaría mucha movilidad con la retirada de restricción y 2) no ha sufrido hasta ahora problemas asociados a la restricción como úlceras; Por último, 3) Creen que con la retirada de restricción tampoco se apreciaría una mejora en el bienestar psicológico de la persona dado su grave deterioro cognitivo. Además, se produjo en el centro un accidente de una persona –a la que se había eliminado la restricción- que se cayó, y ello ha acrecentado el miedo de los familiares. Se va a tratar de dar más argumentos a los familiares a favor de la eliminación de restricciones, mostrándoles la mejoría experimentada en los niveles de agitación por otras personas con demencia durante el piloto.</p>	

INTERVENCIÓN 4	
Perfil:	Mujer de 80 años.
Restricción:	Cincha en la silla
Motivo de la restricción:	Falta de control postural debido a deterioro cognitivo.
Medidas alternativas:	Inclinación hacia atrás de la silla de ruedas.
Incidencias:	Ninguna
<p>La persona ha ido sufriendo un deterioro físico importante que le ha llevado a estar en una silla de ruedas y a ponerle la restricción por carecer de control postural por su situación de deterioro cognitivo. Sin embargo, el equipo interdisciplinar ha observado una disminución importante de los movimientos de tronco de la persona y por ello se ha procedido a eliminar la restricción entendiéndose que ha disminuido el riesgo de caída. Como medida alternativa se ha reclinado hacia atrás su silla de ruedas. Se tuvo que mantener varias entrevistas con la familia ya que presentaban muchas dudas, miedos, etc., pero finalmente accedieron gracias a los argumentos facilitados por el personal.</p>	

INTERVENCIÓN 5	
Perfil:	Mujer de 87 años.
Restricción:	Cincha en la silla
Motivo de la restricción:	Inestabilidad en la marcha y deterioro cognitivo
Medidas alternativas:	Modificar horario de acostarse y levantarse de cama. Actividades de entretenimiento.
Incidencias:	Ninguna
<p>Se trata de una mujer que puede caminar si va acompañada. Se le ponía en momentos puntuales una cincha abdominal en la silla para evitar que se levantara sin acompañamiento y se cayera, que había sufrido varias caídas por su poca estabilidad en la marcha. Tras valoración por parte del equipo se decidió que esta persona fuera de las últimas a las que se levantara de la cama por mañana y de las primeras en ser acostada por la noche, ya que tendía a levantarse sin acompañamiento del personal en los ratos en los que esperaba su turno para que la levantaran y la acostaran en la cama. La medida ha dado resultado y no se han registrado incidencias tras retirada de la restricción. También se le han proporcionado más actividades de entretenimiento durante el día para que no trate de caminar sin acompañamiento</p>	

INTERVENCIÓN 6	
Perfil:	Hombre de 82 años.
Restricción:	Cincha en la silla
Motivo de la restricción:	Deterioro cognitivo grave
Medidas alternativas:	Sillón en lugar de silla
Incidencias:	Ninguna
<p>Se trata de un hombre con deterioro cognitivo grave que se deslizaba hacia abajo en la silla de ruedas si no tenía la cincha puesta. Como medida alternativa se optó por sentar al residente en un sillón en lugar de la silla de ruedas, lo que evita que se deslice hacia el suelo al tener el sillón una mayor profundidad que la silla. . El residente se muestra tranquilo y parece gustarle el sillón.</p>	

INTERVENCIÓN 7	
Perfil:	Mujer de 88 años.
Restricción:	Cincha en la cama
Motivo de la restricción:	La traía de otro centro (junto con otras restricciones que ya se eliminaron).
Medidas alternativas:	Vigilancia continuada
Incidencias:	Ninguna
<p>Se trata del caso que se describió en la memoria anterior de una persona que vino de otro centro con tres restricciones. Anteriormente se le eliminaron dos de ellas y en el mes de septiembre ha procedido a eliminar la tercera.</p>	

INTERVENCIÓN 8	
Perfil:	Mujer de 82 años.
Restricción:	Cincha en la cama
Motivo de la restricción:	Intentaba salir de la cama sacando los pies por encima de las barras.
Medidas alternativas:	Vigilancia continuada
Incidencias:	Ninguna
<p>Se trata de una persona con deterioro cognitivo grave que saca los pies por encima de las barras en la cama al tratar de levantarse. En su día se le puso la restricción por este motivo, si bien nunca llegó a encontrársela fuera de la cama, sólo intentando salir. Se ha podido eliminar la restricción con éxito sin que se haya producido ninguna incidencia.</p>	

INTERVENCIÓN 9	
Perfil:	Mujer de 82 años.
Restricción:	Cincha en la silla
Motivo de la restricción:	Inestabilidad de la marcha e intentos incorporarse en la silla, con el consecuente riesgo caída.
Medidas alternativas:	Mesa delantera y mayor Vigilancia
Incidencias:	Ninguna
<p>Se trata de una persona con deterioro cognitivo grave que lleva la restricción desde el año 2005. el pasado, se incorporaba de la silla a pesar de su inestabilidad lo que suponía un riesgo de caída, por el que se le puso la restricción. En numerosas ocasiones la persona ha expresado su deseo de mantener la restricción y ha tratado de quitársela. Con el tiempo su grado de deterioro cognitivo aumentado y en la actualidad al eliminarle la restricción no se ha registrado ninguna incidencia. Como medida alternativa principal se ha empleado una mesa que se le coloca delante en momentos puntuales en los que no tiene una vigilancia continuada.</p>	

INTERVENCIÓN 10	
Perfil:	Mujer de 88 años.
Restricción:	Cincha en la cama
Motivo de la restricción:	Deterioro cognitivo grave
Medidas alternativas:	Vigilancia continuada
Incidencias:	Ninguna
<p>Se trata de una mujer que llevaba desde 2008 con una cincha en la cama para evitar que levantara por las noches porque tenía deterioro cognitivo grave. Se movía y sacaba los pies por encima de la barras y la cincha era para evitar que se saliera de la cama. En origen se decidió ponerle la restricción porque conseguía bajar las barras de la cama y levantarse, lo que ocasionó múltiples caídas. Actualmente su grado de deterioro es mayor y sin la restricción de la cama ya no baja las barras ni intenta levantarse.</p>	

Además de las medidas alternativas individualizadas descritas en los casos anteriores, se han implementado otras de carácter general, como son unas cerraduras especiales que evitan que las puertas de las habitaciones puedan abrirse desde fuera sin una llave. El objetivo de esta medida es evitar que los residentes que deambulan por la noche entren en otras habitaciones que no sea la suya.

También en el marco del proyecto se han instalado cámaras, para reforzar la vigilancia y evitar posibles incidencias.

Por último, de los 4 usuarios del Centro de día que tenían una restricción física al inicio del proyecto, una ha fallecido. Las restricciones que tenían los 3 usuarios restantes se utilizaban únicamente en momentos puntuales (durante la comida, en momentos de agitación, etc.). Así, tras someterles al periodo de observación, se ha podido eliminar la restricción física sin problemas, dado que se ha compensado ésta con un refuerzo en la atención y acompañamiento por parte del personal de atención directa en los momentos críticos en los que habitualmente se empleaba la restricción. La aplicación de esta medida de acompañamiento y apoyo al usuario, como única alternativa a la restricción, demuestra el gran impacto que tiene la formación –y el consiguiente cambio de mentalidad de los profesionales- en la eliminación de restricciones.

IV.2.2. Descripción detallada de incidencias en la retirada de restricción

Se presentan a continuación de manera detallada dos casos de incidencias durante la intervención para eliminar la restricción física; el primero es de un caso sobre el que se ha intervenido en el mes de Septiembre de 2011 y el segundo se trata de un caso de una persona que ha fallecido (y no está ya en incluida en la muestra):

DESCRIPCIÓN DE CASO: DEPENDENCIA PSICOLÓGICA DE LA RESTRICCIÓN

María (nombre ficticio) es una mujer de 71 años que ha ingresado en Rezola en el año 2010. Viene de otro centro residencial del que trae prescrita una cincha para la cama que le sujeta el tronco del cuerpo, una mano y un pie. El motivo de la restricción es evitar que se levante por las noches, algo que hace de manera inconsciente debido a su patología psiquiátrica (al día siguiente no recuerda haberse levantado durante la noche). El levantarse durante la noche ha sido causa de caídas para María en el pasado y por ello se le prescribió la restricción física. Nada más ingresar en el centro de Rezola, y con el consentimiento de María, se le retiró la restricción que traía de mano y pierna por considerarse excesiva la sujeción que tenía durante las noches. En el momento de acostarse automáticamente María adoptó en la cama la postura en la que habitualmente se le ponía la restricción y preguntó al personal si no le iban a atar. El personal la convenció para que probara al menos durante una noche. En 2011, se ha sometido a María al correspondiente periodo de observación para eliminar la restricción restante (la cincha en la cama) y finalmente, transcurrido dicho periodo, sin ninguna incidencia, se ha decidido que María continúe sin la restricción que la mantenía sujeta a la cama por la cintura. Este caso ilustra, a juicio del personal, la dependencia psicológica que en algunos casos puede llegar a generar la restricción física, no siendo consciente la persona de que puede estar segura sin ella. Actualmente María se muestra muy contenta de estar sin la cincha en la cama durante la noche. A nivel psicológico, se realizó un trabajo psicoterapéutico de apoyo emocional para eliminar la dependencia psicológica que le causaba la cincha a María; al final del proceso, comenta sentirse como feliz, libre y como una persona desde el momento en que se le quitó la cincha de la cama.

DESCRIPCIÓN DE CASO: CAÍDA DE PERSONA A LA QUE SE HA ELIMINADO LA RESTRICCIÓN

Loli (nombre ficticio) es una mujer de 91 años a la que, tras el correspondiente periodo de observación, se ha decidido eliminar la cincha que tenía en la silla. El motivo de dicha restricción era la falta de control del tronco, derivada de su estado de deterioro cognitivo severo. La principal medida alternativa a la restricción que se le puso a Loli fue una mesa delante de la silla, actividades de distracción y entretenimiento, así como un sillón de relax. El objetivo de las medidas alternativas es salvaguardar la seguridad de la persona en los momentos puntuales en los que el personal no puede garantizar una vigilancia continuada.

Un día, mientras Loli estaba comiendo en la mesa, a otro residente se le cayó un vaso de agua al suelo. El auxiliar que se encontraba presente, al ver que los cristales se hallaban esparcidos muy cerca de varios de los residentes –entre ellos Loli-, procedió a retirar ligeramente hacia atrás las sillas de los residentes para alejarlos de los cristales y asegurarse así de que no sufrían ningún daño mientras él los recogía. Sin embargo, en el pequeño intervalo de tiempo en el que se recogían los cristales, Loli inclinó el tronco hacia delante, y cayó al suelo al no tener delante una mesa que evitara la caída.

Este caso de caída tras la retirada de una restricción ha sido analizado conjuntamente por el equipo interdisciplinar del centro para adoptar las medidas necesarias para evitar un suceso similar en el futuro. Se ha realizado una sensibilización a los auxiliares sobre la necesidad de asegurar la aplicación de las medidas alternativas a la restricción en los residentes si en algún momento no se puede garantizar una vigilancia continuada de la persona.

V.2.3. Indicadores

Se muestra en la siguiente tabla el resumen de los indicadores del proyecto a diciembre de 2011:

Indicador	Forma de cálculo	DATOS
Nº de personas a los que se les ha eliminado con éxito la restricción física	-	14 personas (Ene-Dic 11)
Nº de personas a los que se les ha eliminado con éxito la restricción química (Psicótopos: Antidepresivos, Neurolépticos, Hipnóticos)	-	6 personas (Ene-Dic 11)
Tasa de prevalencia del uso de restricciones en la muestra	$(\text{N}^\circ \text{ de residentes de la muestra con restricciones} / \text{N}^\circ \text{ total de residentes de la muestra}) \times 100$	Enero 11: 100% Diciembre 11: 16,7%
Tasa de prevalencia de restricciones en el centro Rezola	$(\text{N}^\circ \text{ de residentes con restricciones} / \text{N}^\circ \text{ total de residentes}) \times 100$	Enero 11: 20,83% Diciembre 11: 1,63%
Nº de personas con restricción		3 (2 personas con r. física y 1 persona con r. química)
Tasa de caídas de la muestra	$(\text{N}^\circ \text{ de caídas} / \text{N}^\circ \text{ de personas}) \times 100$	2010: 19 caídas 2011: 5 caídas
Nº personas con aumento agitación (comparativa 2010-2011)		6 personas
Nº personas con reducción agitación (comparativa 2010-2011)		9 personas

V. CONCLUSIONES

El proceso hacia un Centro libre de Restricciones requiere de un cambio que va más allá de la implementación de medidas alternativas y nuevos procedimientos. Se trata de una auténtica transformación en la filosofía de trabajo, en la que es necesario incorporar la flexibilidad como factor que permitirá adecuar las actividades a las necesidades de cada persona.

Además, el fomentar que las personas anden, se muevan y estén activas requiere de un refuerzo en la atención. Una de las mayores dificultades para abordar el cambio cultural asociado a la eliminación de restricciones, es la percepción por parte del personal de atención directa de que dicho refuerzo en la atención se traduciría exclusivamente en un incremento del ratio de personal por residente atendido. Para dar respuesta a esta concepción de lo que supone el modelo de Centro libre de restricciones, la formación ha ido muy orientada a sensibilizar sobre la importancia de las medidas alternativas a la restricción, la necesidad de individualizar la atención al residente y la cooperación interdisciplinar en el seguimiento de los casos para obtener la mejor solución para cada uno de los casos de intervención.

La estrategia para la eliminación de restricciones se ha apoyado además en las necesarias modificaciones en el entorno, incluyendo cámaras de vigilancia, cerraduras que no se pueden abrir desde el exterior sin llave (sí desde el interior), sillas y sillones adaptados a las necesidades de los residentes (sillón relax, sillas bajas, etc.), camas con altura regulable, etc. Por otra parte se observa la conveniencia de abordar la eliminación de restricciones en módulos pequeños ya que permite una mayor vigilancia y seguimiento de los casos a la hora de eliminar restricciones.

El proceso de avance hacia un Centro libre de restricciones no ha supuesto un cambio significativo en el número de caídas, ya que únicamente una persona a las cuales se ha eliminado la restricción ha tenido una caída

En lo que se refiere a los trastornos de conducta, se ha observado que el aumento de los trastornos de conducta y/o de la agitación en algunas de las personas, no puede deberse a la eliminación de la restricción, sino por diversos factores adyacentes, como un deterioro cognitivo

muy avanzado o, que los trastornos de conducta presentes, se deben a la patología presentada por las personas.

Asimismo, el grado de deterioro funcional tan avanzado que presentaba la población a estudio, no se ha modificado por la eliminación de la restricción.

IV. BIBLIOGRAFÍA

Bases de datos consultadas: PubMed (US National Library of Medicine. National Institutes of Health), Biblioteca Portal Mayores.

Palabras clave de búsqueda empleadas: agitación, restricciones, sujeciones, Norma Libera-Ger, restricciones químicas, restricciones físicas, cinchas, barras, barandillas, antipsicóticos, MEC35, Índice Barthel, síntomas neuropsiquiátricos.

Burgueño,A,A .Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer CEOMA 25 de octubre de 2005

Burgueño,A,A Iborra Marmolejo I y col PREVALENCIA COMUNICADA DE SUJECIONES FÍSICAS. Resultado de la aplicación de un sistema de información para un benchmarking anónimo entre residencias españolas del Programa desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/boletin/2008/numero-62/art-08-05-01.pdf>

Burgueño A.A. Atar para cuidar. 2005

Capezuti, E., Evans, L., Strumpf, N., & Maislin, G. (1996). Physical restraint use and fall in nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society*.

Del Río Sevilla M. et al. Restricciones físicas en pacientes ancianos Hospitalizados. Perfil de los pacientes y motivos de su uso.

3er premio nacional de enfermería “ Juan Ciudad” Granada.

Documento técnico SEGG Nº3 . (2003)Hacia una cultura sin restricciones: las restricciones físicas en ancianos institucionalizados.

Grupo de trabajo Julio 2003

Fariña López, E.; Estévez Guerra, G.J. La restricción física de los pacientes siglos XIX y XX. Revista Rol de Enfermería 2011 ; 34(3) : 182-189

Fossey J, Ballard C, Juszczak E, James I, Alder N, Jacoby R, Howard R. (2006). Effect of enhanced psychosocial care on antipsychotic use in nursing home residents with severe dementia: cluster randomised trial.

BMJ. 2006 Apr 1;332(7544):756-61.

Gulpers JM y col. (2010). Belt restraint reduction in nursing Homes: design of a quasi – experimental study. BMC Geriatrics 2010, 10:11

Gurvich T, Cunningham JA. (2000) Appropriate use of psychotropic drugs in nursing homes. Am Fam Physician. 2000 Mar 1;61(5):1437-46.

Hughes R. 2008 Chemical restraint in nursing older people. Nurs Older People 2008;20(3):33-8.

Kwasny P, Hagen B, Armstrong-Esther C. (2006) Use of major and minor tranquilizers with older patients in an acute care hospital: an exploratory study. J Adv Nurs. 2006 Jul;55(2):135-41.

Ljunggren, G. Phillips, CD. Sgadari, A. Comparisons o frestraint use in nursing homes in eighth contraes. Age and Ageing (1997); 26-S2:43-47

Passmore AP, Crawford VL, Beringer TR, Fullerton KJ, McCaffrey PM. (1996). Neuroleptic prescribing in residents of nursing homes. Geographical differences make extrapolation difficult. BMJ. 1996 Jun 29;312(7047):1667.

Rev Esp Geriatr Gerontol. 2008;43:208-13

Schweizer AK et al. Is psychoactive medication usage in care homes related to staffing levels? International Journal of Pharmacy Practice 2003;11:R42

Urrutia A. y col. Fundacion Cuidados Dignos: Norma Libera –ger (2010)

Voyer P, Verreault R, Mengue PN, Laurin D, Rochette L, Martin LS. Managing disruptive behaviors with neuroleptics: treatment options for older adults in nursing homes. J Gerontol Nurs. 2005 Nov;31(11):49-59.

Woo, J., Hui, E., Chan, F., Chi, I., Sham, A (2004).USE OF RESTRAINTS IN LONG-TERM RESIDENTIAL CARE FACILITIES IN HONG KONG. *The Journals of Gerontology*; Sep 2004; 59A, 9; 921-923

En calidad de guardador de hecho, D/Dña:.....
En....., a..... de.....de 20.... Firmado.....

ANEXO II. THE NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY NURSING HOME VERSION

FECHA										
	FxS	Trastorno	FxS	Trastorno	FxS	Trastorno	FxS	Trastorno	FxS	Trastorno
SÍNTOMAS NEUROPSIQUIÁTRICOS										
Delirios										
Alucinaciones										
Agitación										
Depresión/ Disforia										
Ansiedad										
Euforia/ Júbilo										
Apatía/ Indiferencia										
Desinhibición										
Irritabilidad/ Labilidad										
Conducta motora sin finalidad										
SÍNTOMAS NEUROVEGETATIVOS										
Sueño										
Apetito y hábitos de alimentación										
SÍNTOMAS EXTRAPIRAMIDALES										
Rigidez										
Temblor										
Otros										
TOTAL										

Frecuencia (F): 0= no presente; 1= ocasionalmente; 2= a menudo; 3= frecuentemente; 4= muy frecuentemente.

Severidad (S): 1= leve; 2= moderada; 3= grave

Trastorno ¿cuánto le parece que perturba ocupacionalmente este comportamiento? 0= nada; 1= mínimamente; 2= ligeramente; 3= moderadamente; 4= severamente; 5= muy severamente o extremadamente.

ANEXO III. INVENTARIO DE AGITACIÓN DEL ANCIANO DE COHEN-MANSFIELD (IAACM)

Introducción: Puntúe los comportamientos tal y como hayan ocurrido durante su turno o a lo largo de las últimas dos semanas, basándose en la siguiente escala de comportamientos agitados:

1	Nunca
2	Menos de una vez por semana
3	Una o dos veces por semana
4	Varias veces por semana
5	Una o dos veces al día
6	Varias veces al día
7	Varias veces por hora
8	Ocurriría en caso de no prevenirlo (por ejemplo, deambularía sin propósito de no ser contenido)
9	No valorable (por ejemplo, no puede deambular porque no tiene capacidad para ello o no puede mover la silla de ruedas)

- Si el comportamiento es contenido durante parte del tiempo, estime con qué frecuencia ocurriría de no contenerse.
- No tenga en cuenta conductas inusuales que pueden ser claramente comprensibles por la situación.

1. Deambulación y marcha sin propósito	
2. Vestirse y desvestirse de forma inapropiada	
3. Escupir (incluyendo cuando está comiendo)	
4. Decir tacos o agresividad verbal	
5. Petición constante de atención o ayuda injustificadamente	
6. Repetición de frases y preguntas	
7. Golpear (incluso a sí mismo)	
8. Pegar patadas	
9. Agarrar a personas o a cosas de forma inapropiada	
10. Empujar	
11. Tirar cosas	
12. Hacer ruidos extraños	
13. Gritar	
14. Morder	
15. Arañar	
16. Intentar irse a otro sitio	
17. Tirarse al suelo intencionadamente	
18. Quejarse	
19. Negativismo	
20. Comer o beber sustancias inadecuadas	
21. Hacerse daño a uno mismo o a otros	
22. Hacer cosas inapropiadas	
23. Esconder cosas	
24. Almacenar cosas	
25. Romper o destrozar cosas	
26. Realizar manierismos de repetición	
27. Hacer proposiciones sexuales verbalmente	
28. Hacer proposiciones sexuales físicamente o mostrar genitales	
29. Agitación general	
30. Hacer movimientos raros o muecas	