



TRABAJO FIN DE GRADO DE TRABAJO SOCIAL

TFG

**Trabajo monográfico sobre el análisis de los
Modelos en Cuidados de Demencias sin
Sujeciones**

Autora: Rita María Rodríguez Pérez

Fecha de presentación: 19 de julio de 2015

Tutora Universitaria: María del Carmen Benítez Ramírez



Índice

Índice	2
1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	5
2.1 Clasificación de las contenciones.....	15
2.2 Consecuencias del uso de las sujeciones.....	16
2.3 Distinción entre la autonomía como capacidad y autonomía como derecho...17	
2.4 Marco normativo	18
2.5 El modelo vida y persona de fundación cuidados dignos (libera-care).....20	
2.6 El modelo asistencial libre de sujeciones de fundación maría wolff	23
2.6.1 Proceso de implantación del modelo	25
2.6.2. Detalles de proceso de implantación del modelo	25
2.7. Modelo centrado en la persona	27
2.7.1 Beneficios descritos en los centros y servicios con modelos de atención centrados hacia las personas.....	32
2.8 Competencias y funciones profesionales del Trabajo Social	35
3. OBJETIVOS	37
3.1 Objetivo general.....	38
3.2 Objetivos específicos.....	38
4. METODOLOGÍA: INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS DE ANÁLISIS	38
5. DESARROLLO DE LA REVISIÓN	40
6. VALORACIÓN PERSONAL, AUTOEVALUACIÓN Y SUGERENCIAS.....	50
7. BIBLIOGRAFÍA.....	57

1. INTRODUCCIÓN

El trabajo monográfico que se presenta y que tiene por nombre **Modelos en Cuidados de Demencias sin Sujeciones**, es un análisis de fuentes documentales. Se profundiza, sobre las ventajas e inconvenientes del uso de las no contenciones en centros de mayores con incapacidad física o psíquica y el riesgo de sufrir caídas o deambulaciones no deseadas.

El uso de sujeciones generalizado, está asociado a un modelo de intervención que limita las medidas de prevención de caídas, al uso de sujeciones y a la vigilancia de las auxiliares o gerocultoras.

En varios centros de España se están llevando a cabo proyectos que limitan las contenciones a casos muy extremos, asumiendo responsablemente el riesgo de caídas que esto supone, pero valorando concienzudamente los beneficios para el bienestar y la dignidad de la persona.

El documento explicará en qué estudios se basa dicha técnica, sus beneficios, posibles riesgos y como afecta este cambio de actuación al funcionamiento de un centro o residencia de mayores, así como, la función a desempeñar por el trabajador social en este proceso.

El objetivo primordial es profundizar en las fuentes existentes, para poder valorar si dicha técnica persevera en la dignidad del mayor, como consecuencia de mantener su autonomía, pero teniendo en cuenta, que la prioridad siempre será su seguridad e integridad física y la prevención de las caídas.

Una vez se analizan los documentos del estudio, se manifiesta la intención de la alumna de presentar una línea de trabajo desde el trabajo social en un ámbito multidisciplinar, donde la labor fundamental del trabajador social será velar por los intereses del residente, siendo partícipe de lo complejo del proyecto y valorando como miembro del equipo su viabilidad y pertenencia, desde una atención integral centrada en la persona que garantice su dignidad y sus derechos.

Dada la innovación del proyecto, la alumna en este documento, se centrará en analizar su viabilidad a través de los datos y estudios publicados por los pioneros o

defensores de esta técnica, para posteriormente aproximarlos a los fundamentos metodológicos del Trabajo Social.

De esta premisa parte el desarrollo del Trabajo Fin de Grado que se presenta. Se ha elegido el trabajo monográfico de revisión de literatura científica y/o fuentes documentales por ser la modalidad más adecuada para profundizar en la temática seleccionada y por la innovación de la misma, ya que requiere de grandes cambios de actuaciones y paradigmas asistenciales que incluye, por una parte, la prevención de caídas y por otra, una intervención psicosocial compleja dejando abierta con este documento la posibilidad de un posterior proyecto de intervención si fuera preciso.

Por lo tanto, la finalidad en este trabajo monográfico surge de la inquietud de la alumna por conocer los nuevos avances científicos y de intervención relacionadas con la profesión de Trabajo Social, que se llevan a cabo en esta área de mayores, donde la esperanza de vida sigue aumentando cada década, pero no se ha logrado disminuir las enfermedades crónicas asociadas a este envejecimiento, responsables de causar los cambios fisiológicos que multiplican el riesgo de sufrir caídas. En este documento se profundizará, en aquellas personas que residen en centros de mayores y tienen limitada su capacidad de autogobierno.

El envejecimiento de la población se convierte en el gran reto de todas las sociedades y esta realidad a su vez, convierte al Trabajo Social en una profesión indispensable en este reto, siendo necesario todo conocimiento de cambios de modelos asistenciales y de intervención, donde se empleen técnicas modernas que conlleven al bienestar y aumentar la calidad de vida de los mayores. Es por lo que este trabajo de fin de grado, refleja desde su fundamentación teórica, la intención de contribuir a engrandecer la disciplina del Trabajo Social que debe estar siempre a la vanguardia de los progresos y tiene como objetivo fundamental, procurar el máximo bienestar de nuestros usuarios.

2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Cuidados de demencias sin contenciones

“Yo no he cometido ningún delito, no tengo por qué estar atado”.

José R. (2013), paciente diagnosticado de demencia senil.

Actualmente España sigue un modelo de cuidados donde el uso de sujeciones físicas y químicas en centros de atención a personas mayores suele ser una práctica bastante frecuente (Wolff 2014). Los estudios realizados sobre este tema son escasos, no obstante, estos coinciden en la alta tasa de prevalencia en el uso de estos dispositivos en comparación con otros países como Japón, Estados Unidos, Austria, Dinamarca, Alemania y Países Bajos.

Todos estos países poseen legislación restrictiva en cuanto al uso de sujeciones en centros de personas mayores, situando a España en una media superior de un 23% con respecto a estos otros en el uso de esta medida. (Torrezuri 2007).

La causa principal de que esto suceda es porque nuestro Estado no posee ningún tipo de legislación específica que regule su aplicación, aunque en el ámbito de los servicios sociales autonómicos se han desarrollado diferentes leyes y decretos que hacen referencia explícita a las sujeciones físicas, limitando su uso.

La entidad pionera en trabajar en programas par eliminar las sujeciones en los centros residenciales, ha sido la Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA 2003), con el Dr. Antonio Burgueño como responsable del programa “Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer” en el año 2003. CEOMA, es una organización sin ánimo de lucro creada para la defensa de los derechos de las personas mayores.

Para poder tener un marco conceptual del anciano se hace referencia a la afirmación que de él hace Asunción Cívicos (2013), *“La vejez o envejecimiento, entendido como un proceso evolutivo del desarrollo del ser humano, es un fenómeno multidimensional y biopsicosocial con importantes implicaciones e influencias socioculturales, políticas, económicas, ecológicas y medioambientales, además de condiciones y circunstancias individuales, fisiológicas, biológicas, psicológicas,*

emocionales, afectivas y otras de mayor transcendencia como la dimensión religiosa o la espiritual.” (Cívicos, 2013).

Después de este concepto se hace preciso diferenciar entre vejez y envejecimiento por lo que siguiendo a la RAE, **vejez hace referencia** *“al periodo último de decadencia fisiológica en la vida de los organismos”*. De este modo, la vejez se considera una edad de la vida mientras que **por envejecimiento entendemos** el proceso de envejecer. El envejecimiento es el proceso vital por el cual las personas sufren cambios a medida que aumenta su edad. Como afirma Rocío Fernández-Ballesteros, *“las personas mayores son un grupo de edad y el envejecimiento es el proceso a través del cual se envejece o, en otras palabras, implica el paso del tiempo por el individuo”* (Fernández, 2010, p .105).

Teniendo en cuenta estas afirmaciones se llega a la conclusión de que el envejecimiento conlleva necesariamente a un deterioro continuo y progresivo.

Siguiendo a (González et al.,2014 p.17), la genética es el factor determinante de cómo se envejece, sin embargo, se estima que sólo el 30% del envejecimiento físico puede ser atribuido a factores genéticos, por otro lado, se cree que a medida que se envejece la importancia de la genética es cada vez menor. Determinantes de cómo se vive (estilos de vida) y dónde se vive (ambiente) son factores muy importantes a tener en cuenta en este proceso.

Existen múltiples clasificaciones que tratan de agrupar distintas formas de envejecer que de alguna medida suelen coincidir con distintas edades. La Asamblea Mundial del Envejecimiento, realizada en Viena en 1982, denomina anciano a toda persona mayor de 60 años. Aunque las sociedad moderna tiende a definir la vejez en términos de edad cronológica definida a los 65 años, coincidiendo esta con la edad de la jubilación. Si embargo desde el 2010, se establece en España la edad de jubilación a los 67 años, aunque este concepto variará según los países, de las profesiones e incluso del sexo, (González et al., 2014 p.19).

Por tanto, se podría definir la vejez siguiendo el parámetro de la edad de jubilación, aunque estando este orientado al momento y/o a la sociedad en la que se vive.

Continuando con las afirmaciones de (González et al., 2014 p.19) actualmente la edad media de longevidad esta situada entre 78 años en los hombres y 83 años en las mujeres por lo que si se tiene en cuenta la expectativa máxima de vida de la especie humana que está en torno a los 100-115, se tiene más de 50 años como potencial de vejez. Con lo cual este sería el periodo de edad más prolongado dentro de todo el ciclo vital (infancia, adolescencia y edad adulta).

Algunos autores plantean subgrupos de mayores:

- Neugarten (1975) establece 2 categorías:
 - Jóvenes viejos, que se establece en 55-75 años.
 - Viejos-viejos a partir de los 75 años.
- Riley (1988) amplía los rangos con una tercera categoría:
 - Los muy viejos a partir de los 85 años (también denominado cuarta edad).

Pero **los gerontólogos** han llamado la atención sobre el envejecimiento funcional y para poder trabajar debidamente el proceso de envejecimiento y poder evaluar a las personas mayores a través de biomarcadores de longevidad, han hallado marcadores de envejecimiento psicológico (capacidad de aprendizaje, tiempos de reacción y rapidez motora). Desde esta clasificación se esbozan dos formas de envejecimiento:

1. *Envejecimiento primario: personas mayores con funcionalidad óptima, buena salud y autonomía funcional.*
2. *Envejecimiento secundario: alto deterioro, mala salud, baja autonomía y amplio nivel de fragilidad.*

Del mismo modo, **la OMS** establece la siguiente clasificación:

1. *Envejecimiento patológico.*
2. *Envejecimiento normal.*
3. *Envejecimiento activo o positivo: que sería el envejecimiento deseable y hacia el que se orientarían las políticas públicas.*

Respecto al funcionamiento cognitivo, es decir, aquellas funciones o procesos por los que el individuo recibe, almacena y procesa información relativa a uno mismo, a los demás y al entorno, comprende aptitudes intelectuales, memoria y capacidad de aprendizaje. Se establece la clasificación por la **Functional Assesment Staging (FAST)**. Reisberg, (1985).

1. Sin deterioro cognitivo: las capacidades funcionales en las áreas ocupacional, social o familiar permanecen intactas (como hace 5 o 10 años).
2. Deterioro cognitivo muy leve: dificultad para recordar citas, nombres, ubicación de objetos etc. Cambios no evidentes para los familiares y compañeros de trabajo.
3. Deterioro cognitivo leve: comienza a olvidar citas importantes, presenta dificultad para realizar tareas psicomotoras complejas, abandona determinadas actividades sociales y ocupacionales, a pesar de que el déficit en esas áreas pueden no ser evidentes durante mucho tiempo. Aunque clínicamente sutiles, estos síntomas pueden alterar la vida del enfermo, e incluso llevarlo a la consulta del especialista por primera vez.
4. Deterioro cognitivo moderado: presenta dificultades en la realización de tareas complejas (financieras, organización de actividades domesticas etc.).Olvida detalles importantes de su vida diaria y aunque mantiene su independencia como asearse o elegir su ropa, en determinadas ocasiones se observan déficits que alertan a la familia.
5. Deterioro cognitivo grave: la persona presenta dificultad para vestirse, olvida el aseo personal. Aparece también en esta etapa la agresividad o la incontinencia urinaria que pueden llevar al paciente a la institucionalización.
6. Deterioro cognitivo muy grave: La capacidad del lenguaje se limita a un vocabulario máximo de seis palabras, hay pérdida de la capacidad deambulatorio y pérdida de la capacidad para sentarse. En esta etapa también se pierde la capacidad para sonreír, entrando en las últimas fases de la enfermedad en estupor y coma.

Es preciso puntualizar tras lo expuesto que el envejecimiento no siempre irá unido a discapacidad, pero en los casos en que esto suceda serán medidos a través de las "Actividades de la Vida Diaria" y podríamos definir las AVD como las actividades que los seres humanos hacemos cotidianamente como asearnos, vestirnos, alimentarnos o desplazarnos de un lugar a otro.

Por lo tanto, la definición que nos da la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA), 2008 sobre **las actividades de la vida diaria** es la siguiente:

"Los componentes de la actividad cotidiana comprendidos en las actividades de autocuidado, trabajo y juego/ocio". AOTA, (2008).

Clasificamos las actividades que realizamos todos los seres humanos en tres grupos:

1. AVD Básicas (AVDB): son aquellas que hacen referencia al autocuidado y a la movilidad.

- Movilidad (caminar, subir-bajar escaleras, mantenerse en pie...)
- Alimentación
- Vestido
- Baño
- Higiene personal (Bucal y facial, afeitado y peinado)
- Incontinencia (Vesical y anal)

2. AVD Instrumentales (AVDI): actividades que realizamos para interaccionar con nuestro entorno más inmediato.

- Cuidado de la casa/habilidades domésticas (Lavar platos, hacer cama...)
- Preparación de alimentos.
- Manejo de medios de comunicación (teléfono, escritura...)
- Manejo de dinero
- Manejo de transportes
- Manejo de medicación
- Manejo de medios sociales y sanitarios

3. AVD Volitivas (AVDV): son, a grandes rasgos, aquellas actividades relacionadas con el trabajo y el tiempo libre.

Por lo tanto, las personas de edad que han perdido su autonomía pasan a formar parte de una población dependiente con un nuevo derecho ante la **Ley 39/2006, de 14 de diciembre**, es un derecho universal, subjetivo y perfecto: **el derecho a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia**, mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) (artículo 1).

Dicha ley garantiza atención y cuidados a las personas que requieran apoyos para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria, perteneciendo esta ley a un marco normativo y legislativo que aporta derechos al anciano y que se desarrollará de forma más extensa posteriormente en el documento.

Por lo que haciendo referencia a la citada ley, se define como **Dependencia** (definición de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre), al estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, necesitan ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria, o en el caso de personas con dificultad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.

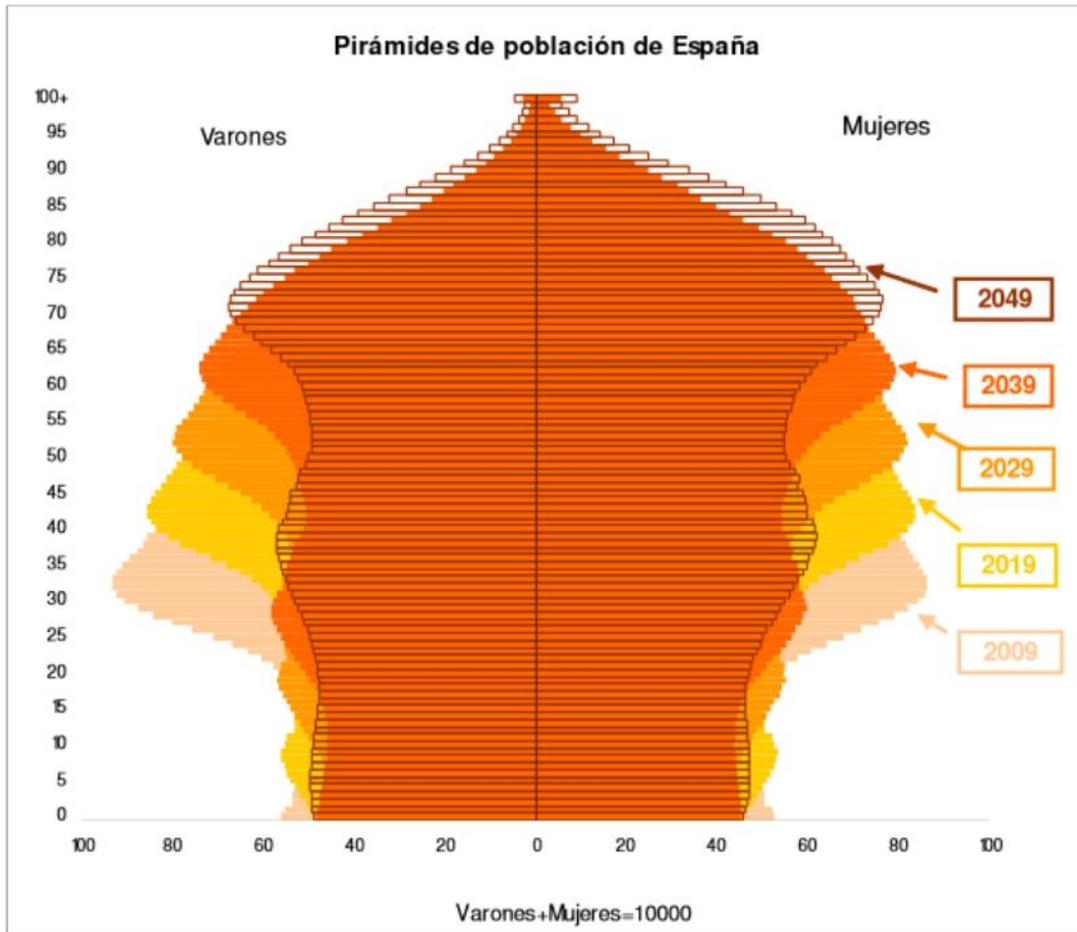
- La situación de dependencia se evalúa en grados o niveles de gravedad:

GRAN DEPENDENCIA - Grado III Niveles 1 y 2. DEPENDENCIA SEVERA- Grado II Nivel 1. DEPENDENCIA SEVERA- Grado II Nivel 2. DEPENDENCIA MODERADA - Grado I Nivel 1. DEPENDENCIA MODERADA – Grado I Nivel 2.

Tras estas consideraciones sobre la vejez, el envejecimiento, sus formas y clasificaciones se hace necesario seguir el análisis demográfico que se ocupa de medir y explicar la dinámica de las poblaciones observando los factores de cambio y sus consecuencias sobre el número y características de los individuos en un momento determinado (Vinuesa y Moreno, 2000, p.55). Por lo tanto, las proyecciones demográficas sobre el aumento del número de personas mayores y los avances en la tecnología e investigación en medicina, hacen predecir una mayor longevidad en los

próximos años. La pirámide poblacional se ha invertido, existiendo un mayor número de ancianos por el aumento de esperanza de vida y de los cuidados sanitarios y sociales que estos disfrutan como se demuestra en la imagen inferior donde se muestra la progresión desde el año 2009 hasta el 2049.

Fig. 2.1 PIRÁMIDE DE POBLACIÓN DE ESPAÑA



Fuente: INE, Pirámides de población española 2009 a 2049

Este aumento en la edad de la población, supone una serie de cambios que han de reflejarse en las políticas sociosanitarias y en las profesiones relacionadas con este sector, para de este modo lograr adaptar los servicios, a las necesidades de la sociedad en las diferentes etapas del ciclo vital. Desde el Trabajo Social con personas mayores se interviene desde un enfoque integral, multidisciplinar y biopsicosocial. Por este motivo desde la visión del envejecimiento y la vejez, Cívicos (2013) considera la existencia de dos paradigmas “El Paradigma Tradicional” y “El Nuevo Paradigma”.

Desde el paradigma tradicional se tiene una visión negativa de la vejez, pues se le asocia con la enfermedad, la dependencia, la pérdida de capacidades, de habilidades y a la muerte, mostrando por tanto este paradigma, una actitud paternalista y patogizante de la misma.

Sin embargo, el nuevo paradigma aboga por la vejez como una etapa más de la vida, del ciclo vital en la que las personas mayores desempeñan nuevos roles y se valora su aporte social, familiar, afectivo, de participación, etc. Como plantea CEPAL (La Comisión Económica para América Latina y el Caribe) 2011, este nuevo enfoque promueve que los mayores sean sujetos de derecho, no solamente beneficiarias, sino disfrutando de ciertas garantías como su familia y su sociedad en su entorno inmediato. Se detalla a continuación las diferencias más significativas de ambos paradigmas.

Tabla 2.1 COMPARATIVA PARADIGMA TRADICIONAL Y EMERGENTE

PARADIGMA TRADICIONAL	PARADIGMA EMERGENTE
Las personas mayores son concebidas como beneficiarias de la asistencia social.	Las personas mayores son concebidas como sujetos de derecho.
Se reproducen prácticas heterónomas.	Se impulsan procesos de autonomía.
Los roles sociales que las personas mayores pueden desempeñar son restringidos.	Las personas mayores tienen oportunidades para desarrollarse como individuos y contribuir a su sociedad.
Se aplica una perspectiva homogeneizante sin considerar las bases de diferenciación social.	Se promueve un tratamiento especial para las personas mayores en razón de la edad.
La igualdad formal no considera que la edad pueda dificultar el disfrute de los derechos.	Se busca eliminar las barreras jurídicas, institucionales y físicas que limitan la igualdad en la vejez.
Se produce una segregación generacional en la vida privada y pública.	Se fomenta la solidaridad generacional como un proyecto de largo plazo.

Fuente: CEPAL, 2011

Una vez desarrollados los paradigmas emergentes en los que se impulsan los procesos de autonomía y se promueve un tratamiento especial para las personas mayores en razón de su edad y situación, se destacan los motivos principales por los que se utilizan sujeciones en los cuidados de los mayores siguiendo el paradigma tradicional paternalista de los cuidados.

Las sujeciones están indicadas principalmente en la prevención de las caídas, en la reducción de riesgo tanto para el propio mayor como para el que le rodea y para mantener la postura anatómica adecuada. Aunque durante años se ha justificado su práctica argumentando que su utilización previene el estado de confusión y agitación en personas con demencias, elimina las conductas de vagabundeo, impide movimientos repetitivos, consigue vencer la resistencia a tratamientos y/o alimentación, controla el riesgo ante alteraciones del sueño o cumple el deseo explícito de familiares. Con el paso del tiempo se ha demostrado que su utilización acarrea problemas y disminuye la calidad de vida de la persona como puede ser la aparición de úlceras por presión, incontinencia, trastornos conductuales, inmovilidad, atrofia muscular, etc. Así se manifiesta, (García García & Beltrán Aguirre, 2012).

Siendo conscientes de que el uso de las sujeciones forma parte del cuidado de los mayores debido a su discapacidad, nos centraremos en este documento tan solo al uso que se hace en las residencias, teniendo en cuenta la definición que hace La Organización Mundial de la Salud de la **Discapacidad** como: *“Toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal, para un ser humano “*. OMS (2002).

La discapacidad puede revestir la forma de una deficiencia física, intelectual o sensorial, una dolencia que requiera atención médica o una enfermedad mental. Tales deficiencias, dolencias o enfermedades pueden ser de carácter permanente o transitorio.

Para prevenir caídas en personas con estas dolencias, se les limita sus movimientos a través de sujeciones, entendiéndose por sujeciones la definición de Miles & Meyer 1994 como: *“se entiende por sujeciones físicas la intencionada limitación de la libertad de movimientos de una persona, o su actividad física, o el normal acceso a cualquier parte de su cuerpo, con cualquier método físico aplicado sobre ella, o adyacente a ella, del que no puede liberarse con facilidad”* (Miles & Meyer, 1994).

Son ejemplos todo tipo de cinturones, muñequeras, bodies o (“pijamas Alzheimer”), sábanas fantasma y medios de atrapamiento mecánico como mesas o sillones volcados. Se excluyen de esta definición las barandillas de las camas.

Según Olazarán (2014), en torno a la mitad de las personas con demencia institucionalizada en España han sufrido el uso de sujeciones físicas por periodos más o menos largos de tiempo. Y eso, a pesar de que la medida haya quedado obsoleta: países enteros han demostrado que las sujeciones no se necesitan para ofrecer cuidados con una seguridad aceptable. Eliminar las sujeciones y a la vez mantener, o incluso mejorar la seguridad global de los centros, es posible mediante estrategias sistémicas de prevención de caídas. De la mano va la prevención y tratamiento de problemas de conducta y del ánimo, así como la implantación de culturas asistenciales amables con la persona con demencia. (Olazarán, 2014).

En esta afirmación se basará el documento monográfico donde se analizarán los programas de acreditación “Cuidados de Demencias Sin Sujeciones”.

La importancia del uso de las contenciones viene determinada porque puede afectar a algunos derechos fundamentales de la persona, como la libertad y algunos principios básicos como la dignidad, la autonomía, la autoestima y el bienestar personal, además de los problemas de salud mencionados y otros problemas que pueden desencadenar en accidente, laceraciones, estrangulamientos, desgarros, asfixia, dolor, fuerte agitación y delirium en las personas en las que se utilizan. Cuando se utilizan de forma continuada producen atrofia y pérdida de la masa muscular y deterioro funcional. (Matia, 2012).

Por otro lado como se ha mencionado anteriormente en España no existe un marco normativo o legislativo específico y claro, que regule o limite su uso, aunque en el ámbito de los servicios sociales autonómicos se han desarrollado diferentes leyes y decretos, estableciendo límites a su uso como por ejemplo Cantabria, Generalitat Valenciana, Cataluña, Navarra, Baleares, Asturias y La Rioja. En el caso de la Comunidad Autónoma Canaria no existe en la actualidad ningún decreto que regule o limite esta práctica. Esto hace que en ocasiones el uso de las mismas quede a la libre elección de los profesionales encargados de la asistencia, por lo que el marco

normativo que determina los derechos de las personas mayores se abordará posteriormente en el documento.

Con el propósito de profundizar en la metodología empleada en diferentes centros de España en donde se llevan a cabo unos modelos de cuidados sin sujeciones, se definen previamente los diversos términos utilizados para la inmovilización según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, en donde se exponen como:

Sujeción: Acción de sujetar. Unión con la que está algo sujeto de modo que no pueda separarse, dividirse o inclinarse.

Contención: Acción y efecto de contener. Sujetar el movimiento de un cuerpo.

Restricción: Acción y efecto de restringir.

Tras definir los diferentes conceptos que permiten al lector conocer las acciones que limitan la movilidad y autonomía de las personas, se describe la clasificación que de ellas se hacen según su aplicación.

2.1 CLASIFICACIÓN DE LAS CONTENCIONES.

Atendiendo al criterio utilizado para ello Matia (2012) las divide en:

1. *Según sus métodos de aplicación pueden ser:* físicas o mecánicas y químicas o farmacológicas.
2. *Atendiendo a los diferentes dispositivos, equipos o utensilios utilizados:* muñequeras, tobilleras, cinturón abdominal o pelviano, peto torácico, cinturón de cama, barandillas de cama, sábanas etc.
3. *En función del carácter temporal con que se apliquen se dividen en;*
 - a) Agudas o esporádicas aquellas que se utilizan de forma excepcional puntual en determinados momentos porque la persona sufre un episodio agudo de agitación o excitación (en general menos de 2-3 días).
 - b) Crónicas o permanentes que se pautan por tiempo superior a 3 días y que en muchos casos no se revisan o limitan y pasan a forma indefinida.
1. *Con arreglo a la aceptación o no de la persona se clasifican en:* voluntarias e involuntarias.

En los últimos años **las sujeciones químicas** han adquirido una popularidad creciente siendo los grupos farmacológicos más utilizados los que actúan sobre el Sistema Nervioso Central, es decir; Benzodiazepinas, neurolepticos, hipnóticos/sedantes, antidepresivos y antiepilépticos.

Está considerado por el Instituto Gerontológico de la Fundación Matia (2012), que el uso de psicofármacos independientemente del grupo a que pertenezca, si limitan o restringen la movilidad y comprometen las actividades de la vida diaria, así como el funcionamiento mental, con el objetivo de controlar una conducta inadecuada o molesta y siempre que no tenga su base en un trastorno psiquiátrico o médico diagnosticado, se considerará sujeción química.

Según (Hughes, 2008), las restricciones químicas tienden a utilizarse más en hombres que en mujeres y así mismo tienden a utilizarse en personas con deterioro cognitivo, personas en centros psicogeriátricos, personas en estado de soledad y en las que reciben pocas visitas.

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

Hughes también afirma, que los estudios indican altos niveles de fármacos asociados con restricción química en centros residenciales, por tanto, entre 28% y el 73% de los residentes tenían prescrito un neuroleptico. Concluyendo que sólo un tercio de estas prescripciones eran tratamientos adecuados, (Hughes, 2008).

2.2 CONSECUENCIAS DEL USO DE LAS SUJECIONES.

Según Burgueño (2005), estas son las consecuencias del uso continuado de restricciones físicas en personas mayores:

- Físicas:
 - 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 estas tengan como consecuencia lesiones más graves, aunque la experiencia ha demostrado que el hecho de estar atado no reduce este riesgo.

Dada la importancia de la autonomía en las personas en este documento se procede a hacer la siguiente aclaración.

2.3 DISTINCIÓN ENTRE LA AUTONOMÍA COMO CAPACIDAD Y AUTONOMÍA COMO DERECHO.

Según López Fraguas y Cods (2004):

- La autonomía como capacidad se refiere al conjunto de habilidades que cada persona tiene para hacer sus propias elecciones, tomar sus decisiones y responsabilizarse de las consecuencias de las mismas. La autonomía se aprende, se adquiere mediante su ejercicio, mediante su aprendizaje que proviene de uno mismo y de la interacción social. Se trata, así pues, de un ejercicio directo de las propias personas y desde su propio control que se aprende.
- La autonomía como derecho hace referencia a la garantía de que las personas, al margen de sus capacidades, pueden desarrollar un proyecto vital basado en su identidad personal y tener control sobre el mismo. En el caso de personas con grave afectación, el ejercicio del derecho a su autonomía suele ser indirecto, es decir mediado por otros y a través de los apoyos precisos.

Las personas deben de tener derecho a expresar sus preferencias y que estas sean respetadas en la medida de lo posible. En el caso de personas con deterioro cognitivo u otras alteraciones psico-emocionales, la observación cotidiana de la persona y de sus reacciones ante las distintas situaciones de actividad y cuidados, sirve para conocer como la persona muestra aceptación o rechazo ante lo que se le va

proponiendo. Para ello, es preciso que los equipos técnicos conozcan a la persona y existan oportunidades para entender sus deseos. (Martínez, 2011).

Se hace imprescindible la figura de una persona de referencia en el centro que vele por sus derechos y sus preferencias, además de cumplir importantes funciones relacionadas con generar seguridad y lazos de confianza desde un punto de vista individualizado. El trabajador social bajo su paradigma, será el encargado de proporcionar a la persona, el apoyo necesario para que esta pueda continuar desarrollando su proyecto vital, por lo tanto, es sumamente necesario conocer que derechos en nuestra normativa amparan a los mayores.

2.4 MARCO NORMATIVO

Los derechos de las personas con deterioros físicos y cognitivos que se han de tener en cuenta en una institución o centro de mayores quedan reflejados en la normativa que se detalla a continuación:

- La Constitución Española. 1978. Art 1.1 “Derecho a la libertad”. Art. 10 “Derecho a los principios de la dignidad humana y libre desarrollo de la personalidad “.Art.15 “Derecho a la integridad física y moral y a no sufrir tratos inhumanos o degradantes”. Art. 17 “Derecho a la libertad física”.
- Carta Europea de los derechos y de las responsabilidades de las personas mayores que necesitan atención y asistencia de larga duración. (Carta de los derechos fundamentales de la UE.). Artículos, (1, 3, 21, 25, 26, 35).
- Ley 39/2006 sobre Promoción de la Autonomía y Atención a las Personas en situación de Dependencia.
- Plan de Acción para las Personas Mayores (2003-2007), política integral para la mejora de las condiciones de vida de las personas de edad y los recursos necesarios para ello.
- España RD 428/1999 se refiere al Envejecimiento Participativo y a la Creación y Regulación del Consejo Estatal de Personas Mayores.
- Resolución 46/1991 de 16 de diciembre de la Asamblea General de las Naciones Unidas en la que se aprueban los “Principios de las Naciones Unidas a favor de

las personas de edad”: logro de la independencia, participación en la sociedad, cuidados adecuados a sus necesidades, autorrealización y el respeto por su dignidad.

- I Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en 1982, Viena. Impulso importante de las políticas sociales a favor de las personas mayores. Plan de acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento.
- II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento 2002 Madrid. Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Tres direcciones prioritarias: las personas de edad y el desarrollo; la promoción de la salud y el bienestar en la vejez, y el logro de entornos emancipadores y propicios.
- Ley 9/1987, de 28 de abril, General de Servicios Sociales de Canarias. (Art.4.2 d).
- Ley 3/1996, de 11 de julio, de Participación de las Personas Mayores y de la Solidaridad Entre Generaciones.
- Decreto 100/1998, de 26 de junio, por el que se regula la composición y funcionamiento de la Comisión Tutelar del Mayor Legalmente Incapacitado.
- Decreto 67/2012, de 20 de julio, por el que se aprueba el Reglamento en el Ámbito de la Promoción de la Autonomía Personal y la Atención a Personas en Situación de Dependencia de Canarias.

Una vez reconocidos los derechos en cuidados dignos a que toda persona mayor está sujeta, se analizan los nuevos modelos implantados en España para mejorar la calidad de vida de las personas dependientes.

El siguiente punto que se proyecta es una parte fundamental de la totalidad del estudio monográfico que se plantea, pues se ofrece una visión amplia del Modelo Vida y Persona, profundizando en la metodología Libera-Ger como herramienta de trabajo y el Modelo Cuidados de Demencias sin Sujeciones de la Fundación María Wolff, ambos modelos tienen sus fundamentos metodológicos en el modelo de Atención Centrada en la persona, por lo que el estudio de este ultimo modelo será sumamente importante en esta monografía.

2.5 EL MODELO VIDA Y PERSONA DE FUNDACIÓN CUIDADOS DIGNOS (LIBERA-CARE)

Este modelo a analizar sigue una metodología innovadora Libera-Ger como herramienta, que trata de modificar el modelo tradicional de atención a la persona con demencia, adaptándose al centro en cuestión, independientemente de sus características arquitectónicas, tamaño o tipo de usuario, se trata por tanto de un cambio de aptitud y cultura en cuanto al cuidado de los mayores.

Fig. 2.2 GESTION DE SUJECCIONES SEGÚN LA NORMA LIBERA-GER



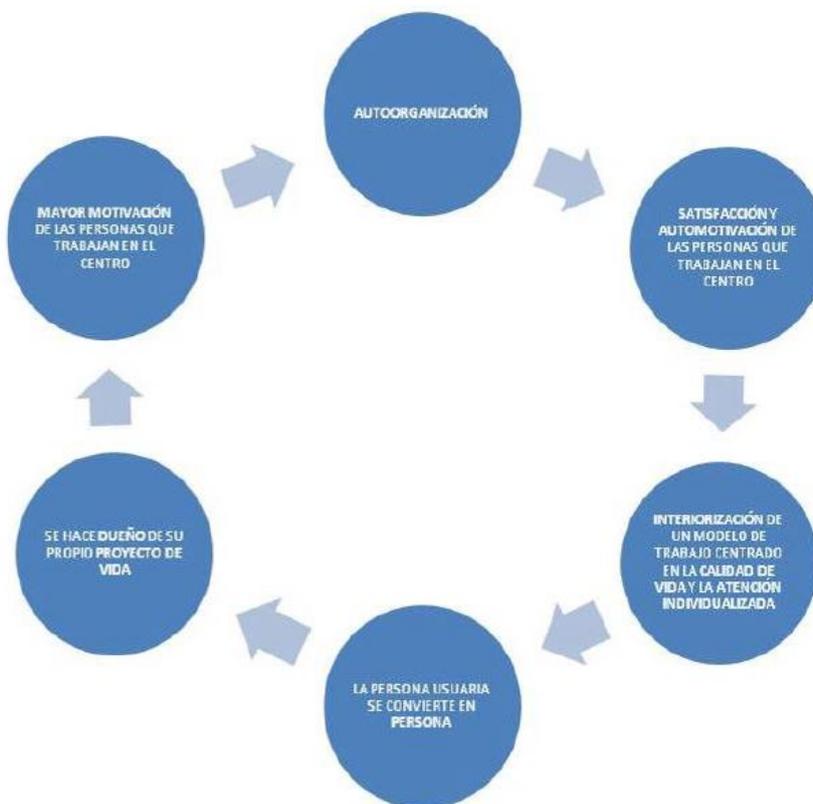
Fuente: Norma Libera-Ger

La fundación cuidados dignos (2011) es la entidad creadora e impulsora de la Norma Libera-Ger. Esta fundación nació ante la inquietud de un conjunto de profesionales del ámbito de la geriatría y la gerontología, que se oponían al excesivo uso de las sujeciones en España y el deseo de impulsar un nuevo paradigma de cuidados. Surge así un nuevo modelo de cuidado de atención e intervención centrado en la persona y sin sujeciones que abarca todos los ámbitos asistenciales y de intervención, y con este modelo se crea la norma Libera-Ger.

Según los documentos consultados, esta norma en la que se fundamenta el modelo, es la primera norma o modelo de cuidado creado en torno a la dignidad de la persona cuidada. De este modo, defienden que la calidad de vida de la persona usuaria o paciente, es el eje del modelo. Se mide la calidad de vida con una serie de indicadores prácticos teniendo como indicador más destacado, el porcentaje de uso de sujeción de las organizaciones.

Como se ha dicho anteriormente, el objetivo principal que persigue la fundación es sensibilizar y promover el desarrollo de la calidad de vida de las personas dependientes, entre los diferentes agentes sociales que les rodean como son: profesionales del cuidado, familiares y organismos públicos. Esto se hará a través de la investigación, creación y difusión, de nuevos métodos de cuidados que promuevan sus derechos fundamentales y la orientación de los centros sociosanitarios hacia el cuidado individualizado y personalizado centrado en la persona cuidada. La fundación cuidados dignos (2011) afirma, que los servicios sociosanitarios se entienden como servicios de apoyo para alcanzar el bienestar y favorecer la continuidad del proyecto de vida de cada persona usuaria. No se limitan a atender y cuidar a la persona, sino que son los elementos que ofrecen una atención integral, posibilitando que la persona planifique y decida sobre su propia vida. Estas afirmaciones hacen referencia al siguiente esquema que se expone, donde se hace referencia al Modelo Centrado en la Persona que defiende y en que basa sus actuaciones el Modelo Vida y Persona de la Fundación Cuidados Dignos.

Fig. 2.3 MODELO DE ATENCIÓN CENTRADO EN LA PERSONA (ACP)*



Fuente: Norma Libera-Ger

** El modelo de Atención Centrado en la persona del que La Norma Libera-Ger hace mención se estudiará de forma más detallada posteriormente.*

La primera residencia y centro de día donde se ha aplicado este modelo, es la residencia y centro de día Torrezuri Gernika, primer centro del estado libre de sujeciones desde el 28 de septiembre de 2006. A partir de este momento, otras residencias en España se han ido sumando a este modelo.

Según aclaraciones de la directora de dicho centro: *“Los resultados de diversos estudios médicos realizados a los residentes, mostraron una reducción del número de caídas con consecuencias graves, además de la mejora en su estado de salud con el consecuente aumento de satisfacción de sus familias”*. (Torrezuri, 2007).

Los documentos consultados aclaran que para lograr dichos cambios, es necesario contar con un equipo multidisciplinar formado incidiendo particularmente en la capacitación e implicación del equipo de trabajo responsable de los cuidados de las personas dependientes.

Los valores sobre los que se sustenta la norma Libera-Ger (2007) son: el respeto, la dignidad en los cuidados y la seguridad de las personas dependientes. Y su filosofía es: que las sujeciones deberían ser la excepción y no la regla, en consecuencia, la movilidad, su mantenimiento y potenciación debería de ser la regla de funcionamiento de las organizaciones.

Según este modelo, las sujeciones se eliminan de forma individual, una a una y para ello se necesita valorar la aplicabilidad de la medida desde las necesidades, preferencias y personalidad de la persona en cuestión. Se precisa realizar un esfuerzo dentro de la organización para cambiar la filosofía de trabajo considerando las sujeciones como última alternativa. Es necesario trabajar desde la estrategia motivando a la personas del equipo hacia ese cambio. (Cuidados Dignos 2011).

En el momento actual:

- Disponen de la Certificación “Centro No Sujeciones” de la Norma Libera-Ger 27 centros.

- Están implantando la Norma Libera-Ger en 30 Centros y han comenzado a implantar la metodología por su cuenta unas 50 organizaciones en toda España.

A través de estos datos la alumna quiere demostrar la trascendencia que este modelo a tenido en España, sumándose a esta práctica cada vez más centros de mayores en donde la atención centrada en la persona es su eje de funcionamiento porque las sujeciones se quitan individualmente, una a una y para ello es necesario tener en cuenta las necesidades, preferencias e historia de vida de la persona en cuestión. Es en este momento donde la figura del trabajador social se hace fundamental.

2.6 EL MODELO ASISTENCIAL LIBRE DE SUJECIONES DE FUNDACIÓN MARÍA WOLFF

El siguiente modelo de cuidados a personas con demencias libre de sujeciones de la Fundación María Wolff, está diseñado para potenciar la personalidad propia de cada institución, es decir, es totalmente adaptable al espacio y circunstancias propias de cada centro.

Basándose el documento en el hecho de que las sujeciones no deben usarse para prevenir caídas porque su uso da más problemas que soluciones, la fundación reconoce la presión social sobre las instituciones geriátricas para reducir y eliminar todo tipo de ataduras. (Wolff 2014).

Según Wolff (2014) existen esfuerzos legislativos para limitar su aplicación, que han dado como resultado sustituir las sujeciones físicas por sujeciones farmacológicas o sujeciones invisibles como sillones reclinados con intención de atrapar. Para la fundación promotora de este modelo, estas pseudo-soluciones, tienen efectos aún más perniciosos que las ataduras. A lo largo de la historia, se ha demostrado que la tendencia natural de las instituciones, es limitar el libre movimiento de sus usuarios, bien por precaución para evitar caídas o por falta de personal que pudiera hacerse cargo de tales deambulaciones.

Este modelo, pretende orientar a las culturas asistenciales, hacia realidades más satisfactorias para todos los implicados como pueden ser: personas con demencia, a sus cuidadores ya sean familiares o profesionales y a las instituciones que hacen

posible una atención de calidad. El procedimiento a seguir es gradual y supervisado. Requiere de unas habilidades en su procedimiento que darán como resultado unos cuidados dignos y de calidad.

María Wolff (2014) en sus afirmaciones promueve la investigación clínica de las demencias, centrándose especialmente en terapias no farmacológicas (TNTs). El objetivo primordial de la fundación es: en primer lugar, facilitar a los afectados, a sus cuidadores directos y a los profesionales, las mejores técnicas en cuidados disponibles en el panorama internacional, para de esta forma mejorar la calidad de vida de las personas con demencia.

En segundo lugar, aprender a manejar la conducta de las personas con demencia con un mínimo de fármacos y crear centros libres de sujeciones para lograr de este modo mejorar la reputación de los centros frente a los familiares y por ultimo, como consecuencia de todo ello, aumentar la ocupación de los centros donde se aplique este modelo.

Una de las bases de actuación que se sigue en su metodología de trabajo, es abogar por la revisión sistemática y meta-análisis, ya que considera que estas intervenciones, son en ocasiones más eficaces y beneficiosas que los fármacos existentes y promueven el uso racional que se hace de ellos.

Otro matiz importante a destacar en sus actuaciones, es que los cuidados de los mayores son integrales y centrados en la persona, por lo que esta disciplina de trabajo se apoya sobre protocolos, procedimientos o rutinas muy concretas que consisten según (Wolff, 2014) en:

- Dar una base de conocimientos en demencia a gran parte del personal asistencial que les permita entender y actuar de forma más inteligente frente a los retos asistenciales y de convivencia.
- Previenen, resuelven o mitigan los problemas afectivos y conductuales a veces asociados a las demencias, o por el mero hecho de vivir institucionalizadas.
- Ofrecen toda la seguridad posible mediante técnicas de prevención de caídas.

Según las fuentes consultadas, en la fundación María Wolff (2014) se respetan y posibilitan las necesidades de libertad y de movimiento de las personas de la manera

más segura posible, evitando no solo sujeciones físicas, sino también sujeciones encubiertas como: instrucciones verbales continuas para que el usuario no se levante a andar, estrategias de encajonamientos entre mesas y paredes, o el uso inapropiado de psicofármacos por conveniencia organizativa y no para su uso adecuado de todo fármaco, como es el fin de tratar problemas médicos.

2.6.1 Proceso de implantación del modelo

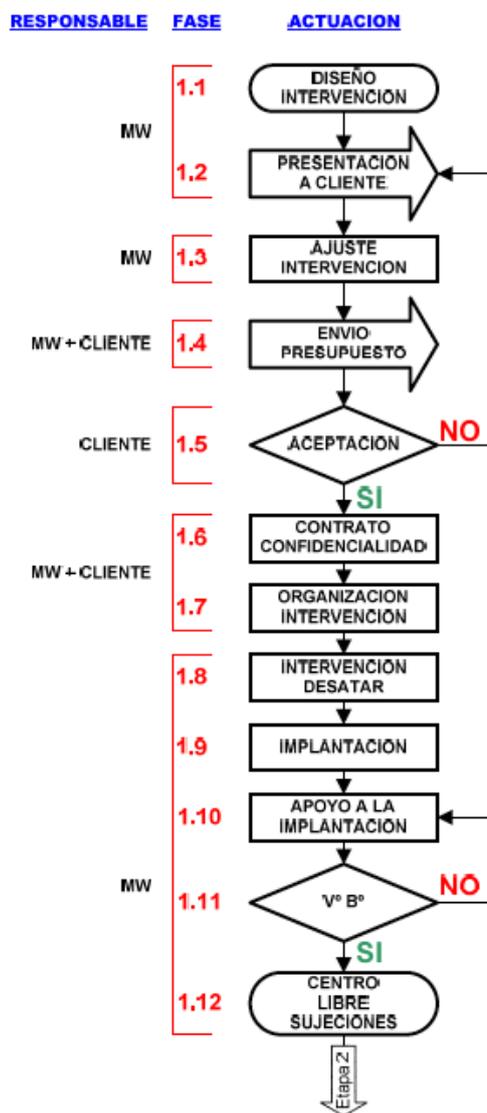
Dicho proceso tiene como finalidad respetar a cada centro según sus circunstancias, entendiendo que ningún centro es igual a otro. El modelo se implanta en función del grado de madurez técnica de la institución, es decir, se valorará a través de indicadores que demuestren los objetivos de amigabilidad que se tienen con respecto a las demencias, la capacidad de manejo de síntomas conductuales y psicológicos demostrados en personas con demencias u otras patologías.

Según los documentos revisados la implantación es modular y se adapta a la capacidad de absorción y transformación de cada centro. Siguiendo a Wolff (2014): *“El ritmo al que un centro “desata” deberá depender exclusivamente de la seguridad. Desatar por desatar es peligroso, si no va aparejado con medidas de seguridad alternativas y un nuevo paradigma asistencial “.* (Wolff, 2014).

2.6.2. Detalles de proceso de implantación del modelo

A continuación se incluye un ejemplo del proceso de implantación que sigue el modelo de María Wolff, donde pueden verse los detalles de actuación establecidos por la fundación.

Fig. 2.4 IMPLANTACIÓN DEL MODELO DE MARÍA WOLFF



Fuente: (Wolff, 2014)

Se ha comprobado a lo largo del documento, como los dos modelos expuestos basan sus actuaciones centrando los cuidados de los mayores de forma integral e individualizada, para de esta forma poder ofrecer un cuidado digno libre de sujeciones. por consiguiente, tanto El Modelo Vida y Persona de Fundación Cuidados Dignos (Liber-Ger) como El Modelo Asistencial Libre de Sujeciones de La Fundación María Wolff, son dos modelos de actuaciones con un mismo fin, el del liberar a la persona dependiente de toda restricción en su autonomía y preservar su dignidad como ser humano como derecho fundamental.

Después de conocer ambos modelos y sus fundamentos, se llega a la conclusión de que tanto uno como otro, están orientados hacia el **Modelo de Atención Centrado**

en la Persona, por ser este el modelo en cuestión que garantiza los cuidados de las personas de forma individualizada e integral. Esta disciplina es aplicable de forma única o como procedimiento en otros modelos como se ha comprobado en el análisis previo de los centros que abogan por cuidados libres de sujeciones.

El siguiente apartado de este documento analiza este modelo en cuestión, por ser de él de donde parten los **Modelos de Cuidados en Demencias sin Sujeciones** en que se basa esta revisión documental.

2.7. MODELO CENTRADO EN LA PERSONA

Se hace preciso en este trabajo fin de grado resaltar la importancia de este modelo en cuestión, puesto que es en él, donde la labor del trabajador social debería tener un gran protagonismo.

Este modelo fue creado por la fundación cuidados dignos desde la necesidad de abogar por la dignidad y los derechos de las personas dependientes. Se defiende el cambio en el enfoque de los cuidados, de tal manera, que al centrar la atención en la persona y no en la organización, el personal responsable de los cuidados a la personas dependientes deberá dar prioridad a sus deseos, necesidades y preferencias, creando de este modo un modelo de cuidado individualizado.

Desde este enfoque, las personas que puedan generar situaciones de conflicto de convivencia, tendrán que ser asistidas desarrollando intervenciones bajo límites, que deberán establecerse de manera que sean bien toleradas por quien genera el conflicto, para lo cual, será necesario individualizarlas y personalizarlas. (Cuidados Dignos 2011).

Este nuevo modelo demanda una nueva concepción de las actitudes, roles y relaciones de quienes tomamos parte en el proceso de atención (personas usuarias, familias y profesionales), por lo tanto exige metodología de intervención adecuadas y la revisión y ajustes de algunos sistemas organizativos. (Martínez, 2011).

Este movimiento tiene como uno de sus autores principales a Carl Rogers (1902-1987) cuya principal contribución fue su método terapéutico: la terapia centrada en el cliente, también denominada no directiva. Dicha terapia parte de la hipótesis de que

“el propio individuo posee en sí mismo medios para la autocomprensión y para el cambio del concepto de sí mismo”. (Rogers, 1902-1987).

Este psicoterapeuta norteamericano planteará las bases de este enfoque caracterizado fundamentalmente por ser una intervención no directiva donde la persona se convierte en actor activo de su cambio. Pues como él afirmaba, el terapeuta no debe guiar al paciente pero sí estar ahí durante su proceso terapéutico. El cliente era el que debía decir lo que estaba mal, hallar formas de mejorar y determinar la conclusión de la terapia.

Desde la atención gerontológica centrada en la persona (2011), se asume como punto de partida que las personas mayores, merecen ser tratadas con igual consideración y respeto que cualquier otra, desde el reconocimiento de que todas las personas tenemos igual dignidad y derechos. *“Las personas mayores en situación de dependencia o fragilidad son especialmente vulnerables a recibir un trato que no respete su dignidad”.* (Martínez, 2011).

Por lo tanto, el trato digno en la atención a las personas mayores en situación de dependencia, busca el máximo beneficio terapéutico y la máxima independencia en el control de la vida cotidiana, desde la atención integral y la calidad de vida de las personas. En esta línea Teresa Martínez señala (2011): La principal característica que define a los modelos de atención orientados en la persona, frente a otros modelos tradicionalmente diseñados desde la óptica de los servicios, es que se reconoce el papel central de la persona usuaria en su atención y, en consecuencia, se proponen estrategias para que sea ella misma quien realmente ejerza el control sobre el asunto que le afectan. (Martínez, 2011).

Como señala la autora es un modelo innovador que requiere gran implicación y compromiso por parte de los servicios sociales y también de los miembros del equipo multidisciplinar, ya que sugiere una forma diferente de ver a la persona mayor usuaria de los servicios y nuevos modos de intervención profesional.

Por otra parte, Pilar Rodríguez (2006) añade una descripción del modelo centrado en la persona en situación de dependencia, en donde señala un total de siete principios que deben orientar la intervención, de los cuales, se derivan determinados criterios técnicos que han de verse cumplidos en las actuaciones e

interacciones profesionales. Dichos principios son: *“la autonomía, la participación, la integridad, la individualidad, la independencia, la inclusión social, y la continuidad en la atención”*. (Rodríguez, 2006).

Desde la perspectiva del trabajo social, objetivo prioritario de este trabajo fin de grado, se analiza este modelo con respecto a modelos de intervención tradicionales siguiendo a Sevilla y Cols. (2009), que enumera con claridad las principales diferencias existentes entre los modelos más tradicionales, habitualmente centrados en los servicios, y lo que aportan los modelos centrados en la persona.

Tabla 2.2 DIFERENCIA ENTRE LOS MODELOS DE ATENCIÓN*

MODELOS CENTRADOS EN LA PERSONA	MODELOS CENTRADOS EN LOS SERVICIOS
Sitúan su foco en las capacidades y habilidades de las personas.	Se centran en los déficits y necesidades; tienden a etiquetar.
Su intervención es de macronivel (plan de vida).	Intervienen a micronivel (conductas determinadas, patologías).
Se comparten decisiones con usuarios, amigos, familia, profesionales.	Las decisiones dependen fundamentalmente de los profesionales.
Ven a la gente dentro de su comunidad y de su entorno habitual.	Encuadran a la gente en el contexto de los servicios sociales.
Acercan a la gente descubriendo experiencias comunes.	Distancian a la gente enfatizando su diferencia.
Esbozan un estilo de vida deseable con un ilimitado número de experiencias deseables.	Planean la vida compuesta de programas con un número limitado de opciones.
Se centran en la calidad de vida.	Se centran en cubrir las plazas que ofrece un servicio.
Crean equipos de profesionales capacitados para solucionar los problemas que vayan surgiendo.	Confían en equipos estándares interdisciplinarios.
Responsabilizan a los que trabajan directamente para tomar buenas decisiones.	Delegan el trabajo en los que trabajan directamente.
Organizan acciones en la comunidad para incluir usuarios, familia y trabajadores.	Organizan reuniones para los profesionales.
Responden a las necesidades basándose en responsabilidades compartidas y compromiso personal.	Responden a las necesidades basándose en la descripción de los puestos de trabajo.
Los servicios pueden adaptarse y responder a las personas. Los recursos pueden distribuirse para servir a los intereses de la gente.	Los servicios no responden a las necesidades individuales. Están limitados a un menú fijado previamente. Mantienen los intereses profesionales.

Las nuevas iniciativas valen la pena incluso si tienen un pequeño comienzo.	Las nuevas iniciativas solo valen si pueden implantarse a gran escala.
Utilizan un lenguaje familiar y claro.	Manejan un lenguaje clínico y con tecnicismos.

**Resumido y adaptado de (Sevilla et al., 2009).*

Fuente: Elaboración Propia

Esta práctica comparativa entre ambos modelos contribuye al rigor y a la sistematización de las intervenciones y permite nuevas visiones que posibilitan a su vez nuevas estrategias y otros modos de hacer, pues es sabido que en el cuidado cotidiano, los deseos de las personas no siempre se tienen en cuenta, para ello es preciso la necesidad de un cuidado personalizado. Esto requiere que la organización del centro o servicio permita y apoye que en la atención cotidiana este requisito sea realmente respetado. Lo que un cuidado centrado en la persona requiere se puede resumir según Martínez (2011) en:

- Promoción de la autonomía: apoyo para seguir tomando decisiones y tener control en la vida cotidiana.
- Protección y seguridad.
- Cuidados sanitarios.
- Cuidados personales.
- Fomento de la independencia.
- Trato respetuoso (intimidad, identidad personal, proyecto vital propio, creencias, edad adulta etc.)
- Oportunidades de contacto e integración social.
- Estímulo a la realización personal.
- Participación en actividades gratificantes.
- Estimulación y ambiente agradable.
- Orientación y acompañamiento a cuidados familiares o del hogar.

En definitiva, se trata de conservar el proyecto de vida y los cambios que a lo largo del ciclo vital se generan, ya que este proyecto no es estático, cambia a medida que la persona evoluciona. Teniendo en cuenta este objetivo, nos centramos en factores que contribuyen a apoyar estos cambios desde el punto de vista profesional y

de este modo, poder contribuir a que estos cobren un sentido positivo, estos factores descritos por Martínez (2011) son:

- Conocer y saber identificar lo que para cada persona es importante.
- Apoyar su continuidad, su modo de vida, sus hábitos y todas aquellas rutinas que le dan seguridad.
- Destacar los logros conseguidos en la vida de la persona.
- Escuchar los deseos y sugerir metas de vida todavía alcanzables de forma real.

Por un lado, el modelo de atención centrada en la persona conlleva el compromiso y el esfuerzo de las organizaciones que vienen trabajando desde modelos muy orientados a los servicios y adaptarlos al cambio. Además, los profesionales deben dar poder real a las personas sobre su vida cotidiana, incluso cuando las personas están afectadas de un grave problema cognitivo o emocional, interpretando sus expresiones, identificando lo que les provoca bienestar o malestar y permitiendo su propio modo de vida y sus valores (Martínez, 2011).

Por otro lado, se busca también la implicación de la familia, facilitando su cooperación con los profesionales en las actividades cotidianas, pues no se pueden obviar los vínculos afectivos de la persona dependiente. Hay que destacar a este respecto las aportaciones de Kitwood, (1997) argumentando la importancia de empatizar con la persona, con sus necesidades y de permitir el desarrollo de su independencia, su individualidad y su autonomía y acentúa la importancia del entorno social en relación a la adecuación conductual y a la reducción de la discapacidad, mostrando la necesidad de capacitar y modificar las actitudes y abordajes profesionales. La falta de comprensión y el manejo ambiental adecuado, lo que el propio autor califica de "*psicología social maligna*" puede ser la causa de muchas alteraciones de la conducta, producto de cómo las personas con demencia expresan su malestar.

Se describen por tanto de forma detallada los beneficios de esta práctica desde todas sus perspectivas.

2.7.1 Beneficios descritos en los centros y servicios con modelos de atención centrados hacia las personas.

Según (Matia, 2012).

Para las personas usuarias:

1. Aumenta su calidad de vida (bienestar, estado de ánimo, autonomía, independencia).
2. Mayor satisfacción con la atención recibida.
3. Mayor implicación en su plan de atención.

Para las familias:

1. Mayor implicación y colaboración en los cuidados.
2. Mejora de la relación con los profesionales al generar más confianza.
3. Mayor satisfacción con la atención que recibe la persona mayor.
4. Más tranquilidad y bienestar personal.

Para los profesionales:

1. Genera reflexión y cambios positivos de actitud hacia las personas usuarias y familias.
2. Mejora la motivación y autoestima profesional.
3. Incrementa la satisfacción laboral.
4. Alienta hacia el crecimiento profesional.
5. Dignifica la labor asistencial.
6. Facilita la participación, el intercambio y el trabajo en equipo.
7. Ofrece un modelo referente de atención, evitando malas praxis.
8. Reduce los conflictos con las personas y las familias.

Para la organización:

1. Mejora el clima laboral.
2. Facilita la toma de decisiones compartidas.
3. Reduce el burn-out y el absentismo laboral.
4. Facilita organizaciones más cordiales y más abiertas al cambio.
5. Mejora la coordinación con los recursos comunitarios.
6. Optimiza el uso de recursos.

7. Obtiene ganancias en calidad de atención.

Un nuevo modelo de actuación exige de nuevos roles que los profesionales beben asumir, en el siguiente cuadro se propone algunos de los principales cambios de rol que supone este Modelo Centrado en la Persona con respecto a otros modelos de atención.

Tabla 2.3 DIFERENCIA ENTRE LOS ROLES PROFESIONALES SEGÚN EL MODELO*

ROLES PROFESIONALES EN LOS MODELOS ORIENTADOS AL SERVICIO	ROLES PROFESIONALES EN LOS MODELOS ORIENTADOS A LAS PERSONAS
El profesional evalúa y prescribe lo que la persona necesita, lo que hay que hacer con ella en el centro o servicio.	El profesional conoce la biografía, los gustos y estilos de vida de la persona. Con esta base, orienta, apoya, asesora, consensua, ofrece apoyos, teniendo muy en cuenta lo que la persona quiere y asume.
Los profesionales se reúnen para evaluar y proponer los planes de atención para las personas usuarias.	Las personas, si lo desean, pueden participar en el proceso de diseño y evaluación del plan de atención.
Se prioriza la seguridad y el bienestar físico.	La seguridad y el bienestar físico se equilibran con el bienestar emocional y las preferencias de las personas.
Los profesionales hacen las cosas, las tareas de la vida "por" las personas.	Los profesionales hacen las cosas, las tareas "para y con" las personas.
Los profesionales transmiten la necesidad de confiar en ellos y trasladan pocas responsabilidades a las personas.	Los profesionales señalan la importancia del diálogo, del consenso y de que cada uno (profesional y persona usuaria), debe asumir su responsabilidad.
Los profesionales informan las familias antes que a las personas usuarias. Entienden que las familias son el interlocutor principal en sustitución de las personas usuarias.	Su principal persona interlocutora (salvo en los casos de deterioro cognitivo importante) son las propias personas mayores. Los profesionales consultan a las personas mayores si desean y aceptan la colaboración de sus familias en el plan de atención.
Los profesionales, en el mejor de los casos, se limitan a informar de sus intervenciones.	Las personas usuarias y las familias participan en las decisiones relacionadas con el plan de atención.
Los profesionales entienden que la atención es cosa del centro y servicio.	Los profesionales transmiten la idea de la importancia de la colaboración con las familias en el cuidado.
La organización de la vida diaria se centra en las tareas que hay programadas. Los horarios y actividades son rígidos.	La organización de la vida diaria se realiza desde las personas y sus preferencias. Los horarios y actividades son más flexibles.
Los profesionales mantienen funciones rígidas.	Los profesionales mantienen polivalencia dentro de su capacitación.
Los profesionales cualificados prescriben al resto de profesionales lo que hay que hacer en el día a día.	Los profesionales cualificados asesoran y apoyan a los profesionales de atención directa continuada porque son estos los que se responsabilizan de tomar muchas decisiones de la vida cotidiana.

*Adaptado del Convenio de colaboración entre la Consejería de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco y la Fundación Instituto Gerontológico Matia. (2012).

Los diferentes miembros del equipo multidisciplinar son necesarios en los cuidados de la persona, pero ante este modelo de atención que nos enfrenta a retos y nuevas dinámicas, el personal requiere una mayor cualificación y motivación. Por este motivo, se hace imprescindible el enfoque interdisciplinar, es decir, cada profesional con su formación y cada uno bajo sus propias disciplinas, estará aportando una visión diferente e importante para mejorar la vida de las personas.

Sin embargo, en los centros donde hay distintos profesionales de atención directa, es necesaria la figura del profesional de referencia. Un profesional de atención directa, que se ocupa de una forma especial de la atención personalizada, este debe ser quien se encargue de estar en contacto con el equipo técnico y formularles las consultas que sean necesarias.

Este profesional de referencia debe velar por la dignidad, confidencialidad y augurar una relación basada en la confianza, la comunicación y la continuidad de la atención entre los profesionales, esta labor la desempeñará el **trabajador social**.

Según Martínez, (2011), *“Merece la pena porque...este es un enfoque que trabaja desde los valores humanos, desde la defensa del ejercicio de los derechos de las personas, de personas que se encuentran en situaciones de especial vulnerabilidad y eso...nos humaniza”*.

Para concluir, y siguiendo a la Fundación del Instituto Gerontológico Matías (2012), la Atención Centrada en la Persona, puede ser definida como un enfoque de la intervención, como una metodología de intervención y desde una visión más amplia, como un modelo de atención.

Por lo tanto se define como:

- Es un enfoque de la atención donde la persona, desde su autodeterminación en relación a su calidad de vida, es el eje central de las intervenciones profesionales.
- Como metodología, aporta un conjunto de técnicas e instrumentos que facilitan la intervención personalizada y orientada a la persona.

- Como modelo, partiendo del reconocimiento de la dignidad de todo ser humano, busca la autodeterminación y la mayor independencia posible de las personas mayores en situación de fragilidad o dependencia en su proceso de atención, para así mejorar su calidad de vida y su bienestar subjetivo.

Según lo expuesto anteriormente, queda reflejada la importancia del trabajador social en la aplicación de este nuevo modelo y dentro del equipo interdisciplinar, pues teniendo en cuenta la definición internacional:

El Trabajo Social es una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el trabajo social. Respaldada por las teorías del trabajo social, las ciencias sociales, las humanidades y los conocimientos indígenas, el trabajo social involucra a las personas y las estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar. Federación Internacional de trabajadores sociales (2014).

Basándonos en el objetivo de la profesión de Trabajo Social sobre: *“los principios de los derechos humanos y la justicia social”*, se abordan en este documento los competencias y capacidades del Trabajo Social reconocidos por la Asociación Internacional de escuelas de Trabajo Social (AIETS). Estas competencias que se abordan en el siguiente punto son aplicables con el Trabajo Social con personas mayores.

2.8 COMPETENCIAS Y FUNCIONES PROFESIONALES DEL TRABAJO SOCIAL

Reconocidos por AIETS son:

- Facilitar la inclusión de los grupos de personas marginalizadas, socialmente excluidas, desposeídas, vulnerables y en riesgo.
- Dirigirse y desafiar las barreras, inequidades, desigualdades e injusticias que existen en la sociedad.
- Asistir y movilizar individuos, familias, grupos y comunidades para aumentar su bienestar y su capacidad para solucionar problemas.

- Fomentar que la gente se comprometa en la defensa de asuntos pertinentes internacionales, locales, nacionales, y/o regionales.
- Abogar por y/o con la gente, la formulación e implementación de políticas coherentes con los principios éticos de la profesión.
- Abogar por y/o con la gente, cambios en aquellas condiciones estructurales que mantienen a las personas en condiciones marginales, desposeídas y vulnerables.
- Trabajar por la protección de las personas que no están en condiciones de hacerlo por sí mismas, por ejemplo, mayores que necesitan cuidado y personas que sufren de enfermedades mentales, retardo mental o demencias relacionadas con la edad dentro de los parámetros de una legislación aceptada y éticamente razonable.

El trabajo social en su amplio paradigma de actuación también ha sido reconocido históricamente como profesión mediadora. Cuando el trabajador social se encuentra en un centro de mayores donde en la mayoría de los casos la persona no puede decidir por sí misma, el trabajador social gestionará entre las partes afectadas: *“Encontrando múltiples consonancias en el desarrollo profesional con la acción mediadora, como son la independencia, el fomento de la resolución de conflictos entre las partes de manera autónoma y la apuesta por el cambio para la mejora de las relaciones humanas”*. (Manuera, 2013).

Por lo tanto, **el desarrollo de la mediación** se trata de querer y poder solucionar los conflictos que surjan, para lo que es imprescindible tener claro el objeto de la intervención profesional y saber cómo hacer. Estas dos serán las claves para el trabajo social como profesión mediadora en la que es necesaria una formación específica y especializada en ese sistema de gestión y resolución de conflictos. En la mediación familiar, se reconoce de manera expresa la eficacia del método para mejorar la comunicación entre los miembros de la familia, reducir los conflictos entre las partes en litigio, dar lugar a acuerdos amistosos, asegurar la continuidad de las relaciones personales entre padres e hijos, reducir el tiempo necesario para la solución de conflictos. Lo mismo ocurre en la mediación social, considerada como ámbito propio de la profesión y se viene aplicando con el objeto de proporcionar una mejor

convivencia de las personas, grupos y comunidades negociando y consensuando normas para crear las condiciones necesarias para conseguir una comunidad más integrada. En la atención centrada en la persona, la mediación es un requisito fundamental como profesional de referencia que apuesta por el cambio y la resolución de problemas entre la persona dependiente, la familia y la institución.

El modelo de intervención de resolución de problemas de trabajo social (Perlman, 1981) puede ser considerado muy próximo a mediación ya que en él se pueden identificar elementos comunes entre ambas profesiones. Para Perlman el problema está en la dificultad sentida y percibida por el propio cliente. El profesional de trabajo social, busca, encuentra y aplica la solución conveniente a esta dificultad particular, gracias a las operaciones complejas de percepción, protección, adaptación e integración.

Así pues, en España tres Comunidades Autónomas han legislado en materia de mediación familiar en el año 2001, dando respuesta a propuestas europeas. En el año 2003, la Comunidad Autónoma de Canarias legisla en materia de mediación familiar con la Ley 15/2003, de 8 de abril de la mediación familiar.

3. OBJETIVOS

La elección que motiva este trabajo fin de grado, es la necesidad de revisar fuentes documentales sobre nuevos modelos y técnicas en cuidados con personas dependientes que se están utilizando en diferentes instituciones de mayores en España.

Esta opción se determina con el objetivo de reunir datos y planteamientos de diversas fuentes y autores, que permiten la posibilidad de ampliar conocimientos sobre nuevas tendencias y comprobar como afecta al Trabajo Social.

El trabajador social como agente de cambio, debe de estar a la vanguardia de todos aquellos acontecimientos que opten por mejorar los servicios sociales y trabajar en función de las necesidades detectadas por la sociedad.

La profundización en estos modelos de cuidados sin contenciones desde una perspectiva teórica, permite a la alumna poder valorar su aplicación práctica en los

procesos de cambio que se abordan desde la perspectiva de la intervención con personas dependientes.

Por lo tanto los objetivos que se pretenden alcanzar con este trabajo monográfico se definen en:

3.1 OBJETIVO GENERAL

1. Conocer los Modelos de Cuidados sin Sujeciones que se están aplicando en centros de mayores.
2. Reflexionar sobre la intervención del trabajo social en el Modelo de Cuidados sin Sujeciones.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.1 Conocer las posibles alternativas que se plantean en los cuidados de las personas dependientes y que nos permiten avanzar hacia su calidad de vida.
- 1.2 Profundizar en los beneficios que ofrecen a las personas dependientes estos modelos de cuidados sin sujeciones.
- 2.1 Descubrir las competencias del trabajador social en el Modelo de Cuidados sin Sujeciones.
- 2.2 Valorar la importancia de la labor del trabajador social dentro del equipo multidisciplinar en la aplicación de estos modelos.

4. METODOLOGÍA: INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS DE ANÁLISIS

Por medio de la metodología se presentan los pasos a seguir, los instrumentos y las técnicas que permiten profundizar en: **el Trabajo Monográfico sobre Modelos de Cuidados en Demencias sin Sujeciones.**

El proceso metodológico tiene su origen en la propuesta de elección del tema y el contacto con la tutora que guiará a la alumna a lo largo de todo el proceso de que consta la monografía.

Como paso siguiente a la elección y propuesta realizada, se lleva a cabo un análisis documental como requisito indispensable. Este paso permitirá a la alumna conocer si el tema elegido es viable con lo requerido en este trabajo fin de grado, sobre todo por tratarse de un tema novedoso. Por lo tanto, una vez realizado dicho

análisis y comprobado la posibilidad de profundizar en el tema elegido, se planifican las tareas que se han de ejecutar para poder organizar los documentos, y los plazos propuestos. En esta fase, se crea una calendarización y un documento donde se archivan, organizan y seleccionan las fuentes documentales. La clasificación y compilación del material escrito se lleva a cabo antes y durante el proceso de elaboración del trabajo. Como se ha mencionado previamente, clasificar antes los documentos, permite delimitar el tema acorde con el material disponible y la clasificación y compilación de documentos, durante, apoya y justifica la fundamentación y el desarrollo de la revisión.

Seguidamente, la metodología consiste en observar, analizar y seleccionar los documentos relevantes para la construcción del marco teórico, donde se defiende y argumenta la importancia del tema y los objetivos propuestos en el documento. La búsqueda, clasificación y análisis de documentos es parte esencial durante todo el proceso de elaboración de la monografía. Por tanto, la metodología de trabajo se corresponde con la revisión y el análisis crítico de documentos, artículos, libros, fuentes electrónicas y bibliográficas.

Se trata en definitiva de realizar un análisis documental recurriendo a la literatura existente sobre el tema seleccionado, para posteriormente desarrollar un trabajo teórico sobre el mismo. El objetivo fundamental es por tanto, valorar y evaluar la pertinencia de esta monografía, para de este modo proceder como punto final a la valoración personal que dará lugar a los aspectos más relevantes del documento a través de un análisis crítico del propio trabajo realizado, para finalizar con las posibles sugerencias a aportar en su fase de culminación.

Como principio de utilidad la monografía transcurre hacia el desarrollo de la teoría, con el fin de un posible proyecto de intervención como paso siguiente al estudio.

En primer lugar, se profundiza en los conceptos sobre la vejez y el proceso de envejecimiento, las características de esta etapa y sus diferentes clasificaciones, para situarnos posteriormente en los paradigmas de cuidados tradicionales en contraste con los nuevos y emergentes en los que se basa la monografía.

Una vez se definen los conceptos que hacen entendible cada parte del documento y que facilita su análisis, se procede a profundizar y observar los modelos utilizados en esta nueva tendencia, para finalmente, analizar su propiedad en el Trabajo Social.

Los instrumentos utilizados han sido principalmente los tecnológicos y la libreta de notas. Estos instrumentos hacen posible una investigación a la vez que permiten una correcta selección y redacción de documentos en la que tiene su base la monografía. La libreta de notas se utiliza para dejar reflejado el acercamiento al campo de estudio, donde se van plasmando las diferentes opiniones y valoraciones que se realizan a lo largo del análisis, siendo este instrumento una ayuda básica en la toma de notas y observaciones en que se basa la revisión.

Otra parte esencial empleada en la metodología de trabajo es la observación indirecta, necesaria esta para el desarrollo de la revisión de documentos, donde convergen la parte de valoración, conclusión y sugerencias en el desarrollo del Trabajo Social con respecto a los modelos revisados. La observación indirecta junto a la visión crítica, permite determinar el objeto en que se basa el trabajo monográfico, que consiste en analizar, interpretar y registrar datos con la información más relevante y valiosa en torno al tema de análisis elegido, para de este modo, hacer posible la creación de un documento que permita ampliar información y despertar el interés sobre el tema monográfico y su aplicación al Trabajo Social.

5. DESARROLLO DE LA REVISIÓN

Con el desarrollo de la revisión se llega al apartado central del Trabajo Fin de Grado. En el se exponen los aspectos más relevantes descritos en la monografía, concretamente, en el apartado de fundamentación.

La monografía nos permite conocer más sobre el tema elegido y hace posible la aportación de nuevas visiones que enriquecen las funciones del Trabajo Social, sin la cual, no sería posible plantearse posteriormente un proyecto de investigación que diera paso a la intervención como desenlace final. Para llevar a cabo esta revisión, se analizan diferentes documentos donde se explican la metodología empleada en

diferentes centros de España, en los cuales se llevan a cabo los modelos de cuidados sin sujeciones. Se valoran sus similitudes y diferencias y se analizan sus metodologías, para de este modo poder conocer qué aportan al Trabajo Social estos nuevos métodos de trabajo y viceversa, es decir, como afecta a las competencias del Trabajo Social este nuevo paradigma. Para ello se responderá a los objetivos planteados anteriormente y de este modo se concretará en el tema objeto de estudio.

Tal como se ha mencionado anteriormente, estos modelos comparten un mismo fin, el de mantener la autonomía y la dignidad de la persona dependiente como parte de su proyecto de vida y para poder corroborar este planteamiento, se hace un recorrido del envejecimiento de la población, sus características y necesidades.

El envejecimiento de la población y la necesidad de cuidados que se plantean por los deterioros asociados a la edad, hacen necesario el ingreso de las personas mayores en residencias, para de este modo poder ofrecerles de manera segura los cuidados especializados que necesitan, de los cuales sus familiares debido a la progresión de la enfermedad, ya se han visto limitados.

Se llega a la conclusión sobre el envejecimiento de la sociedad, que puede considerarse por un lado un avance y por otro un gran desafío, pues supone una mayor exigencia social y económica. Pero el verdadero reto del aumento de la esperanza de vida, es lograr una auténtica calidad de vida de las personas mayores que les permita mantener la actividad y la independencia con el fin de vivir y disfrutar esa prolongación de la vida.

La necesidad de cuidados aumenta especialmente a partir de los 80 años, edad a partir de la cual la mitad de las personas precisan algún tipo de ayuda. Pues si atendemos a las proyecciones de crecimiento para el 2020, necesariamente se elevarán las demandas de prestaciones asistenciales a las administraciones públicas a extremos desconocidos hasta la fecha.

Tal como se ha referido, es la importancia del proceso de envejecimiento y la necesidad imperiosa que existe por todos los autores mencionados de un cambio en los cuidados que se están realizando en las instituciones. Dichos cambios llevan al

planteamiento de nuevos modelos a seguir, en donde la persona se sitúa en el eje principal de los cuidados.

En este sentido (CEOMA) Confederación Española de Organizaciones de Mayores (2005), defiende los derechos de las personas mayores, reflejando que son uno de los sectores más vulnerables de la sociedad. Por este motivo desde hace diez años, esta organización sin ánimo de lucro creada para la defensa de los derechos de los mayores, promueve apoyar a todos los centros que soliciten y quieran unir fuerzas para eliminar las sujeciones o lograr acreditarse como “centro libre de sujeciones” por medio de su programa, “Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer”.

Por otro lado la Fundación Matia (2012), también es una organización sin ánimo de lucro que con más de 130 años de experiencia en el acompañamiento a personas mayores en su proceso de envejecimiento. Esta ONG busca mejorar el bienestar del anciano generando conocimiento y servicios personalizados que promuevan su autonomía y su dignidad. Además por su conocimiento e innovación desde una visión integral del proceso de envejecimiento a través de su instituto gerontológico ha desarrollado su modelo propio, el Modelo Centrado en la Persona, que como se ha expuesto anteriormente en el documento, está enfocado a la promoción de la autonomía y dignidad de la persona.

En este mismo sentido se pronuncia la Fundación cuidados dignos (2011) (creadores del Modelo Vida y Persona), tras el deseo de un conjunto de profesionales de la geriatría y la gerontología de promover la ética y la dignidad en los cuidados que reciben las personas mayores dependientes y poder liberarlos de todo tipo de sujeciones. Ellos fueron los creadores de la norma Libera-Ger con el apoyo y la colaboración de la fundación Matia, basando sus cuidados en el modelo Centrado en la persona.

Del mismo modo se manifiesta La Fundación María Wolff (2014), la cual promueve la investigación clínica de las demencias, centrándose especialmente en terapias no farmacológicas, que como previamente se ha expuesto, estas terapias se considera otra forma de no privar de libertad al anciano.

Por lo tanto, tras este recorrido por las diferentes ONGs que promueven la investigación y defienden los derechos de las personas mayores, se llega a la

conclusión de que la gerontología y los estudios científicos desde los procesos asociados al envejecimiento en su vertiente biológica, psicológica y social, proponen acciones de intervención que dan lugar al cambio en los modelos tradicionales para dar paso a los Modelos de Cuidados en Demencias sin Sujeciones en los cuales se fundamenta este Trabajo Fin de Grado.

Sin embargo, después del análisis de los dos modelos que se están aplicando actualmente en varios centros de España, se observa por un lado, que en el **Modelo Vida y Persona de la Fundación Cuidados Dignos Libera- Ger**, se abarcan todos los ámbitos asistenciales y de intervención. En este modelo se llega mucho más allá de las sujeciones, pues es un modelo creado en torno a la dignidad de la persona cuidada, de tal modo que la calidad de vida de la persona es el eje del modelo. La fundación cuenta con un centro propio y también desarrolla la labor en centros ajenos en servicios de gestión externa, consultoría y formación, con el objetivo de contribuir a la mejora del cuidado de las personas dependientes.

Por otro lado **el Modelo Asistencial Libre de Sujeciones de Fundación María Wolff**, tiene como objetivo facilitar a las personas afectadas, a sus familiares y a los profesionales las mejores técnicas disponibles en el panorama internacional para mejorar la calidad de las personas con demencia de España. Se trata de manejar la conducta de las personas con demencia con un mínimo de fármacos, crear centros libres de sujeciones, mejorar la reputación de los centros frente a los familiares y aumentar la ocupación. Para lograr este objetivo, María Wolff proporciona asesoría y formación a las principales empresas públicas y privadas del sector. Según Wolff (2014), desarrollan el modelo de implantación de centros libres de sujeciones más seguro y también impulsan la formación y utilización de terapias no farmacológicas.

Se desarrolla a continuación de manera más extensa estas afirmaciones revisando sus diferencias y similitudes para alcanzar el propósito del objetivo general 1 expuesto en el documento donde se pretende conocer los modelos de Cuidados sin Sujeciones que se están aplicando en los centros de mayores.

Tabla 5.1 DIFERENCIAS ENTRE LOS MODELOS DE CUIDADOS SIN SUJECIONES

Modelo Vida y Persona	Modelo Asistencial Libre de Sujeciones
Con la metodología Libera-Ger como herramienta, abarca todos los ámbitos asistenciales y de intervención.	Su metodología promueve la investigación clínica de las demencias, centrándose especialmente en terapias no farmacológicas.
Los valores en los que se sustenta son: el respeto, la dignidad en los cuidados y la seguridad de las personas dependientes. Y su filosofía es: que las sujeciones deberían ser la excepción y no la regla, en consecuencia, la movilidad, su mantenimiento y potenciación debería de ser la regla de funcionamiento de las organizaciones.	Los valores en los que se sustenta son: respetar y posibilitar las necesidades de libertad y de movimiento de las personas de la manera más segura posible. Su filosofía es: que las sujeciones no deben usarse para prevenir caídas porque se ha demostrado que su uso da más problemas que soluciones y que: La sustitución de sujeciones físicas por sujeciones farmacológicas o sujeciones invisibles como sillones reclinados con el fin de atrapar, tienen efectos aún más perniciosos que las ataduras.
Se mide la calidad de vida con una serie de indicadores prácticos teniendo como el más destacado, el porcentaje de uso de sujeción de las organizaciones.	Una de las bases de actuación es abogar por la revisión sistémica y meta-análisis promoviendo el uso racional que se hace de las sujeciones.
El objetivo principal que persigue el modelo es sensibilizar y promover el desarrollo de la calidad de vida de las personas dependientes.	El objetivo primordial de la fundación es: en primer lugar, facilitar los afectados, a sus cuidadores directos y a los profesionales las mejores técnicas en cuidados disponibles en el panorama internacional.
Para lograr estos cambios en los cuidados es necesario contar con un equipo multidisciplinar formado, capacitado e implicado en los cuidados de las personas dependientes.	Los profesionales se apoyan en protocolos, procedimientos o rutinas muy concretas que consisten en dar una base de conocimientos en demencia a gran parte del personal asistencial.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 5.2 SIMILITUDES ENTRE LOS MODELOS DE CUIDADOS SIN SUJECIONES

Modelo Vida y Persona	Modelo Asistencial Libre de Sujeciones
Trata de modificar el modelo tradicional de atención a la persona con demencia.	Este modelo pretende orientar a las culturas asistencialistas hacia realidades más satisfactorias en los cuidados de personas con demencia.
La fundación cuidados dignos nació ante la inquietud de un conjunto de profesionales del ámbito de la geriatría y la gerontología que se oponían al excesivo uso de las sujeciones en España.	La Fundación María Wolff nace por la preocupación de sus fundadores ante la evidencia del gran uso que se hace de las sujeciones en España con respecto a otros países
Basa sus actuaciones de los cuidados en el Modelo Centrado en la Persona.	Basa sus actuaciones centrando los cuidados de los mayores de forma integral e individualizada.

Las sujeciones se eliminan de forma individual, una a una y para ello hay que valorar la aplicabilidad de dicha medida y la historia de vida de la persona, la norma también se aplica respetando a cada centro según sus circunstancias entendiendo que ningún centro es igual a otro.	El modelo está diseñado para potenciar la personalidad propia de cada institución, es decir es totalmente adaptable al espacio y circunstancias propias de cada centro. La implantación es modular, respetando las necesidades de la persona.
Desarrolla la labor en otros centros en servicios de gestión externa, consultoría y formación, con el objetivo de contribuir a la mejora del cuidado de personas dependientes.	Acredita y premia junto a CEFAFA a aquellos centros que sigan el Modelo Cuidados de Demencias sin sujeciones, previa consultoría y formación.

Fuente: Elaboración propia

En esta parte del documento se destaca al **Modelo Vida y Persona de la Fundación Cuidados Dignos Libera-Ger**, porque trata de dar una visión que va más allá de las no sujeciones, tratando de abarcar el cambio de paradigma en los cuidados de una forma más global. Este modelo, basa su programa en la sensibilización y cambio de mentalidad de todas las personas que participan en el cuidado del mayor dependiente, implicando también a la familia como parte muy importante de este proceso.

En cambio, en el **Modelo Asistencial Libre de Sujeciones de la Fundación María Wolff**, aunque promueve el mejorar la calidad de vida de las personas como objetivo primordial, su estrategia también radica en mejorar la reputación de los centros frente a los familiares y aumentar de este modo su ocupación.

Una vez revisados los modelos, se observa como ambos comparten el objetivo de promover un cambio en el paradigma de la vejez que relaciona esta etapa de la vida con la pérdida de capacidad y autonomía. Este concepto de la vejez, es el que lleva a los profesionales a actuar de una forma paternalista en las instituciones como ha venido sucediendo hasta ahora con en el paradigma tradicional.

Sin embargo en comparación con lo que plantea CEPAL (2011), el enfoque del paradigma emergente, está basado en los derechos de las personas mayores donde se promueve el empoderamiento de estas personas y una sociedad integrada desde el punto de vista de la edad. En este nuevo paradigma se fomenta la solidaridad generacional como un proyecto a largo plazo. Se busca también en este nuevo

enfoque eliminar las barreras jurídicas, institucionales y físicas que limitan la igualdad en la vejez.

En consecuencia, desde este nuevo paradigma se trabaja en la atención centrada en la persona, donde la vida de la persona mayor mejora desde el respeto de sus decisiones y desde el apoyo de profesionales comprometidos que transformen su actitud hacia una buena praxis. A este respecto hace alusión el Artículo 19 del Código Deontológico de Trabajo Social donde dice: *“Cuando por causas diversas no sea posible consensuar las cuestiones que afecten a la persona usuaria, el profesional velará por la elección de los mejores procesos que aseguren que la decisión adoptada es tomada en coherencia con los intereses, deseos y necesidades de esta”*.

En base a estos planteamientos, se reflexiona en la necesidad de una profesionalización de la atención especializada para aplicar el Modelo Centrado en la Persona en el que se fundamentan los Modelos de Cuidados en Demencias sin Sujeciones. Para lograrlo, es necesaria la colaboración de todo el equipo interdisciplinar. Los profesionales deberán estar implicados en la aportación de nuevas tendencias con el objetivo de conseguir el cambio positivo deseado en nuestro sistema de atención a las personas mayores.

Este nuevo enfoque de actuaciones plantea un reto a los profesionales del trabajo social, como se ha visto anteriormente a lo largo del documento y siguiendo con esta realidad, el Código Deontológico del Trabajo Social (2014), reitera por un lado los principios básicos:

1. Dignidad: La persona humana, única e inviolable, tiene valor en sí misma con sus intereses y finalidades.
2. Libertad: La persona, en posesión de sus facultades humanas, realiza todos los actos sin coacción ni impedimentos.
3. Igualdad: Cada persona posee los mismos derechos y deberes compatibles con sus peculiaridades y diferencias.

Y continuando con el Código Deontológico del trabajo Social (2014), pero situándonos en los principios generales que relaciona la profesión con el nuevo paradigma de actuación de los modelos analizados, en ellos se destacan:

- 1 Respeto activo a la persona, al grupo, o a la comunidad como centro de toda intervención profesional.
 - 2 Aceptación de la persona en cuanto tal con sus singularidades y diferencias.
 - 3 Superación de categorizaciones derivadas de esquemas prefijados.
 - 4 Ausencia de juicios de valor sobre la persona así como sobre sus recursos, motivaciones y necesidades.
 - 5 Individualización expresada en la necesidad de adecuar la intervención profesional a las particularidades específicas de cada persona, grupo o comunidad.
 - 6 Personalización exige reconocer el valor del destinatario no como objeto sino como sujeto activo en el proceso de intervención con la intencionalidad de derechos y deberes.
 - 7 Promoción integral de la persona considerada como un todo, desde sus capacidades potenciales y los múltiples factores internos y externos circunstanciales. Supone superar visiones parciales, unilaterales así como integrar la intervención a través de la interprofesionalidad.
-
- 1 Igualdad de oportunidades, de derechos, de equidad y de participación desde la convicción de que cada persona tiene capacidades para una mayor calidad de vida.
 - 2 Solidaridad, implicarse en el logro de una sociedad inclusiva y la obligación de oponerse a las situaciones sociales que contribuyen a la exclusión, estimación o subyugación social.
 - 3 Justicia social con la sociedad en general y con las personas con las que se trabaja, dedicando su ejercicio profesional a ayudar a los individuos, grupos y comunidades en su desarrollo y a facilitar la resolución de conflictos personales y/o sociales y sus consecuencias.
 - 4 Reconocimiento de derechos humanos y sociales y su concreción en el ejercicio real de los mismos.

Por lo tanto, en concordancia con estos principios descritos, el trabajador social debe participar activamente en el equipo multidisciplinar de la institución. Será parte activa del equipo implicándose en la metodología de los modelos de cuidados expuestos en el documento, de esta forma el trabajador social aportará sus conocimientos indispensables para llevar a cabo una intervención social favorable y beneficiosa. Deberá realizar las historias de vida, las fichas sociales e informes sociales para la atención personalizada requerida, así como también, debe ser la persona de referencia que toda persona dependiente necesita cuando está institucionalizada, velando siempre por sus derechos y autonomía. En relación a este punto el Artículo 53 aclara que: *“El /la trabajadora social cumplirá los siguientes deberes en relación con la información confidencial “:*

- 1 **De calidad:** El profesional recabará la información estrictamente necesaria para el desempeño de su intervención social de la forma más exacta posible, siendo respetuoso/a en su obtención y actualización y haciendo un uso responsable de la misma.
- 2 **De consentimiento:** Cuando la información se obtenga de la persona usuaria, se entenderá concedida su autorización por el mero hecho de su solicitud dentro de la intervención profesional.

La persona usuaria deberá tener la garantía de la confidencialidad de la información que se haya de facilitar para la intervención profesional.

Otra parte esencial de esta participación del trabajador social en el equipo multidisciplinar es actuando como mediador entre en centro y la familia, ya que como se ha mencionado anteriormente, la familia desempeña una labor esencial en este cambio de modelo.

En este sentido el Código Deontológico de Trabajo Social (2014), refleja en su Artículo 17: *“Los profesionales del trabajo social se comprometen en la intervención social a buscar y garantizar a toda persona, grupo o comunidad la igualdad de oportunidades, el acceso a recursos y el apoyo para cubrir sus necesidades, especialmente de aquellos que se encuentren en situación de mayor vulnerabilidad o en alguna situación específica de desventaja social”.*

Tal y como se ha desarrollado a lo largo del documento, se sostiene que las personas mayores dependientes se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad y de desventaja social. Esta situación de desventaja, hace necesario que el trabajador social actúe como agente de cambio gestionando sus necesidades y derechos, procurando de este modo su máxima calidad de vida. Así lo refleja Cristina Filardo (2012): *“el trabajo social es la profesión, que promueve la resolución de problemas en las relaciones humanas, el cambio social, el poder de las personas mediante el ejercicio de sus derechos y su liberación y la mejora de la sociedad”*.(Filardo, 2012).

Como reconoce el Artículo 12 del Código Deontológico.-*“Los profesionales del Trabajo Social tienen la responsabilidad de ejercitar su profesión a fin de identificar y desarrollar las potencialidades fortalezas de personas, grupos y comunidades para promover su empoderamiento”*.

Para concluir en este apartado donde se desarrolla la importancia de la disciplina de la profesión de Trabajo Social en la aplicación de estos nuevos modelos, se refleja la necesidad de un posicionamiento ético, unos principios éticos y una deontología que lo orientan y la informan del sentido correcto de la intervención. Tras este desarrollo, el objetivo general 2 que pretendía reflexionar sobre la intervención del trabajo social en estos modelos se ha alcanzado. Se finaliza exponiendo lo reflejado por Cristina de Robertis (2000, p.21-26) cuyos principios de intervención adaptándolos a mayores son:

- El trabajo constante de inserción de las personas en el medio social en el que viven.
- El acceso a los derechos sociales que la sociedad brinda (o debe brindar) a todos sus miembros.
- La prevención de todos los riesgos de exclusión social.
- La creación de nuevos recursos indispensables, el mantenimiento o el mejoramiento de la inserción del mayor y de los grupos de mayores.

Pero teniendo en cuenta que las tendencias van hacia una creciente especialización, pues giran en función de las demandas sociales como sucede en la implantación de estos nuevos modelos de cuidados, se necesitan nuevos “modos de

hacer”, por lo tanto, el Trabajo Social debe enfrentarse a ellas de forma global y tendiendo a conseguir el equilibrio y el bienestar de las personas. Como así asegura el profesor (Fernández. T, 1994, p.112): *“los nuevos escenarios de las necesidades sociales en Trabajo Social requieren definir nuevas estrategias de intervención profesional que sean capaces de incidir en los verdaderos obstáculos que retrasan o interrumpen los procesos de transformación social”*.

6. VALORACIÓN PERSONAL, AUTOEVALUACIÓN Y SUGERENCIAS

El informe monográfico llega a su culminación en esta fase, donde se pretende ofrecer al lector una perspectiva global de las cuestiones abordadas en el documento, así como, una valoración personal por parte de la alumna.

Utilizar fuentes documentales relevantes, tener capacidad de análisis crítico y de síntesis, así como mantener actualizados los conocimientos y destrezas propios de la profesión para contribuir en la mejora de esta, es lo que ha hecho a la alumna basar este Trabajo Fin de Grado en esta elección del tema de **Modelos en Cuidados de Demencia sin Sujeciones**.

El inicio del documento se proyecta hacia una visión general sobre la vejez, el envejecimiento y sus clasificaciones. Entendiendo que existe un aumento de longevidad en las personas por lo avances en medicina y esto supone una inversión de la pirámide de la población existiendo cada vez mayor número de mayores. En consecuencia se considera necesario abordar la vejez como una etapa más de la vida en las que las personas mayores desempeñen nuevos roles y donde se promueve que los mayores sean sujetos de derecho, no solamente como beneficiarias/os, sino también disfrutando de ciertas garantías que aseguren una calidad de vida en esta proyección del ciclo vital.

Los avances tecnológicos y en investigación han permitido a la medicina alargar la vida de las personas pero no se ha logrado frenar las enfermedades degenerativas asociadas a la edad, por lo tanto se han ganado años a la vida pero no vida a los años.

Aunque todas las personas no envejecen con pérdida de capacidad, si lo hacen un gran porcentaje de ellas, revistiéndose esta discapacidad la forma de deficiencia física, intelectual o sensorial.

Cuando el deterioro físico o cognitivo llega, la persona se vuelve dependiente, aumentando esta dependencia a medida que la enfermedad progresa, esta realidad tiene como consecuencia que la persona tenga que abandonar su hogar, haciéndose necesario su ingreso en un centro de mayores donde tenga los cuidados requeridos y a los que sus familiares se han visto limitados.

Este cambio de perspectiva en cuanto a la progresión de la vida ha hecho que los gerontólogos y geriatras se planteen nuevos modelos asistenciales en los cuidados de los mayores, quedando los modelos tradicionales obsoletos por su tendencia proteccionista y con tendencia a limitar la autonomía a las personas dependientes por miedo a las caídas.

De estas nuevas inquietudes surgen los modelos de estudio donde se basa el documento monográfico, en ellos se promueve que la persona tenga sus propias elecciones, decisiones e identidad personal. Se procura que sea posible incluso con personas con grave afectación cognitiva, a través de las personas de apoyo, es decir mediado por otra persona.

Estos nuevos modelos demandan una nueva concepción de las actitudes, roles y relaciones de quienes toman parte del proceso de atención, en el Trabajo Social se hará desde la perspectiva social. Como asegura Martínez (2011) Estos cambios exigen nuevas metodologías de intervención y la revisión y ajustes de algunos sistemas organizativos.

En la Comunidad Autónoma Canaria, sólo en la isla de Gran Canaria se están comenzando a aplicar estos modelos de cuidados en Demencias sin sujeciones. Concretamente la residencia “El Palmeral”, que pasó a pertenecer al grupo Sanitas desde mediados del año 2014. Siendo por tanto “El Palmeral”, el primer centro sin sujeciones en La Comunidad Autónoma Canaria.

La segunda residencia en la isla que se inicia en esta práctica es “El Centro Socio sanitario El Pino”, donde en noviembre de 2014, se empieza a desatar a un número

reducidos de residentes aplicando el mismo modelo de cuidados que en El Palmeral, es decir, el Modelo sin Sujeciones de la Fundación María Wolff.

En los últimos meses el Centro “El Sabinal”, estudia el poder unirse también a esta práctica.

Para poder acceder a esta información, se ha contactado con los trabajadores sociales de los diferentes centros y se ha podido conocer como se está abordando la nueva metodología de trabajo que requieren los modelos.

Por lo tanto, de esta realidad expuesta que exige un cambio en los modelos asistenciales tradicionales y en la que se suman cada vez más centros de mayores, surge también la necesidad de conocer la labor que desempeña el trabajador social en el equipo interdisciplinar, ya que sugiere una forma diferente de ver a la persona mayor usuaria de los servicios y nuevos modos de intervención profesional.

Desde la gerontología se propone para este cambio, el Modelo Centrado en la Persona, donde la persona es el propio eje de los cuidados. Es en este modelo como se ha visto en el documento, donde se fundamentan los Modelos de cuidados sin Sujeciones, por tanto, es en el Modelo Centrado en la Persona donde el trabajador social deberá centrar su cambio de actitud y nuevos modos de intervención profesional.

El trabajador social deberá crear un plan de vida donde se compartan decisiones con usuarios, amigos, familia y demás profesionales encargados de su cuidado. Se debe ver a la persona dentro de su entorno habitual, desde su historia de vida se tendrán en cuenta todas aquellas rutinas que le den seguridad, aficiones, necesidades etc. Se considerará a la familia como parte esencial de la vida y cuidados de la persona dependiente, haciéndola partícipe de su vida diaria. Por lo tanto, este modelo de atención, conlleva el compromiso y el esfuerzo de las personas y las organizaciones que vienen trabajando desde modelos muy orientados a los servicios y adaptarlos al cambio.

Dicho cambio aportará al profesional del Trabajo Social, una mayor reflexión hacia las personas usuarias y sus familias, mejorará también su autoestima profesional

ya que alienta el crecimiento profesional y dignifica la labor asistencial. Se facilita por tanto la participación, el intercambio y el trabajo en equipo.

De cara a la organización, se mejora el clima laboral al facilitar la toma de decisiones compartidas, facilitando por tanto relaciones más cordiales y abiertas al cambio. También se optimizan el uso de recursos y se obtienen por tanto ganancias en calidad de atención.

Según los documentos analizados no es posible tener una atención centrada en la persona si el trabajador social no participa de forma activa en estos factores que son necesarios para la aplicación de los nuevos modelos. Así como también son necesarias, su valoración a través de las historias de vida para conocer lo que es importante para cada persona y su mediación en la implicación de la familia en este proceso de desatar.

Pero este modelo de atención no se está aplicando al ritmo deseado, porque romper con prácticas tradicionales no es fácil y requiere un gran esfuerzo que va más allá del deseo de lograrlo.

Un nuevo modelo de actuación exige de nuevos roles que los profesionales deben asumir, como se ha mencionado en la revisión de documentos y el Trabajo Social, debe enfrentarse a ellas de forma global como así asegura el profesor (Fernández. T, 1994, p.112): *“los nuevos escenarios de las necesidades sociales en Trabajo Social, requieren definir nuevas estrategias de intervención profesional que sean capaces de incidir en los verdaderos obstáculos que retrasan o interrumpen los procesos de transformación social”*.

En consecuencia, este Trabajo Fin de Grado ha aportado a la alumna la capacidad de valorar y analizar las resistencias en la adopción de nuevos roles exigidos en paradigmas emergentes, como una de las barreras con las que se tendrá que encontrar en la profesión, pues abrirse camino frente a modelos tradicionales, es una tarea que necesita de mucho esfuerzo y apoyo desde la misma institución.

Como propuesta de solución con respecto a este tema, por un lado se propone, la necesidad de seguir analizando y profundizando en todo aquello que permita a la profesión, avanzar hacia procesos de transformación que tienen como resultado una mejor calidad de vida de las personas. En este caso, a través de la lucha por la dignidad

y el respeto en sus cuidados, ya que como se sostiene, las personas mayores dependientes se encuentran en una situación de vulnerabilidad y desventaja social. Por otro lado como segunda propuesta, tener en cuenta que las tendencias van hacia una creciente especialización, pues estas giran hacia las demandas sociales como sucede con estos nuevos modelos de cuidados y si el trabajador social no adopta estos nuevos modos de hacer, podrá limitar su actuación a lo meramente burocrático, con el riesgo de perder la labor humana y social de la disciplina y su acción transformadora sobre las personas.

Como tercera y última propuesta, se sugiere protocolizar la metodología de intervención del trabajador social en este nuevo avance que se plantean y sumar esta nueva metodología a su formación.

Respecto a la valoración de la realización del trabajo, en primera instancia, la elección de una monografía no era una opción a contemplar por la alumna para este Trabajo Fin de Grado, pues nunca antes se había abordado la monografía durante la carrera y dada la inexperiencia en esta modalidad, se valoró antes la posibilidad de un proyecto de investigación o de intervención ya que resultaría en ambos casos menos complicado. Pero en este sentido, este tema innovador que despertaba la inquietud de la alumna por conocer los nuevos avances científicos y de intervención relacionados con la profesión, consiguió plantear esta revisión documental como un reto alcanzable, desde el punto de vista de las competencias del Trabajo Social de investigar, recopilar e indagar en todo aquello que nos lleve profesionalmente a ampliar conocimientos al comprender las desigualdades sociales, así como identificar las situaciones de desprotección o vulneración de los derechos, que son objetivo de intervención del Trabajo social. Revisar y analizar documentos para profundizar en como afecta a nuestra disciplina y como poder abordarla en un futuro, es sin más el verdadero sentido de la elección de la monografía, por ser esta la modalidad más adecuada dada la innovación del tema elegido.

Sin embargo, la búsqueda de documentos ha sido complicado por la limitación de publicaciones al ser el tema elegido muy novedoso, aunque la preocupación y la inquietud de los gerontólogos en avanzar en los modelos de cuidados se manifiesta en muchos documentos consultados. Son muchas las propuestas encontradas en modelos

asistenciales donde la persona debe ser el eje de los cuidados y en este sentido el análisis documental se tuvo que limitar al máximo por la falta de tiempo.

Una vez encontrados los documentos donde se debe acotar el análisis documental, la información es muy amplia y de mucho interés. Esta parte de la revisión documental es la que presenta una mayor dificultad, pues es imposible plasmar en el apartado de la bibliografía todos los documentos consultados y leídos para poder posteriormente hacer la selección adecuada con la que se construye el marco teórico. Se ha dedicado muchas horas en buscar, seleccionar y limitar los documentos para el análisis y aunque las monografías resultan muy enriquecedoras son muy agotadoras por la extensión de su proceso y por la falta de práctica.

Las exigencias en cuanto a normativa a la hora de reflejar las fuentes y citas bibliográficas hace el proceso duro y estresante, pues aunque se intenta ser rígido y estricto en las citas, no deja de existir el temor de poder obviar en algún apartado alguna referencia.

A pesar de ello, la monografía ha sido productiva y se han obtenido los objetivos dispuestos por la alumna de profundizar en el tema elegido y valorar la importancia del trabajador social en el mismo, superando por tanto los temores existentes al comenzar este Trabajo Fin de Grado. No obstante, se precisa puntualizar que el documento es tan sólo un pequeño inicio en este nuevo reto que se plantea a la profesión.

Como sugerencia de mejora, podría ser el aumentar y especificar más las pautas para la realización de una monografía en la guía de Trabajo de Grado, ya que la información existente resultó difusa teniendo en cuenta que la realización de una monografía es una práctica novedosa para la alumna. El resultado del documento satisface las exigencias particulares de la alumna, pero reconoce la posibilidad de mejorar en esta modalidad si se dispusiese de más tiempo para su realización y más práctica en el manejo de documentos y de referencias bibliográficas.

No es posible finalizar este Trabajo Fin de Grado sin una nota de agradecimiento a la tutora universitaria que ha acompañado a la alumna por este recorrido, demostrándole en todo momento su entusiasmo y apoyo en la realización de este

documento. Sus aportaciones en este aprendizaje han ido mucho mas allá de las académicas, pues el resultado ha sido todo lo productivo y constructivo que podía ser. No sólo ha guiado a la alumna a incorporar nuevas competencias, sino que también, ha logrado potenciar la motivación de la alumna en esta experiencia.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Carta europea de los derechos y de las responsabilidades de las personas mayores que necesitan atención y asistencia de larga duración. Mayo (2010). Consultado el 16 de junio de 2015. Disponible en: http://www.ararteko.net/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0-481_1.PDF
- CEAFA y Fundación María Wolff (2014) *impulsan el Modelo en Cuidado de Demencias sin sujeciones en las residencias*. Evaluando las Fuentes Electrónicas. Consultado el 3 de marzo, 17 de Mayo de 2015, disponible en: <http://www.balancedeladependencia.com>
- Centro Socio sanitario El Pino. La Revista (2014). Nº8 pagina 8. Disponible en: <http://www.grupoicot.net>
- IX Congreso estatal de facultades de trabajo social. García Navarro, R. Y Martín Martorell A. (2012). *El Trabajo Social ante los desafíos de un mundo en cambio*. Murcia. Consultado el 2 de junio de 2015. Disponible en: <https://www10.ujaen.es/conocenos/centros/factra/ix-congreso-estatal-de-facultades-de-trabajo-social>
- *Como se eliminan las sujeciones* (2006), consultado el 6 de marzo, 3 de abril, 15 de mayo, 5 de junio, 16 de junio. Disponible en: <http://www.ararteko.net>
- Dabove Caramuto, M. Isolina & Prunotto Laborne (2006). *Derecho de la ancianidad. Perspectiva interdisciplinar*. Argentina. Consultado el 2, 15 de junio de 2015. Disponible en: <https://books.google.es/books?isbn=9508172878>
- Dra. Montse Queralt. (2011). Especialista en Medicina de Familia y Geriátrica. Medico Consultor de Advance Medical. Consultado el 22 de mayo de 2015. Disponible en: http://www.mapfre.es/salud/es/cinformativo/definicion_envejecimiento.
- España. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. *BOE*, de 15 de diciembre de 2006, núm. 299, pp. 44142 a 44156.
- Fundación cuidados dignos modelo vida y persona, 2015. Consultado el 17 de febrero, 5 de marzo, 6 de junio, 14 de junio, 3, 6 de julio de 2015, disponible en: http://www.cuidadosdignos.org/modelo_vida_persona.html
- García García, P. & Beltrán Aguirre, J.L. (2012). *El uso de contenciones en el ámbito de los servicios sociales de Navarra*. Navarra. Consultado el 26 de junio de 2015. Disponible en: <https://www.inforesidencias.com/contenidos/noticias/navarra/en-navarra-publican-el-plan-de-inspección-de-servicios-sociales-para-2015>.

- ICOT – Grupo Sanitario (2014). Consultado el 22 de junio. Disponible en <http://www.icot.net/>.
- Ingema, Pildain Olaizola, A. (2001), Consultado el 22 de junio y el 4 de julio de 2015. Convenio de colaboración entre la Consejería de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco y la Fundación Instituto Gerontológico Matia (Fundación Ingema), disponible en <http://www.gizartelan.ejgv.euskadi>.
- Instituto Atención social y Socio sanitaria (2013). Consultado el 20 de junio. Disponible en: <http://www.instituto-as.es/>.
- ISSN: 0213-5795. Enero-diciembre 2012. Revista Jurídica de Navarra. Nº 53-54.pag 71-112.
- Libro blanco título de grado en trabajo social-Aneca Consultado el 29 de junio Disponible en: www.aeca.es/medis/150376/libroblanco_trbsocial_dep.pdf
- Martín García, M (2003). Trabajo Social en Gerontología. Madrid: Síntesis, S.A.
- Martínez Rodríguez, T (2011). *La atención gerontológica centrada en la persona*. Vitoria: Eusko Jaurlaritza Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco Donostia-San Sebastián. Vitoria-Gasteiz. Consultado el 3, 17,24, de junio y 7 de julio de 2015. Disponible en: [https://www.euskadi.eus/contenidos/.../Atención %20 Gerntologica.pdf](https://www.euskadi.eus/contenidos/.../Atención%20Gerontologica.pdf).
- Olazarán-Rodríguez, J, Agüera-Ortiz, L.F., Muñiz-Schwochert, R (2012). *Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia: prevención, diagnóstico y tratamiento*. Madrid. Consultado el 21 de junio y 8 de julio. Disponible en: [https://www.mariawolff.org/ pdf/olazaran.pdf](https://www.mariawolff.org/pdf/olazaran.pdf)
- Rigueira García, A.I (2013). *Yo no he cometido ningún delito, no tengo por qué estar atado*. Consultado el 18 de mayo de 2015, disponible en: <http://www.hemosleído.es>
- Rodríguez Delgado, J (2011). *Contenciones mecánicas en geriatría: propuestas técnicas y recomendaciones de uso en el ámbito social*. Consultado el 27 de marzo, 18 de mayo 2015. Disponible en: <http://www.enfermeriacantabria/webarticulos/7/46>
- Sanitas (2008). *Etapas de la demencia*. Evaluando fuentes electrónicas. Sanitas residencias de mayores. Consultado en 17 de febrero, 7 de abril, 16 de mayo, 16 de junio. Disponible en: <http://www.sanitas.es>
- Servicios Sociales y Política Social. Vol. XXX, Nº101, Abril 2013. Consejo General del Trabajo social. Mediación.

- Sociedad española de geriatría y gerontología (2014), Madrid. *Consenso sobre sujeciones mecánicas y farmacológicas*. Disponible en: [https://www.segg.es/download.asp?file=media/descargas/Documento de Consenso sobre Sujeciones.pdf](https://www.segg.es/download.asp?file=media/descargas/Documento_de_Consenso_sobre_Sujeciones.pdf)
- [Terapia Ocupacional](#) copyright © 2014/ Template Created By: [ThemeXpose](#) Consultado el 17 de junio del 2015. Disponible en <http://terapeutas.blogspot.com.es/2010/12/avd-que-son-actividades-de-la-vida.html>
- Urrutia Beaskoa, (2014). *Avanzando hacia una cultura del cuidado, no sujeciones*. Consultado el 22 de marzo y 6 de junio. Disponible en: <http://www.crealzheimer.es>
- VVAA. (2012). Documentos de Trabajo Social. Consultado el 11 de julio, disponible en [http://www.trabajosocialmalaga.org/archivos/revista dts numeros/DTS 51 r ed.pdf](http://www.trabajosocialmalaga.org/archivos/revista_dts_numeros/DTS_51_r ed.pdf)
- Wolff, M (2014). *Cuidados en demencias sin sujeciones*. Madrid, Fundación María Wolf. Consultado el 23 de mayo, 3, 9, 16 de junio y 4 de julio. Disponible en: [http://www.balancedeladependencia.com/CEAFA-y-Fundacion-Maria-Wolff-impulsan-en-el-Modelo-de-Cuidados -de-Demencias-sin-Sujeciones-en-las-residencias_a3256.html](http://www.balancedeladependencia.com/CEAFA-y-Fundacion-Maria-Wolff-impulsan-en-el-Modelo-de-Cuidados-de-Demencias-sin-Sujeciones-en-las-residencias_a3256.html)