



**LES CONTENCIONS  
FÍSiques EN PERSONES  
GRANS:**

**DOS PROBLEMES  
I UNA SOLUCIÓ**

## **ÍNDEX**

1. Introducció	3
2. Objectius	8
3. Metodologia	8
3.1 Mètode	8
3.2 Instruments utilitzats	9
3.3 Participants	9
3.4 Variables d'estudi	10
3.5 Procediment	10
3.6 Reflexió	12
3.7 Repensant la organització assistencial	14
4. Resultats	15
5. Conclusions	20
6. Bibliografia	23

## **1. INTRODUCCIÓ**

L'augment de l'esperança de vida suposa el creixement progressiu de la població anciana i per tant, de la prevalença de malalties associades a l'envelliment, entre les quals es troben les diverses formes de demència.

El deteriorament cognitiu i els trastorns de conducta que presenten aquestes persones, plantegen moltes vegades problemes al cuidador de com abordar la situació. És quan derivat de l'agitació entre d'altres situacions, s'acostuma a recórrer a les mesures de contenció física / mecànica.

Què és o què es considera una contenció física/mecànica?

*“Qualsevol mecanisme, material o equip lligat al cos o a prop del cos d'una persona que no pot ser controlat o retirat amb facilitat per ell mateix, i que l'impedeix o està pensat per que l'impedeixi el moviment lliure del cos d'una persona a la seva elecció i/o accés normal d'una persona al seu cos”.*

*(Instituto Joanna Briggs 2002).*

L'ús de les contencions físiques en persones grans en situació de dependència es pot considerar un acte indigne des del punt de vista del tracte a éssers humans. El tracte digne es tradueix en buscar el màxim benefici terapèutic, i la màxima independència i control de la vida quotidiana possible. Proporcionant a la seva atenció el benestar físic i emocional, així com la promoció de la seva independència.<sup>1</sup>

Els riscos que se'n deriven de la utilització de contencions físiques són: la pèrdua d'autonomia, de la dignitat i l'autoestima, així com el risc de patir greus conseqüències, tan físiques com psíquiques.

Per què autonomia? Perque atenta contra la llibertat de desplaçament i gestió del cos. I dignitat? Dignitat, deriva de l'adjectiu llatí *digne* i es tradueix per *valuós*. Fa referència al valor inherent al ésser humà en quant ser racional, dotat de llibertat i poder creador, doncs les persones poden modelar i millorar les seves vides mitjançant la presa de decisions i l'exercici de la seva llibertat. La dignitat reforça la personalitat, fomenta la sensació de plenitud i satisfacció.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Guía para la intervención profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia. Teresa Martínez Rodríguez. Gobierno Vasco. Departamento de empleo y asuntos sociales. Vitoria-Gasteiz, 2011.

<sup>2</sup> Definició Dignidad : Wikipedia

De fet ens trobem amb un marc legal amb moltes anades i vingudes versos aquest tema. Si ens remuntem a la “Asamblea del Parlamento y el Consejo de Europa”, posteriorment a l'any 1994, en la recomanació 1235, va prohibir l'ús de la contenció física en qualsevol situació. El “Libro Blanco del Consejo de Europa” va suspendre aquesta mesura dient : que els usos en períodes curts de contenció física i aïllament tenen que ser proporcionals als beneficis i riscos que se'n derivin. L'art 763 de la Llei “d'Enjuiciamiento Civil”: tracta de la pèrdua del dret a la llibertat en situacions de caràcter sanitari. Llei 4/2002 de 14 de novembre reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica, i en el seu art.8 Consentiment informat, ja que és un procediment que suposa riscos. La Llei 12/2007, de 11 d'octubre de Serveis Socials a Catalunya, defineix els objectius i finalitats dels serveis socials com que han de contribuir i garantir la llibertat, la dignitat i el benestar de les persones.

Els resultats d'estudis realitzats per CEOMA (Confederación Española de Organizaciones de Mayores), conclouen que l'ús de les contencions a Espanya és del 39% de les persones que reben atenció residencial, dada molt més elevada que en d'altres països amb una posició socioeconòmica comparable al nostre. Al mateix temps també es demostra que el seu ús pot disminuir si organitzem acuradament la seva atenció: es formen als professionals i s'adequa l'entorn físic. El 70% dels problemes de conducta amb malalts d'Alzheimer i altres tipus de demència són benignes, reactius, evitables i modificables, en un ambient psicosocial ben dissenyat i organitzat en un entorn on hi ha escassos conflictes, on tot funciona adequadament i per tant, on els residents poden estar més tranquils.

En els últims temps i cada cop més, es sent a parlar del fet de no utilitzar contencions mecàniques en les persones grans institucionalitzades.

La continua difusió d'aquest missatge, i de que això és possible ens ha portat a fer una profunda reflexió al respecte. Un panell d'experts ha situat al voltant del 3,6% la prevalença d'ús de contencions mecàniques d'acceptable en centres residencials de llarga estada.

“Com pot ser que d’un recurs o instrument dels que tenim per cuidar, que des de l’òptica del professional proteccionista funciona, ara se’ns plantegi cuidar sense fer-n’hi ús, amb tots els riscos associats que això comporta ?” .

La seguretat té un preu, i és important evitar un excessiu proteccionisme - paternalisme que indueixi a immobilitzar una persona. Hi ha un nombre de caigudes en persones grans que s’ha de considerar normal.

La dignitat de les persones grans ha d’estar per sobre de qualsevol altre conjuntura ; inclosa d’excessiu proteccionisme.<sup>3</sup>

És necessari ser permissiu amb la mobilitat, inclús estimular-la. Aquesta és clau per a que conservi les seves funcions. Una persona gran té poques oportunitats de posar-se dret , això farà que acabi amb els músculs atrofiats i amb els ossos desmineralitzats, el que augmentarà el risc de fractures.

“Acceptar cert grau de risc.....  
.....és part essencial d’una bona atenció i cura”.<sup>4</sup>

S’ha d’anar més enllà per adonar-nos que és possible, i que a més a més no ens limitem solament a cuidar i protegir a una persona sinó què : “la dimensió es magnífica” perquè passem a dignificar a la persona.

La paraula dignitat quan parlem de gent gran, ens porta a situar-la en el context de la societat real on de vegades es creen estereotips sobre la vellesa que provoquen una negativa influència sobre la salut dels propis ancians. Així mateix aquestes falses creences, actituds i estereotips que es manifesten en masses ocasions priven d’envellir amb dignitat.<sup>5</sup>

Els priven d’envellir amb respecte, ja que simplificant el terme dignificar l’ancià ho traduiríem senzillament en : respectar-lo.

<sup>3</sup> Frase de l’entrevista feta al sr. Rubén Muñiz, sobre les contencions físiques i farmacològiques en el segle XXI. Membre de la Fundació Maria Wolf y empresari.

<sup>4</sup> Programa CEOMA. Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer

<sup>5</sup> Article del President del Fòrum Gerontològic de Catalunya el sr. Jaume de S. Figueres (web. Vejez y vida)

Com a punt de partida en aquest treball el que volíem era canviar aquesta realitat i reduir el màxim aquest percentatge, ja que consideràvem hi ha estudis que avalen que fèiem ús de massa contencions mecàniques.

D'aquesta manera la qualitat que es desprèn de la nova realitat, tindria un paper fonamental en la millora del benestar de les persones que hi viuen i de les seves famílies.

El camí a seguir no era senzill ja que els canvis a fer no solament són externs, ni d'execució de tasques, sinó que també són interns. Hi ha d'haver un canvi de mentalitat de tots els professionals del centre, tan d'atenció directa com indirecta, i sobretot ara més que mai, aprendre a treballar en equip.

Per assolir alguns dels objectius proposats en aquest estudi varem utilitzar una nova metodologia d'atenció a persones amb problemes cognitius que es diu Dementia Care Mapping (DCM).

El DCM és una eina que va ser dissenyada per poder determinar la qualitat d'atenció que rebien les persones amb demència. És una metodologia d'observació, que es pot considerar tant una eina com un procés.

Al nostre centre es va iniciar l'ús de la metodologia DCM l'any 2010, amb tot el procediment de formació i informació corresponent i així, poder començar un camí amb la certesa i convicció que ens aportaria unes dades i unes conclusions, que ens permetrien millorar la qualitat assistencial que estàvem oferint als nostres usuaris.

Així doncs, després dels diferents “mapes” realitzats a la unitat psicogeriàtrica, i com no, després del complexa anàlisi de les dades obtingudes, les conclusions a les que es van arribar van ser realment desoladores : tant durant el matí ( 11,2% del temps observat) com la tarda (25,7% del temps observat), teníem uns usuaris que de forma passiva estaven observant l'entorn, sense relacionar-se entre ells ni amb el personal, i realitzant auto estimulació o intents de comunicació que no obtenien resposta. A més d'observar que en cap moment es van realitzar activitats específiques amb ells per mantenir-los actius i estimulats.

Tanmateix, els professionals (mapadors) implicats van afegir que el nivell de l'estat d'ànim millorava, quan rebien assistència dels professionals pel fet que es relacionaven amb ells.

Amb tot lo descrit en aquesta introducció volíem plantejar les dues accions de millora que varem treballar:

- Reduir al màxim el nombre d'usuaris amb prescripció de contenció mecànica.
- Que els residents de la planta psicogeriàtrica rebessin estimulació externa durant els períodes de vigília on creïem que eren susceptibles a rebre-la.

I ambdues accions tenien el valor afegit de que no generessin cap cost econòmic, el que va fer que ens les enginyéssim per fer més eficients els recursos dels que disposàvem.

## **2. OBJECTIUS**

Els objectius de l'estudi són els següents :

1. Millorar la qualitat de vida de les persones grans amb deteriorament cognitiu, sotmeses a l'ús de contencions físiques .
2. Fomentar els criteris de qualitat assistencial, eliminant al màxim les contencions físiques sense que augmentin el nombre de caigudes i les seves conseqüències.

## **3. METODOLOGIA**

La naturalesa d'aquest estudi on nosaltres érem partícips d'una situació que volíem canviar basant-nos en la següents hipòtesis : L'ús de les contencions mecàniques en el centre on treballem les consideràvem excessives i que els participants objecte de l'estudi estaven poc estimulats”, ens aboca a dir que es tracta d'un estudi socio-crític, tot i que a la vegada es pot desprendre algun tret humanista ja que els canvis que volíem realitzar podien incidir directament amb els participants objecte de l'estudi, les seves famílies i els professionals en l'obtenció de dades que han estat recollides mitjançant l'observació directa (Dementia Care Mapping).

### **3.1 MÈTODE**

Ens permet conèixer les activitats i estratègies emprades a l'estudi. Es tracta d'un estudi observacional, descriptiu i transversal on els autors som part implicada per poder realitzar el canvi, per tant estem dins un marc d'un paradigma socio-crític, tot i que no deixen de tenir trets humanístics en tot l'estudi.



### 3.2 INSTRUMENTS UTILITZATS

Per desenvolupar l'estudi s'ha utilitzat l'instrument DCM (Dementia Care Mapping).

El DCM és una eina desenvolupada pels professors Tom Kitwood i Kathleen Bredin a finals dels 80 que va ser dissenyada per poder determinar la qualitat d'atenció que rebien les persones amb demència.

L'any 2006, Alzheimer Catalunya va signar un conveni de col·laboració amb la Universitat de Bradford, convertint-se en el líder estratègic de la seva implementació a Catalunya i a la resta de l'Estat.

En Tom Kitwood, en el seu llibre “Repensant la demència” Euno Editorial, p.20.2003

Escriu que el DCM és “Un intent seriós de posar-se a la perspectiva de la persona amb demència mitjançant una combinació de l'empatia i l'habilitat observacional”.

També s'han analitzat les dades de forma qualitativa basant-nos en el procediment d'anàlisi d'historial clínic i social així com l'observació directa.

### 3.3 PARTICIPANTS

Els participants d'aquest estudi han estat un total de dotze, set dels quals eren portadors de contencions mecàniques diürnes.

El tret en comú de la totalitat dels participants en l'estudi ha estat el deteriorament cognitiu: 7 dels quals tenien diagnosticada la malaltia d'Alzheimer i 5 Demència no especificada. Descripció mostra d'estudi (*Veure Taula 1*)

SEXE		NOMBRE DE PARTICIPANTS AMB CONTENCIÓ	NOMBRE DE PARTICIPANTS SENSE CONTENCIÓ	MITJANA EDAT PARTICIPANTS AMB CONTENCIÓ	MITJANA EDAT PARTICIPANTS SENSE CONTENCIÓ	MALALTIA DELS PARTICIPANTS AMB CONTENCIÓ	
						ALZHEIMER	DEMÈNCIA SENSE ESPECIFICAR
HOMES	4	3	1	82,60	76,00	2	1
DONES	8	4	4	86,00	80,75	2	2
TOTAL	12	7	5				

(Taula 1)

### **3.4 VARIABLES DE L'ESTUDI**

Respecte a les variables les diferenciarem en :

Les variables dependents:

- Organització dels espais del centre.
- Organització del funcionament del centre.
- Que els participants a l'estudi tinguin deteriorament cognitiu
- La formació i informació dels professionals del centre per afrontar els canvis amb èxit.

Les variables independents :

- Sexe i edat dels participants
- Altres malalties
- Fossin portadors de cadires de rodes i/o d'altres ajudes tècniques per desplaçar-se.

Les variables estranyes:

- Psicologia social maligne (Detractors-potenciadors)

### **3.5 PROCEDIMENT (ACCIONS I ESTRATÈGIES EMPRADES)**

El camí a seguir per aconseguir els objectius fixats abordava moltes vessants que requerien cada una d'un procediment específic. Per una banda els professionals de cada àmbit, els familiars de tots els residents i els residents autònoms del centre.

Ens varem plantejar de forma abreujada quin havia de ser el resultat final, i a partir d'aquí varem anar descrivint totes les accions que havíem de fer indiferentment de la naturalesa que fos. Amb totes les accions a realitzar ben detallades, ens varem fixar el cronograma d'execució de cada una, què, com i quan ho faríem, la persona encarregada si s'esqueia i tot lo referent a aquella acció.

Érem coneixedors de la realitat que volíem canviar i havíem de trobar el punt de partida a totes les accions que aniríem realitzant.

El punt de partida va ser la solució que veiem als nostres problemes.

## REORGANITZACIÓ ESTRUCTURAL I FUNCIONAL DELS ESPAIS DE LA RESIDÈNCIA

Haviem d'eliminar un menjador ( en quedarien dos) : AUTÓNOMS I DEPENDENTS

La distribució de l'edifici ens obligava inicialment a tenir un menjador per planta, que a la vegada feia la funció de saleta d'estar. Això implicava que en els àpats havia d'haver personal auxiliar en cada planta. Varem començar a tenir problemes d'espai, ja que cada cop teníem més usuaris amb alta dependència que necessitaven d'ajudes tècniques de forma continuada : cadires de rodes, transferències amb grues, mobiliari geriàtric pels canvis posturals fixats, etc. Tot plegat s'anava complicant.

A més a més, quan preguntàvem al personal perquè creia que havíem d'utilitzar les contencions físiques, la resposta de tots va ser “pel risc de caigudes al no poder estar amb ells tota l'estona”. I quan els hi varem realitzar la pregunta de com és que no realitzaven més activitats amb ells, la resposta va ser unànime : “els hi faltava temps,estic sol i no puc”

Organitzant el centre amb dos menjadors el que varem aconseguir va ser, en quant a espais, destinar-ne un única i exclusivament a sala d'estar i activitats dels usuaris psicogeriatrics. En aquest espai si ubicarien tots els sillons reclinables que hi havia pel centre així com els reposapeus. També traslladaríem aquí tot el material específic per fer activitats.

L'altra canvi substancial en tota aquesta intervenció va ser que l'auxiliar que estava al tercer menjador, ara estaria a la planta psicogeriatrica en tots els àpats, i que en aquesta planta fos l'hora del dia que fos sempre hi haguessin dues persones d'atenció directa com a mínim. Amb això volíem dir que hi ha moments i franges horàries del dia on inclús hi ha tres de gerocultors .

Per aconseguir que la dedicació d'atenció directa fos així, el personal auxiliar va deixar de fer els llits dels residents, tasca que es va assignar al personal de neteja, òbviament amb una reestructuració horària, però sense cap increment de jornada.

### **3.6 REFLEXIÓ (ON ESTAVEM I ON ESTEM DINS L'ESTUDI)**

Amb tot lo descrit fins ara, es pot intuir fàcilment que passava abans i ara.

Que teníem : un gerocultor per planta, un horari més rígid, els podia aparèixer el sentiment de solitud i angoixa en situacions fora de lo habitual, així com, no puc, no arribo, si faig una cosa no en puc fer un altre.

En quan a espais i mobiliari teníem: sillons reclinables per tot el centre on no se'n feia l'ús específic a les característiques que oferia, les plantes del centre eren saleta i menjador (tot barrejat) i greus problemes d'espai a la planta psicogeriatrica.

Que tenim ara: dos gerocultors a la planta psicogeriatrica i un a la planta d'autònoms, s'ha après a treballar de forma continuada (treball en equip), els horaris són orientatius, no és important que una persona amb una demència molt avançada mengi a la una, el que és important és que mengi i, em de poder i saber donar-li un àpat fent les parades pertinents si es nega a menjar.

En quan a espais i mobiliari tenim: tots els sillons reclinables i reposapeus a la planta psicogeriatrica, disposem d'una sala d'estar i d'activitats específica pels usuaris que tenen aquest perfil i a més a més s'han solucionat els problemes d'espai.

El procediment tal i com s'ha comentat anteriorment va ser ampli i no es va executar cap acció fins que es va aprovar en el Consell de Participació de centres que es va realitzar al març de 2012.

A partir d'aquí i amb la planificació en mà es va fer el següent:

- Es va fer una reunió amb tot el personal auxiliar i una altre amb el personal de neteja. En aquesta reunió es va explicar la nova organització del centre però el que és més important, es va explicar “Per que” i “Que volíem” aconseguir.

- Volíem eliminar l'ús de les contencions mecàniques dels nostres usuaris.



On estava la clau ?????

**ELS USUARIS NO HAVÍEN D'ESTAR MAI SOLS !!!!!**

- Es va fer una reunió amb tots els usuaris autònoms del centre. Havien de conèixer, entendre i fer les preguntes que creguessin oportunes de tots els canvis que es produïrien a “casa seva”
- Es van realitzar reunions personalitzades amb tots els familiars de residents psicogeriatrics. Se'ls hi va explicar els canvis de reorganització d'espais i el fi /objectiu que ens havíem fixat: eliminar l'ús de les contencions físiques.
- Quan tothom va estar informat es va passar a l'execució del procediment que va ser a començaments del mes d'abril de 2012.

### **3.7 REPENSANT LA ORGANITZACIÓ ASSISTENCIAL**

Tots aquests canvis i mesures implantades, va suposar que :

1. Sempre hi hauria algun professional d'atenció directa amb els usuaris psicogeriatrics : supervisió
2. Canvi d'hàbits: Excepte els àpats, estarien col·locats en sillons reclinables i reposapeus.
3. Infermeria juntament amb la coordinadora de les auxiliars, van elaborar una planificació específica en quan a horaris i ubicació de cada professional d'atenció directa al llarg de la seva jornada. Aquesta planificació se'ls hi va donar de forma individual per poder aclarir si s'esqueia, els dubtes que sorgissin.
4. Per optimitzar la dedicació del professional d'atenció directa del que disposàvem, amb la implantació del programa van deixar de fer els llits dels usuaris. Això ens va permetre el : centrar l'atenció en la persona. No solament en la vigilància i supervisió, pel fet de no dur contencions físiques, sinó amb una sèrie d'activitats fixades i registrades a diari que s'havien de portar a terme.
5. Aquesta Atenció Centrada a la Persona, ens permetia donar resposta a l'anàlisi de dades i conclusions extretes dels mapes elaborats pel personal qualificat en l'aplicació del “Dementia Care Mapping”. Ara sí, que disposàvem del personal i del temps per poder dedicar-nos a generar autonomia i a més, fer-ho amb respecte, amb dignitat.

#### 4. RESULTATS

Per obtenir els resultats varem emprar dues fonts d’informació.

La primera va ser els resultats obtinguts a través dels “mapes” del DCM on tenim les següents dades analitzar: fitxa de comportament (*Taula 2*) i fitxa del benestar (*Taula 3*). Arrel d’aquestes dades es plantegen les accions a emprendre.

#### CODIS DE CATEGORIES DEL COMPORTAMENT

CODI	PARAULA CLAU
A	InterAcció
B	Bodeline / Límit
C	DesvinCulat
D	Dedicació - Auto-cura
E	Expressiva
F	Ingesta
G	Record
I	Intel·lectual
J	Activitat física
K	Kaminar
L	Lleure
N	Dormir
O	Objectes
P	Assistència física - Pràctica
R	Religió
S	Sexualitat
T	Sensacions Sensorials
U	Sense Resposta
V	Vocacional
W	Autoestimulació Repetitiva
X	Excreció
Y	Jo mateix
Z	Zero

#### FITXA DE CATEGORIES DEL COMPORTAMENT

Participant	1	2	3	4	5	Grup
A		7	1	8		7
B		2	37	15		2
C				1		0
D	4	2		3		6
E				1		0
F	8	6	2	6	1	14
G						0
I				2		0
J						0
K						0
L						0
N	27			1		27
O						0
P	5	1	3	1	1	6
R						0
S				5		0
T						0
U			5	2		0
V						0
W	1					1
X	3			3	2	3
Y					44	0
Z						0
<b>Total</b>	48	18	48	48	48	66

(*Taula 2*)

Aquesta taula dona moltíssima informació per a poder treballar qualsevol ítem que l’equip consideri prioritari i/o necessari. Nosaltres varem agafar el **codi “K”** que significa **“caminar”** on es veu com cap participant camina en el període on s’executa la tècnica DCM.

Varem triar aquest ítem perquè creiem que el que aportaria poder realitzar aquesta activitat oferiria un benefici doblat, ja que englobava l'estat físic del participant i el seu benestar emocional/estat d'ànim, sense oblidar els altres ítems.

A la següent taula es detallen les dades recollides durant l'execució del DCM referent a l'estat emocional dels participants. Com a conclusions dels professionals experts en mapar, detallen que el nivell d'estat d'ànim dels participants millora, quan reben assistència dels professionals pel fet que es relacionen amb ells.

### Com determinar el valor ME apropiat

Ànim	Valor ME	Implicació
Molt contents, alegres. Estat d'ànim altament positiu	5	Profundament abstrets. Molt entretinguts
Contents, alegres, relaxats. Estat d'ànim considerablement positiu	3	Concentrats però se'ls pot distreure. Molt abstrets
Neutre. Absència d'indicis perceptibles d'ànim positiu o negatiu	1	Atents i conscients de l'entorn. Participació breu o intermitent
Lleus signes d'estat d'ànim negatiu	-1	Absents i sense contacte
Signes de considerable estat d'ànim negatiu	-3	
Molt angoixats. Signes clars d'estat d'ànim molt negatiu	-5	

### Perfil de benestar

Participant		-5		%	-3		%	-1		%	+1		%	+3		%	+5		%
1	IT en ME	0	x	0%	1	x	4%	9	x	36%	15	x	60%	0	x	0%	0	x	0%
	Total IT	25	100		25	100		25	100		25	100		25	100		25	100	
2	IT en ME	0	x	0%	0	x	0%	8	x	22%	25	x	69%	3	x	9%	0	x	0%
	Total IT	36	100		36	100		36	100		36	100		36	100		36	100	
3	IT en ME	0	x	0%	0	x	0%	0	x	0%	32	x	71%	13	x	29%	0	x	0%
	Total IT	45	100		45	100		45	100		45	100		45	100		45	100	
4	IT en ME	0	x	0%	15	x	32%	9	x	20%	16	x	35%	6	x	13%	0	x	0%
	Total IT	46	100		46	100		46	100		46	100		46	100		46	100	
5	IT en ME	0	x	0%	0	x	0%	4	x	12%	20	x	63%	3	x	9%	5	x	16%
	Total IT	32	100		32	100		32	100		32	100		32	100		32	100	
Grup	IT en ME	0	x	0%	16	x	9%	30	x	15%	108	x	59%	25	x	14%	5	x	3%
	Total IT	184	100		114	100		184	100		184	100		184	100		184	100	

(Taula 3)



Amb aquestes dades ens varem plantejar que havien de rebre com a estímul extern que el personal auxiliar els fes caminar a diari, matí i tarda. Inicialment en petites transferències, i sota la supervisió del servei de fisioteràpia del centre anar augmentant cada cop més el temps de deambular de l'usuari acompanyat d'un professional amb l'objectiu d'assolir els deu minuts en cada període.

Fomentant així l'autonomia del participant de la mateixa manera que augmentava la seva autoestima.

Dels mesos de juliol (*Taula 4*) i agost (*Taula 5*) el promig de participants a l'estudi que reunien les característiques necessàries per a poder treballar amb ells aquesta activitat, va ser de 6.

Per a poder quantificar els resultats varem fer el següent:

#### MES DE JULIOL

Participant	Nº Matins	Nº Tardes	Percentatge de períodes possibles que ha fet l'activitat
1	26	30	90,00%
2	28	25	85,50%
3	29	26	88,70%
4	27	28	88,70%
5	29	29	93,55%
<b>Promig total del mes</b>			<b>89,29%</b>

(*Taula 4*)

#### MES D'AGOST

Participant	Nº Matins	Nº Tardes	Percentatge de períodes possibles que ha fet l'activitat
1	20	20	66,60%
2	20	18	63,30%
3	21	19	66,60%
4	15	17	53,30%
5	17	23	66,60%
6	20	18	63,30%
7	18	18	60,00%
<b>Promig total del mes</b>			<b>62,77%</b>

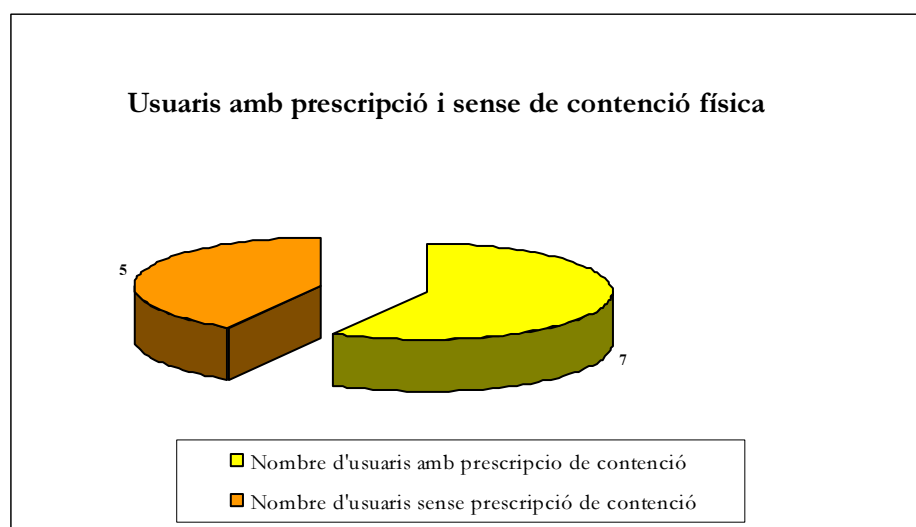
(*Taula 5*)

Les dades obtingudes les varem tractar en períodes de dos mesos, amb el resultat mig d'un **76%** del total de períodes que hi van haver al llarg d'aquest temps en que els participants objecte d' estudi van rebre estimulació externa.

La segona font d'informació per avaluar els resultats, varen ser els registres (documentació assistencial) que utilitzàvem en el centre. Tenint com a punt de partida el nombre de residents amb deteriorament cognitiu que a data 20 d'abril de 2012 tenien prescrita una contenció física diürna.

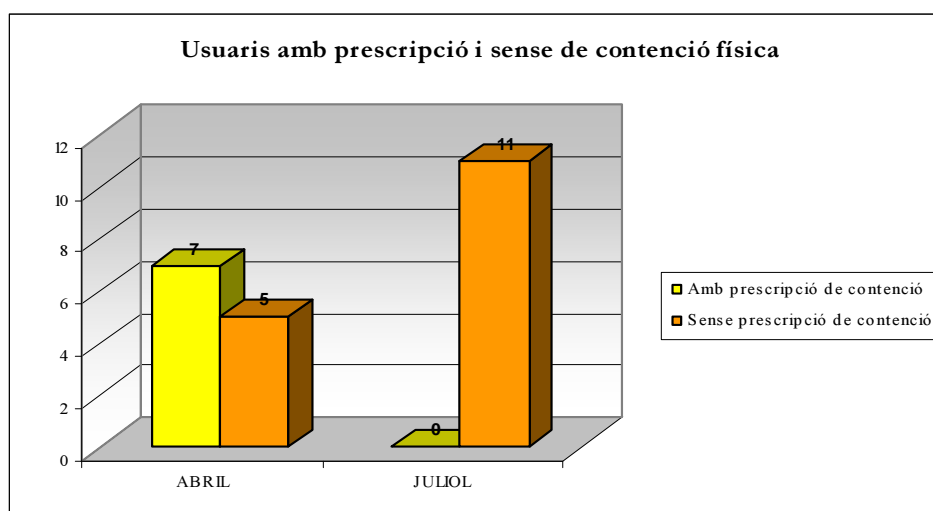
En aquesta data teníem 12 usuaris amb un deteriorament cognitiu moderat - greu- molt greu dels quals 7 tenien prescrita una contenció física. (*figura 1*)

Aquestes dades es tradueixen en que un 58,3% dels residents amb demència o deteriorament cognitiu feien ús d'una contenció física durant el dia.



(Figura 1)

Al cap de 3 mesos, d'aplicar els canvis organitzatius, és a dir el 20 de juliol de 2012 en el centre teníem 11 residents amb deteriorament cognitiu dels quals cap tenia prescrita una contenció física diürna (*figura 2*). A dia d'avui (octubre 2012) el centre continua sense tenir cap prescripció mecànica diürna. Podem afirmar que avui “ És un centre de contenció física diürna Zero”.



(Figura 2)

Per poder obtenir resultats varem consultar en el registre de caigudes les que havien patit els residents amb contenció física en un període de 5 mesos abans de la implantació d'aquests canvis i la mateixa dada dels 5 mesos posteriors a la seva implantació.

Els resultats van ser els següents: en els 5 mesos anteriors a la implantació del programa es van registrar dues caigudes, una d'elles amb la conseqüència de fractura de fèmur.

I dels registres posteriors a la implantació del programa també se'n van registrar dues però aquestes sense conseqüències.

Caldria remarcar que aquestes dues caigudes es van produir el primer mes de la implantació dels canvis, i que des del 17 de maig de 2012 fins a data d'avui (octubre 2012), cap resident que anteriorment tenia prescrita una contenció física no ha patit cap caiguda.

## **5. CONCLUSIONS**

Iniciàvem aquest estudi amb la convicció que al centre on treballem, se'n feia un ús massa elevat de contencions mecàniques en residents amb deteriorament cognitiu.

De fet les dades inicials que obteníem en l'anàlisi eren que un 58,3% dels usuaris amb deteriorament cognitiu en tenien de prescrites. Aquesta dada era alarmant comparant-la amb el percentatge mig de l'estat espanyol un 39%, però encara ho era més quan la bibliografia que es va consultar ens deia que Espanya era un dels països europeus amb el percentatge més elevat d'ús de contencions mecàniques.

Varem ser coneixedors de les negatives conseqüències que patien els usuaris que les tenien prescrites..., que segons CEOMA<sup>6</sup> a banda de la pèrdua d'autonomia, dignitat i autoestima hi havia uns riscos físics de patir: UPP (úlceres per pressió), Infeccions, Incontinències, disminució de la gana, estrenyiment i atrofia muscular i debilitat. També detallaven els riscos psíquics de la persona gran amb contenció mecànica que són: aïllament social, por/pànic, ira, apatia, depressió i agressivitat.

Amb tot lo plantejat , era ja un deure moral i ètic aprofundir més amb el tema, i veure que hi havia la possibilitat de canviar aquesta realitat.

Mirant enrere veiem els temors, Què?, Com?..... mirant endavant veiem uns resultats difícils d'imaginar. Veiem unes persones lliures, unes persones acompanyades, unes persones estimulades, i a més a més.... veiem unes famílies on la mirada que dirigeixen al seu familiar malalt és de persona a persona, no de persona a malaltia.

Què sabem, doncs, del món interior d'alguna persona amb demència? El primer que les seves reaccions emotives són més fortes que mai. Malgrat el declivi de les capacitats cognitives, no hi ha declivi en la profunditat dels sentiments.

Ha estat un camí difícil que s'ha basat en tot moment en millorar la qualitat de vida de les persones que estàvem cuidant. Hi ha hagut moments de caos, a les persones ens costa molt canviar els nostres hàbits i encara costa més si aquests hàbits afecten a persones d'avançada d'edat.

---

<sup>6</sup> Confederación Española de Organizaciones de Mayores

Podríem dir que a la residència on treballem va haver un dalt a baix amb tots els canvis que varem fer. Tot i que i va haver acceptació i comprensió per part de tots els residents, però està clar que una cosa és dir-ho i l'altre viure-ho.

Teníem unes famílies dubtoses ho volien però tenien por, por a les caigudes i a les seves conseqüències. Però que després han valorat molt positivament el canvi: posar una contenció, és privar de llibertat i això no deix de ser un acte impropï dels éssers vius. Alliberar-los de la contenció és igualar l'estadi de persona com a tal. Està malalt sí, l'estem cuidant sí, però com una persona.

Podem considerar com una limitació de l'estudi la poca mostra que teníem, però tot i això creiem que les conclusions dels resultats obtinguts són universals i es poden aplicar en tots els centres residencials de gent gran.

La feina complexa d'aquest estudi va ésser el canvi de mentalitat de tots els que treballem al centre. Es va buscar i es va trobar la manera de cuidar a les persones com persones, passant d'uns vincles molt proteccionistes a raonables. Em estat capaços d'assumir certs riscos, perquè la vida n'està ple, i la vellesa és part de la vida.

Em eliminat molts d'altres riscos que pel fet d'utilitzar contencions mecàniques a diari exposàvem al resident, riscos que no valoràvem i que ens quedaven eclipsats rere la necessitat de fer-ne ús.

La realitat és menys dramàtica però no ens ho havíem ni plantejat.

Ens encoratja el què em aconseguit, que d'un 58,3% de residents amb deteriorament cognitiu que eren portadors de contencions mecàniques em passat a un 0%.

Per tant en referència a l'objectiu de reduir al màxim el nombre de prescripcions de contencions físiques diürnes, queda evidenciat al màxim en l'assoliment d'aquest objectiu.

L'altre objectiu que ens havíem fixat era eliminar el seu ús sense conseqüències, és a dir sense caigudes o aquestes, sense conseqüències greus.

També podem afirmar que les conseqüències derivades de les caigudes en persones grans amb deteriorament cognitiu són molt diferents si són usuaris de contencions mecàniques o no. Ja que queda evident que la caiguda amb limitacions ha estat més traumàtica.

A més a més del gran èxit en quan a l'eliminació de contencions mecàniques, el centre ha pogut donar resposta a una carència que es va detectar mitjançant el DCM. A dia d'avui un 76% de les franges horàries on no rebien cap estimulació externa i eren susceptibles a rebre'n, les persones institucionalitzades amb deteriorament cognitiu són receptores d'estímul per part dels professionals.

Els resultats ens avalen, la teoria ens marcava que era possible, ara podem afirmar-ho i a més podem posar les nostres dades al costat de les que varem admirar sorpresos a l'inici d'aquest estudi.

- Prevalença a la Residència Txurdinaga (IFAS-BIZCAIA) 2008 .  
2,81% subjecció. Solament a cadira
- Prevalença Residència Elorio (IFAS\_BIZCAIA)2008.  
13,33% subjeccions : 10% al llit i el 3,33% a la cadira.
- **Residència “D'estudi” 2012**  
**0% subjecció mecànica**

Teníem dos problemes, dues situacions a millorar en la qualitat, i amb la mateixa solució els em pogut pal·liar els dos.

Em iniciat un llarg camí que no te fi, ja que la qualitat és infinita. Sempre podem fer alguna cosa més i aquest és el nostre repte: la millora contínua tenint com a referent els Criteris de Qualitat Assistencial.

Si mirem enrere, ens sorprèn el que fèiem, ara ja no hi ha retorn. Tots els que em treballat en el canvi només podem mirar endavant i continuar així, millorant la qualitat de vida de les persones grans que cuidem tenint en compte tots els aspectes inherents a la persona. Aquestes dades ens encoratgen i ens permeten afirmar que el canvi de mentalitat i de manera de treballar és una realitat, que considerem molt encertada en benefici de l'usuari, el bon fer professional, la bona visió del familiar i tot fent-ho al màxim rendiment assistencial i el mínim cost operatiu.

Ha estat una metodologia de treball ben consolidada on els resultats que em obtingut ens avalen i desitgem continuar treballant en aquesta línia.

## **6. BIBLIOGRAFIA**

- Programa CEOMA (Confederación Española de Organizaciones de Mayores) “Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer. Guía per a persones grans i familiars.
- Fundación María Wolf (Alzheimer i TNFS). Madrid. Entrevista realizada al Director de la Fundación el sr. Ruben Muñiz.
- Diario de Navarra del 15/11/11. Notícia “1ª Residencia libre de sujeciones físicas de Navarra” acreditada por el programa “desatar al anciano” de la CEOMA.
- Notícia . Diario Mallorca del 11/6/12. Ceoma acredita una residencia de Mallorca.
- Wikipedia. Definició de :Dignitat
- Article del President del Fòrum Gerontològic de Catalunya el sr. de Jaume de S. Figueres. (web. Vejez y Vida)
- Marc Legal . Constitució Espanyola. Asamblea del Parlamento y el Consejo de Europa. Libro Blanco del Consejo de Europa. Ley 12/2007 de 11 de octubre de Servicios Sociales de Cataluña.
- Guía de Buenas prácticas en residencias de personas mayores en situación de dependencia. Gobierno de Asturias. Lourdes Bermejo
- Definición Calidad de Vida : Shalock y Verdejo 2003
- L'eina del DCM. Alzheimer Catalunya.