

PREVENCIÓN Y RETIRADA DE SUJECIONES



Junta de Andalucía
Consejería de Inclusión Social,
Juventud, Familias e Igualdad

PÁG. 2

Personal que interviene.
Población diana.

PÁG. 3

Descripción del proceso.

PÁG. 4

Actuaciones.

PÁG. 11

Recomendaciones clave.

Autoría

Raquel Ramos Moreno.
Sandra Pinzón Pulido.
Abel Catela Huertas.
Patricio Fuentes Maltés.
Carmen Navarro Ibáñez.



OBJETIVOS

El protocolo de prevención y retirada de sujeciones físicas y farmacológicas busca:

- Garantizar el respeto a la dignidad, la libertad, la autonomía y el bienestar de las personas que viven en el centro residencial evitando o eliminando el uso de sujeciones físicas y farmacológicas.
- Prevenir el riesgo de caídas de la persona mayor mediante la eliminación de las sujeciones físicas y farmacológicas.
- Prevenir y tratar los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia a través de intervenciones alternativas que eviten o permitan eliminar las sujeciones físicas y farmacológicas.



PERSONAL QUE INTERVIENE

Intervienen en el proceso de prevención y retirada de sujeciones físicas y farmacológicas:

- Profesionales de medicina, enfermería, psicología, fisioterapia y terapia ocupacional que realizan la valoración y diseñan la intervención para evitar o eliminar el uso de sujeciones físicas o farmacológicas.
- Personal auxiliar de enfermería que realiza las tareas de acompañamiento y apoyo para la vida cotidiana libre de sujeciones físicas o farmacológicas.
- Profesional de Referencia que acompaña a la persona y a la familia en la aplicación de las intervenciones que evitan o permiten eliminar las sujeciones físicas y farmacológicas.

POBLACIÓN DIANA

Persona mayor con demencia que ingresa en el centro residencial.

Persona mayor residente que tiene sujeciones físicas o farmacológicas pautadas.

LÍMITES

EL PROTOCOLO SE PONE EN MARCHA...

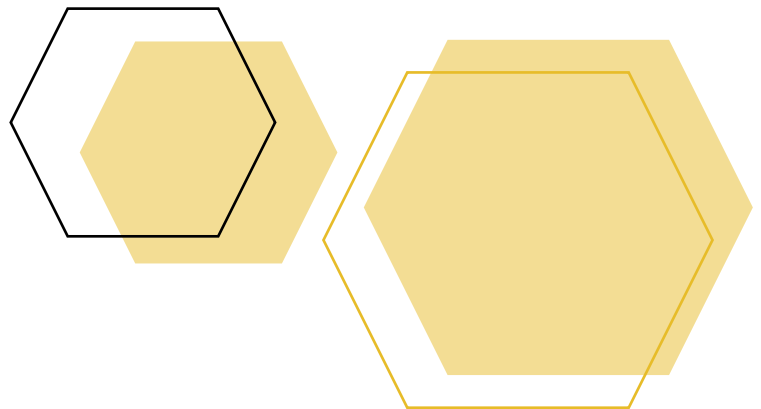
- Cuando la persona mayor con demencia ingresa en el centro residencial.
- Cuando la persona mayor residente con demencia tiene pautado el uso de sujeciones físicas o farmacológicas.

EL PROTOCOLO TERMINA ...

Cuando la persona mayor recupera la dignidad y la libertad tras la eliminación de las sujeciones pautadas.

ESTE PROTOCOLO NO INCLUYE...

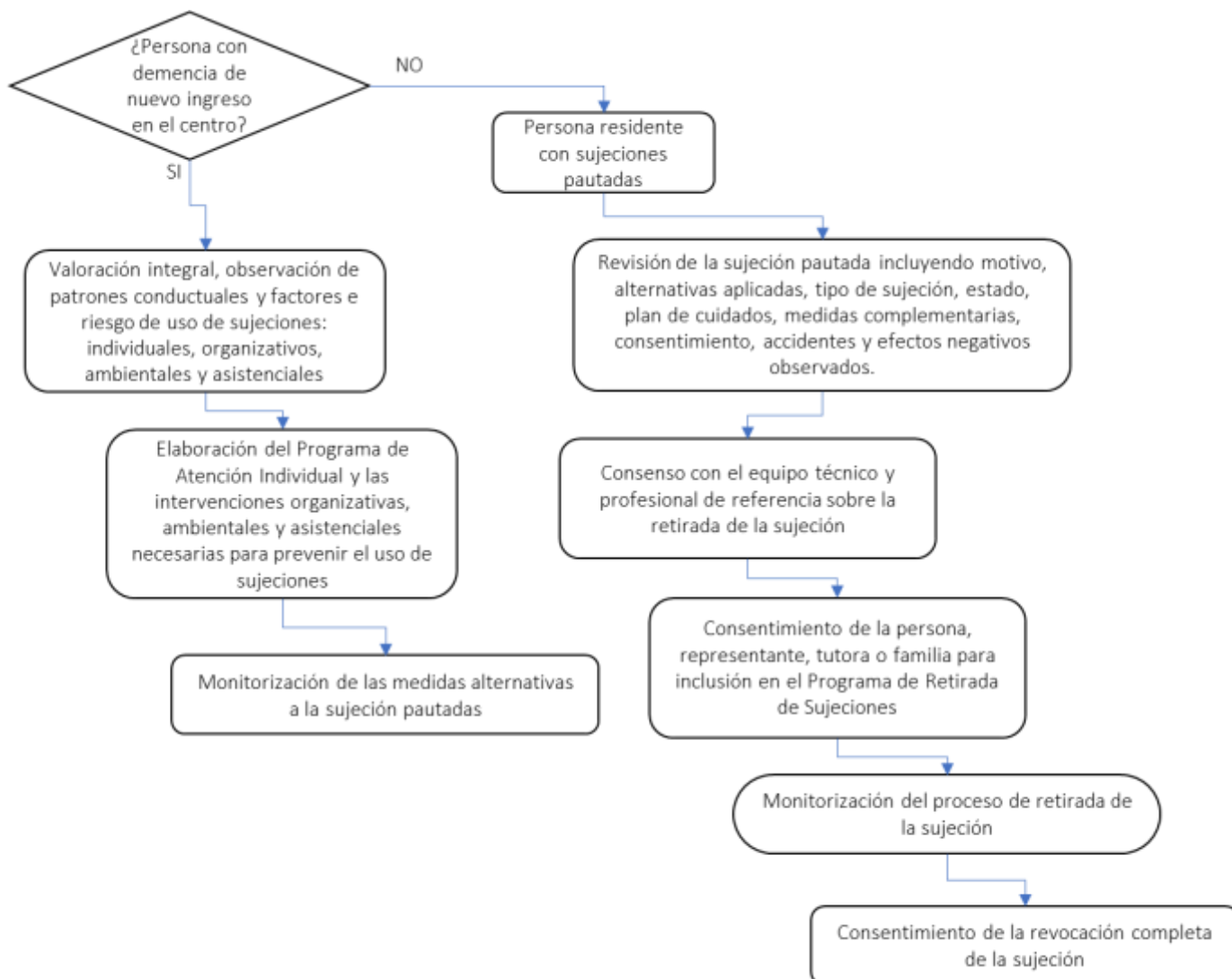
- La prevención y actuación ante una caída.
- Los cambios culturales, organizativos, ambientales y práctica profesional del programa de eliminación de sujeciones en el centro residencial, del que este protocolo forma parte.



DESCRIPCIÓN DEL PROCESO

1. Comprender los efectos de las sujeciones.
2. Tratar los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia.
3. Prevenir el uso de sujeciones.
4. Retirar las sujeciones pautadas.

Prevenición y retirada de sujeciones físicas y farmacológicas



1. COMPRENDER LOS EFECTOS DE LAS SUJECIONES

PERSONAL DIRECTIVO, PROFESIONALES DEL EQUIPO TÉCNICO, PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y PROFESIONAL DE REFERENCIA

La **sujeción física** o **contención mecánica** es:

Cualquier método físico del que la persona no pueda librarse con facilidad.
Que ha sido aplicado para limitar su libertad de movimientos, su actividad física, sus actividades de la vida diaria o el normal acceso a cualquier parte de su cuerpo.



Entre los dispositivos frecuentemente utilizados como sujeción física están:

Cinturón o Faja Abdominal.	Muñequeras.	Sillas de control postural.
Peto torácico-abdominal.	Tobilleras.	Sillas y sillones geriátricos que impiden a la persona ponerse de pie.
Peto torácico-abdominoperineal.	Manoplas.	Mesas adaptadas para restringir los movimientos de la persona.
Cinturón abdominoperineal.	Barandillas en cama.	

Las **sujeciones farmacológicas** o **contenciones químicas** son:

- Medicamentos sedantes o tranquilizantes.
- Administrados de forma deliberada e intencional.
- Para controlar una conducta supuestamente molesta o de riesgo.
generalmente un problema de base no psiquiátrica ni médica para el que existe un mejor tratamiento,
- Que limita los movimientos, la actividad física y las actividades de la vida diaria de la persona, así como su funcionamiento mental.

Los medicamentos utilizados como reguladores del sueño, el tratamiento farmacológico de la demencia ajustado a los distintos grados GDS-FAST o los medicamentos para el tratamiento de síntomas psicológicos como la depresión, la ansiedad o el delirio, no se consideran sujeciones farmacológicas.

Los medicamentos más utilizados como sujeción química son:

- Benzodiazepinas (lorazepam, lormetazepam, diazepam...).
- Neurolepticos (haloperidol, risperidona, quetiapina...).
- Hipnóticos/sedantes (clometiazol).
- Antidepresivos sedantes (trazodona).
- Antiepilépticos con efecto sedante (gabapentina).

EFFECTOS

No hay pruebas que justifiquen el uso de sujeciones físicas o farmacológicas en ningún caso.

Tampoco existe evidencia científica que califique las sujeciones como "medidas terapéuticas".

El Comité Europeo para la prevención de la tortura y la Fiscalía General del Estado han señalado que, usada como último recurso, **la contención mecánica debería durar minutos y no horas**. Una vez superada la situación de urgencia que ha obligado al uso este tipo de medidas restrictivas, la persona debe ser liberada.

Una contención prolongada en el tiempo equivale a malos tratos¹.

¹ Instrucción 1/2022, de 19 de enero, de la Fiscalía General del Estado, sobre el uso de medios de contención mecánicos o farmacológicos en unidades psiquiátricas o de salud mental y centros residenciales y/o sociosanitarios de personas mayores y/o con discapacidad.

Las sujeciones físicas desencadenan problemas de salud ampliamente documentados tales como:

Físicos	Psicológicos	Se asocian también a:
Úlceras por presión	Miedo o pánico	Accidentes
Infecciones	Vergüenza	Laceraciones
Incontinencia urinaria y fecal	Ira	Desgarros,
Disminución del apetito	Agresividad	Estrangulamientos
Estreñimiento	Depresión	Asfixia
Atrofia	Aislamiento social	Dolor
Pérdida de masa muscular	Apatía	

El uso de sujeciones físicas de forma continuada aumenta el riesgo de caídas y se relaciona con caídas que tienen como consecuencia lesiones de más gravedad.

Las sujeciones farmacológicas producen:

- Delirios.
- Depresión.
- Deshidratación.
- Estreñimiento extremo crónico.
- Retención de orina.
- Aumento del riesgo de caídas por problemas de equilibrio, hipotensión, mareo, vértigo y marcha inestable.

2. TRATAR LOS SÍNTOMAS CONDUCTUALES DEL DETERIORO COGNITIVO Y LA DEMENCIA

PROFESIONALES DEL EQUIPO TÉCNICO, AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y PROFESIONAL DE REFERENCIA

Las sujeciones físicas y farmacológicas en los centros residenciales se aplican a las personas con demencia, especialmente cuando se presentan síntomas psicológicos y conductuales asociados. Es importante identificar estos síntomas, tratarlos, y diferenciarlos de los comportamientos que pueden estar asociados a otras condiciones clínicas como puede ser el dolor.

DETERIORO COMPORTAMENTAL LEVE

Los cambios comportamentales asociados a la demencia se inician en sus fases más tempranas. Por eso es importante valorar periódicamente a la persona e identificar el deterioro comportamental asociado al deterioro cognitivo ligero y la demencia leve o moderada.

Para ello, se utiliza la Escala **Mild Behavioral Impairment Checklist** (MBI-C) o Cuestionario de Deterioro Comportamental Leve que evalúa 5 áreas del comportamiento de la persona (Anexo 1):

- Interés, motivación e impulso.
- Síntomas afectivos y de ansiedad.
- Capacidad de demorar la gratificación y controlar el comportamiento.
- Capacidad de seguir las normas sociales, tener tacto y empatía.
- Creencias mantenidas con firmeza y experiencias sensoriales.

Los resultados de este cuestionario aportan información clave para la planificación de las intervenciones sobre los factores que determinan los comportamientos en esta fase de la enfermedad y las intervenciones adecuadas que promuevan el bienestar de la persona y respeten sus preferencias.

SÍNTOMAS CONDUCTUALES DE LA DEMENCIA

En las fases más avanzadas de la demencia (GDS-FAST 6) se manifiestan las alteraciones conductuales cuyo origen está relacionado con distintos factores.

Es muy importante que el equipo médico de referencia para la persona sea capaz de diferenciar los factores que originan los comportamientos y puedan tratarlos de forma específica, sin recurrir al uso habitual de benzodiazepinas, neurolépticos, hipnóticos, sedantes o antidepresivos y antiepilépticos con efecto sedante.

- **Factores biológicos**

El daño o disfunción frontal es el que determina las alteraciones conductuales tales como la apatía, hiperactividad, desinhibición, cambios en la alimentación, alteración del pensamiento, fabulación.

En la demencia con cuerpos de Lewy son frecuentes las alucinaciones visuales y en la Enfermedad de Alzheimer, las identificaciones erróneas y la fragmentación del sueño.

También están los procesos médicos que provocan cambios tóxico-metabólicos, malestar o dolor y que desencadenan estados de agitación o retraimiento, acompañados de la alteración de la percepción y del pensamiento o ansiedad.

Una causa médica aguda añadida a la demencia desencadena síndrome confusional cuya diferencia con los síntomas conductuales de la demencia no es siempre fácil.

- **Factores psicológicos**

Los síntomas psicológicos y conductuales se explican como intentos fracasados de adaptación a los cambios fisiopatológicos y ambientales que vive la persona con demencia.

La pérdida de capacidades cognitivas hace que los rasgos básicos de la personalidad afloren e interpreten la realidad de forma distorsionada. Así sucede con la interpretación delirante o la apatía.

- **Factores sociales**

Los sucesos vitales estresantes que la persona con demencia no es capaz de procesar o de comprender pueden dar lugar a conductas problemáticas. Entre ellas están la pérdida de las referencias familiares y sociales asociada al ingreso en el centro residencial.

Por otra parte, las **necesidades no cubiertas** también están relacionadas con estas conductas. Entre las necesidades no cubiertas más comunes están:

- La falta de oportunidades para realizar actividades con sentido para la persona.
- La falta de compañía.
- La necesidad de ayuda con el estrés psicológico.

Finalmente, están los factores relacionados con el trato del personal a la persona con demencia que se muestra agitada. Entre los estilos que más se relacionan con las conductas problemáticas están:

- El trato paternalista, autoritario o infantilizante.
- La exasperación como respuesta a la agitación.
- Ignorar a la persona, imponer las cosas o preguntar frecuentemente lo mismo para que la persona lo recuerde.

- **Factores ambientales**

Entre los factores ambientales que pueden originar conductas problemáticas están:

- La utilización de luz por encima de niveles considerados normales.
- El ruido por megafonía, música no deseada, televisión puesta todo el día, ruido de carros, platos, conversaciones de muchas personas en salas pequeñas...
- Grandes residencias que provocan confusión a las personas con demencia y les dificultan sus desplazamientos entre los espacios privados (habitaciones y cuartos de baño) a los espacios comunes (salas de estar, comedores, terrazas).
- Habitaciones compartidas con personas que no son significativas para la persona.
- Número elevado de personas en una misma unidad que comparten sala de estar y comedor. Se recomienda un máximo de 15-20 personas con demencia en una unidad de convivencia.
- El uso de medidas de seguridad visibles y de sujeciones físicas y farmacológicas aumentan la frecuencia de conductas arriesgadas y autolesivas, la agitación y la ansiedad.

MEDICIÓN DE LOS SÍNTOMAS CONDUCTUALES

El instrumento más utilizado para medir los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia es el Inventario **Neuropsiquiátrico de Cummings – NPI**.

Esta escala se utiliza para conocer si hay de trastornos del comportamiento y el ánimo en personas con demencia. Hay una versión adaptada al español que incluye 12 ítems para valorar 12 dominios:

- Delirios.
- Alucinaciones.
- Agitación y agresividad.
- Depresión y disforia.
- Ansiedad
- Euforia y júbilo.
- Apatía e indiferencia.
- Desinhibición.
- Irritabilidad y labilidad.
- Alteración de la actividad psicomotora.
- Trastornos del sueño.
- Trastornos del apetito y conducta alimentaria.

La escala mide la frecuencia y severidad del síntoma: - Frecuencia: De vez en cuando (1); A menudo (2); Con frecuencia (3); Con mucha frecuencia (4). - Gravedad: Leve (1); Moderada (2); Severa (3).

DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DEL DOLOR

La prevención de los síntomas conductuales parte de una valoración integral que permita identificar los factores médicos, psicológicos, sociales y ambientales que pueden causarlos.

Es especialmente importante la detección y tratamiento del dolor. Aunque la demencia no es en sí misma dolorosa, cerca del 50% de las mujeres mayores con demencia experimentan dolor crónico no oncológico que debe ser tratado, para lo cual se recomienda:

- Utilizar la **escala PAIN-AD** específica para la valoración del dolor en personas con demencia.
- Planificar un tratamiento combinado, con intervenciones farmacológicas y no farmacológicas de eficacia probada, evitando los efectos secundarios, interacciones entre medicamentos y las complicaciones de la polifarmacia. Consultar el **protocolo de prevención de la polimedicación**.
- En la farmacoterapia se aconseja comenzar con una dosis muy baja de medicamento para el dolor y aumentar gradualmente el nivel sobre la base del alivio del dolor y los efectos secundarios.
- Las terapias no farmacológicas no deben sustituir a los medicamentos cuando estos sean necesarios, pero se deben probar antes que la medicación para controlar la agitación.
- Entre las terapias no farmacológicas para el manejo del dolor están: el ejercicio físico, fisioterapia, aplicación de frío o calor, terapia cognitivo conductual, estimulación sensorial, psicoeducación, música y técnicas de relajación, entre otras. Otras terapias como la estimulación eléctrica transcutánea o la acupuntura deben ser administradas por profesionales especializados.

El Inventario Neuropsiquiátrico de Cummings – NPI y la escala PAIN-AD están disponibles en el **protocolo de valoración integral**.

PAUTAS DE ACTUACIÓN ANTE LOS SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS Y CONDUCTUALES

Se establecerán recomendaciones de actuación diferentes para cada 1 de los síntomas psicológicos y conductuales observados (Anexo 2).

También se podrán utilizar terapias no farmacológicas que han demostrado su eficacia (Anexo 3).

3. PREVENIR EL USO DE SUJECIONES

PERSONAL DIRECTIVO, PROFESIONALES DEL EQUIPO TÉCNICO, PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y PROFESIONAL DE REFERENCIA



La prevención de las sujeciones requiere un abordaje multidisciplinar y una actuación multicomponente, que incluya los ámbitos individual, ambiental, organizativo y asistencial, fundamentado en la Valoración Integral.

Tanto la prevención como la retirada de sujeciones requiere un plan de actuación personalizado y basado en el enfoque de Atención Centrada en la Persona.

Para prevenir el uso de sujeciones debemos:

1. Conocer los factores de riesgo individuales, ambientales, organizativos y asistenciales.

Factores de riesgo individuales: demencia, deterioro funcional físico, edad avanzada, ser mujer, desarraigo familiar, pobreza y uso de medicamentos que incrementan el riesgo de caídas (hipnóticos, sedantes, antipsicóticos, antihipertensivos, diuréticos, antidepresivos y anticonvulsivos).

Por ello es necesaria una valoración integral y un programa de atención individual en el que se propongan intervenciones alternativas como la revisión de la medicación o las intervenciones no farmacológicas en personas con demencia, antes de proponer el uso de una sujeción.

Factores de riesgo ambientales: para prevenir el uso de sujeciones se debe abordar la seguridad pasiva y reducir los factores ambientales que pueden generar problemas de conducta o aumentar el riesgo de caídas.

Por ejemplo:

- Una persona con demencia avanzada pierde el control del tronco y ya no puede levantarse por sí misma. En estos casos se deben utilizar sillones y asientos adecuados para mantener el tronco erguido sin estar atado.
- Las camas en el suelo y el uso de elementos protectores son útiles:
 - Para evitar lesiones si la persona se cae mientras duerme.
 - Para facilitar que la persona se levante de la cama para ir al baño o si quiere caminar durante la noche.
 - Evitan el uso de barandillas, tobilleras y muñequeras.

Factores de riesgo organizativo: La organización del trabajo y los horarios del centro pueden influir en el riesgo de aplicación de sujeciones. Ejemplos:

- Si en el centro están admitidos los descansos del personal auxiliar de noche, se recurre al uso de medicamentos que evitan que las personas se levanten y salgan de las habitaciones. Esto debe cambiar, de forma que este personal pueda realizar las funciones que tiene asignadas durante su turno sin recurrir a las sujeciones de las personas residentes.
- El diseño de recorridos nocturnos seguros para las personas con demencia es una solución probada que evita el uso de sujeciones en la noche y mejora el bienestar de la persona. Así, si la persona con demencia se levanta en la noche para ir al cuarto de baño o sale a caminar, podrá hacerlo de forma segura.
- Los recorridos nocturnos deben disponer de:
 - Sillones y sofás que faciliten el descanso durante el recorrido.
 - Luces en pasillos y cuartos de baño.

- Cámaras de videovigilancia que se encienden cuando detectan movimiento.
 - Puertas de habitaciones que sólo se pueden abrir desde dentro para evitar que la persona que camina de noche entre en otro dormitorio.
- La organización centrada en tareas (levantes, aseos, desayunos, meriendas, comidas, cenas, acuestas...) impide que la persona adopte sus propios ritmos y genera agitación y conductas problemáticas que pueden llevar al uso de sujeciones. En este caso, será necesario flexibilizar las rutinas del personal auxiliar de enfermería y adaptarlas a las necesidades de apoyo personalizado.



Factores de riesgo asistenciales: la prevención del uso de sujeciones requiere conocer a la persona y comprender lo que origina las situaciones que llevan a utilizar sujeciones, especialmente la agitación y las conductas problemáticas. Para ello, es necesario:

- Conocer la historia de vida de la persona.
- Diseñar actividades cotidianas que tengan sentido para ella en el centro residencial.
- Integrar a la familia y voluntariado en las tareas de acompañamiento, apoyo y cuidados.

2. Registrar los efectos del uso de sujeciones.

Otro elemento clave para evitar las sujeciones

es registrar los efectos de su uso en la persona (por ejemplo, caídas y problemas de conducta).

Disponer de sistemas de información y registros precisos ayuda a identificar patrones individuales, ambientales y organizativos, sobre los cuales poder actuar en la prevención de forma más eficaz.

3. Informar a las personas mayores y las familias de los efectos negativos de las sujeciones.

Una de las acciones clave para prevenir su uso es proporcionar información clara y precisa, en términos comprensibles a la persona y a la familia, acerca de los efectos negativos y los riesgos asociados al uso de sujeciones.

4. Buscar alternativas al uso de sujeciones.

Antes de aplicar una sujeción hay que probar

otras alternativas. Por ejemplo, paseos programados, juegos, musicoterapia, gerontogimnasia, ambiente multisensorial controlado (Sala Snoezelen), técnicas de relajación, estimulación cognitiva y sensorial, psicomotricidad y terapia de grupo.

4. RETIRAR LAS SUJECIONES PAUTADAS

PROFESIONALES DEL EQUIPO TÉCNICO, PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y PROFESIONAL DE REFERENCIA



La medida de sujeción debería ser aplicada de forma excepcional y puntual ante un episodio agudo. Si ésta se ha convertido en una medida diaria y continuada en el tiempo, se deberá programar su retirada.

Paso 1. Revisar las sujeciones

El primer paso para retirar las sujeciones pautadas es su revisión.

Para ello es importante recoger la siguiente información:

- ¿Cuál es la situación de salud de la persona?
- ¿Tiene demencia? ¿En qué fase está?
- ¿Qué enfermedades tiene?
- ¿Cuál es la medicación que está tomando?

- ¿Cuáles son los efectos secundarios de esa medicación?
 - ¿Toma medicación psicótropa? ¿Es posible ajustar la polimedicación?
 - ¿Cuáles son los síntomas psicológicos y conductuales que ha presentado en los últimos 6 meses?
 - ¿Cuáles son los riesgos que se pretenden evitar la sujeción?
 - ¿Cuál es su historial de caídas?
- ¿Cuál es el tipo de sujeción utilizada? ¿Desde cuándo está puesta? ¿Se utiliza todo el día?
 - ¿Se usa alguna medida complementaria? Por ejemplo:
 - Movilizaciones, paseos y cambios posturales.
 - Desplazamientos para la micción, defecación y cambios de absorbentes.
 - Medidas para la prevención de lesiones en la piel.
 - Períodos de descanso en cama para la persona que pasa mucho tiempo sentada.
 - Medidas aplicadas para el mantener una postura adecuada en la cama o sillón.
 - Medidas aplicadas en durante las comidas para reducir las broncoaspiraciones.
 - Frecuencia de ingesta de líquidos a lo largo del día.
 - ¿Cuáles han sido los accidentes y efectos negativos producidos por las sujeciones?



Paso 2. Formular las actuaciones y registros de control

En una reunión con el equipo técnico y la persona Profesional de Referencia, se formulan las actuaciones a realizar y los registros de control necesarios para el seguimiento durante el proceso de retirada de la sujeción (Anexo 4).

Paso 3. Consentimiento de la persona y la familia para retirar la sujeción

La siguiente actuación será una reunión de la persona Profesional de Referencia con la persona, la familia y el personal auxiliar de enfermería de la unidad en la que vive la persona.

En esta reunión se explicará detalladamente lo que motivó el uso de la sujeción, los efectos negativos que tiene sobre la persona y las actuaciones que se proponen para su eliminación.

Será necesario gestionar el consentimiento informado de la persona o de la familia para incluirla en el Programa de Retirada de Sujeciones (Anexo 5).

Paso 4. Seguimiento durante el proceso de retirada de sujeciones

Durante el primer mes que la persona esté incluida en el Programa de Retirada de Sujeciones, se valorará la tolerancia a la eliminación de la sujeción a través de controles máximo cada 4 horas.

Si en los controles se pueden observar resultados positivos a la retirada de la sujeción, bien sea en determinados momentos o a lo largo de todo el día, se procederá a la retirada total o parcial de la misma.

- Si la retirada de las sujeciones es parcial, el caso se seguirá revisando igual Al resto de personas residentes con sujeción.
- Si la retirada es total, tanto la familia como el personal médico del centro firmarán el Consentimiento Informado para la revocación de la sujeción (Anexo 6).



RECOMENDACIONES CLAVE

PARA LA APLICACIÓN DEL ENFOQUE DE ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

- Las sujeciones físicas y farmacológicas son un problema grave cuando se aplican a personas con demencia porque vulneran derechos fundamentales de la persona como la dignidad, la libertad, la autonomía y el bienestar.
- La prevención y retirada de sujeciones requiere:
 - Conocer a la persona a través de su historia de vida y su proyecto de vida en el centro.
 - Revisar y ajustar los medicamentos que aumentan el riesgo de caídas.
 - Valorar y tratar el deterioro funcional y cognitivo relacionado con el riesgo de caídas.
 - Identificar los factores que predicen los síntomas conductuales asociados a la demencia.
 - Estudiar los patrones individuales, organizativos, ambientales y asistenciales que actúan como factores de riesgo de sujeciones.
- La prevención y retirada de sujeciones debe adaptarse a la realidad de cada persona.
- La eliminación de sujeciones se debe organizar dentro de un Programa de Retirada de Sujeciones que incluya a todo el personal del centro, a las personas residentes y a las familias.



ANEXO 1. MILD BEHAVIORAL IMPAIRMENT CHECKLIST

CUESTIONARIO DE DETERIORO COMPORTAMENTAL LEVE (Mild Behavioral Impairment Checklist – MBI-C)		Fotografía reciente				
Nombre y Apellidos						
Cómo quiero que me llamen						
Profesional de Referencia						
<p>Marque SI solo si el comportamiento ha estado presente durante al menos 6 meses (continuamente o a intervalos) y supone un cambio en el comportamiento que la persona ha tenido siempre. En caso contrario, marque NO. Evalúe la gravedad de acuerdo con la siguiente escala:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leve: un cambio perceptible pero no significativo • Moderado: un cambio significativo, pero no drástico. • Grave: un cambio marcado, prominente o drástico. <p>Si hay más de un ítem en una pregunta, evalúe la más grave.</p>						
Conducta	SI	NO	Gravedad			
			1	2	3	
Esta área describe el interés, la motivación y el impulso						
¿La persona ha perdido interés en los amigos, la familia o las actividades cotidianas?						
¿Carece de curiosidad en temas que antes le atraían?						
¿La persona se ha hecho menos espontánea y activa?						
¿Ha perdido la motivación para realizar sus obligaciones o intereses?						
¿Es menos afectuosa o carente de emociones en comparación a como era antes?						
¿A esta persona ya no le importa nada?						
Esta área describe los síntomas afectivos y de ansiedad						
¿La persona parece triste o baja de ánimo? ¿Tiene episodios de llanto?						
¿Es menos capaz de experimentar placer?						
¿Se ha desanimado respecto a su futuro o siente que es un fracaso?						
¿Se ve a sí misma como una carga para la familia?						
¿Está más ansiosa o preocupada por cosas rutinarias?						
¿Se siente tensa? ¿Es incapaz de relajarse? ¿Está inquieta? ¿Tiene síntomas de angustia?						
Esta área describe la capacidad de demorar la gratificación y controlar el comportamiento						
¿La persona se agita, se ha hecho agresiva, irritable o temperamental?						
¿Se ha hecho irrazonablemente o atípicamente discutiadora?						
¿Se ha hecho más impulsiva y actúa sin tomar en consideración las cosas?						
¿Muestra un comportamiento sexual desinhibido o invasivo que no le es característico?						
¿Se frustra más fácilmente? ¿Es impaciente? ¿No sobrelleva los retrasos o esperar su turno?						
¿Se muestra imprudente y con falta de juicio?						
¿Se ha hecho más tozuda o rígida?						
¿Ha mostrado un cambio en su comportamiento alimentario?						
¿Ha dejado de disfrutar de la comida? ¿Está comiendo menos?						
¿Acumula objetos como no lo hacía antes?						
¿Ha desarrollado comportamientos repetitivos, siempes o compulsiones?						
¿Tiene dificultades para controlar el consumo de tabaco, alcohol, fármacos, problemas con el juego o ha empezado a robar?						

Conducta	SI	NO	Gravedad		
			1	2	3
Esta área describe la capacidad de seguir normas sociales, tener tacto y empatía					
¿La persona se preocupa menos de cómo sus palabras o acciones afectan a los demás? ¿Se ha hecho insensible a los sentimientos de los demás?					
¿Ha empezado a hablar abiertamente de asuntos muy personales o privados que habitualmente no se discuten en público?					
¿Dice cosas maleducadas o vulgares? ¿Hace comentarios sexuales obscenos que nunca hubiera dicho antes?					
¿Parece falta de juicio social que antes tenía acerca de qué decir o cómo comportarse en público o en privado?					
¿Habla con extraños como si fueran conocidos o invade sus actividades?					
Esta área describe las creencias mantenidas con firmeza y experiencias sensoriales					
¿La persona se siente en peligro o piensa que otras personas están planeando hacerle daño o robar sus pertenencias?					
¿Ha desarrollado suspicacia respecto a las intenciones o motivaciones de otras personas?					
¿Tiene creencias no realistas acerca de su poder, riqueza o capacidades?					
¿Refiere escuchar voces o habla a personas imaginarias o espíritus?					
¿Se queja o se comporta como si viera cosas, animales, insectos o personas que no están presentes, es decir que son imaginarios para los demás?					

FIRMADO POR:

Profesional que realiza la evaluación

ANEXO 2. PAUTAS DE ACTUACIÓN ANTE LOS SÍNTOMAS CONDUCTUALES DE LA DEMENCIA

Ideas Delirantes

Creencias falsas/erróneas que se fundamentan en conclusiones incorrectas sobre la realidad y que la persona mantiene a pesar de la evidencia en contra. Con frecuencia las ideas delirantes tratan sobre robo, abandono, infidelidad del cónyuge, o el domicilio que no se reconoce como el propio.

Ante ellas debemos:

- No intentar hacerle entrar en razón.
La persona está convencida de lo que piensa, confrontarle sólo aumenta su angustia e irritabilidad.
- Entender que no es una mentira, sino que es causa de su enfermedad.
- Mantener la calma, hablar con claridad y suavemente, para transmitir tranquilidad y seguridad.
- No debemos seguirle la corriente reforzando la idea, pero tampoco discutir con ella sobre si es verdad o no.
- Conviene mantener conversaciones con ideas coherentes, reforzando y favoreciendo este tipo de discurso.
- Incluir a la persona en las conversaciones para evitar que crea que están hablando de ella o que hay un complot en contra.
- Desviar la atención de la persona hacia actividades o aficiones que le resultaran agradables antes de enfermar.
- Si se desorienta, hay que actuar tranquilamente sin dejarle solo.
- Hay que corregir las deficiencias visuales y auditivas.
Si los delirios aparecen por la noche se puede dejar una luz encendida.
- Si no entiende bien lo que ve o escucha, hay que repetir la información cuantas veces sea necesario.
- Si está muy suspicaz evitar hablar en voz baja delante de ella.
- Valorar que no se trate de un cuadro confusional, descartando causas orgánicas o farmacológicas.

Alucinaciones

Impresiones sensoriales o perceptivas como oír, ver u oler, que acontecen sin que exista un estímulo real que las provoque. Experiencias sensoriales falsas. Ante ellas debemos:

- No alarmarse, reaccionar con tranquilidad para no incrementar el nerviosismo de la persona.
- Normalmente se tratan de síntomas transitorios.
- Hacer revisiones de su vista y capacidad auditiva.
- Mantener la habitación bien iluminada.
- Tapar espejos de las habitaciones y los baños.
- No dar la razón, pero tampoco discutir sobre la alucinación.
- Para la persona la percepción es totalmente real, negarla puede provocar irritación o agresividad.
- Actuar sólo si provoca sufrimiento. Si las alucinaciones no son peligrosas (puede incluso disfrutar con ellas) podemos dejarla tranquila y no darle importancia.
- La mejor actitud es distraer a la persona para que se olvide de la alucinación.
- Desviar la conversación a cosas que le gusten y recrearnos con ello.
- Intentar calmarle mediante una conversación centrada en cosas reales.
- El contacto físico puede ser tranquilizador en unos casos. Podemos acercarnos a la persona siempre dentro de su campo visual, identificándonos y diciéndole en todo momento quienes somos. A veces el contacto físico puede generar agresividad si se vive como un acto dominante.
- Es necesario buscar el motivo que ha desencadenado la alucinación, el momento del día en que se produce, así como vigilar los fármacos que está tomando.
- Valorar que no se trate de un cuadro confusional, descartando causas orgánicas o farmacológicas.

Agitación

Estado importante de tensión, con ansiedad que se manifiesta en una hiperactividad de movimientos y conductas problemáticas.

Ante ella debemos:

- Mantener rutinas y cambiar lo menos posible la vida diaria. Evitar traslados.
- Promover las actividades cotidianas con sentido para la persona.
- Fomentar el ejercicio suave.
- No mostrar nerviosismo. Acercarse con calma y tranquilidad.
- No aplicar medidas coercitivas.
- Distraer y centrar gradualmente su atención en algo placentero, cambiando de ambiente y actividad.
- Enlentecer el ritmo de la respiración poco a poco procurando que la persona también la modifique.
- Buscar un ambiente relajado y tranquilo. Mantener a la persona alejada de aquello que le provoque ansiedad o agitación.
- Eliminar los estímulos provocan los estados de agitación (ruido, temperatura ambiental, etc.).

Agresividad

Algunas situaciones de ansiedad o agitación pueden provocar comportamientos agresivos a nivel verbal e incluso físico.

Ante ella debemos:

- Fomentar la independencia prestando a la persona los apoyos que necesita. Una de las cosas que fomenta la agresividad es la frustración de no poder ser independiente en la vida diaria.
- Mantener rutinas diarias. Los cambios provocan malestar, confusión y agresividad.
- Permanecer tranquilo y mantener la calma.
- No enfrentarse, ni pedir explicaciones, ni gritar o elevar el tono de voz ni sujetar.
- Adoptar una postura empática y receptiva. La sonrisa puede, a veces, amortiguar una crisis de agresividad.
- Buscar el contacto visual acercándonos progresivamente, preguntarle qué le pasa y si podemos ayudarle. Nunca debemos realizar gestos bruscos ni tocarle de forma inesperada.
- Anticipar la reacción agresiva, puede deberse a múltiples factores (dolor, cansancio, ...).
- Si la situación se desborda, actuar según se ha pactado con la persona en la planificación anticipada de decisiones.

Ansiedad

Se trata de una sensación vaga de aprensión o miedo que en ocasiones se acompaña de síntomas vegetativos, de tensión y de otras sensaciones corporales. Un síntoma de la ansiedad en personas con demencia es la fobia a quedarse solas, a la oscuridad, al baño etc. Puede expresarse en repetidas preguntas sobre un suceso venidero, actividades o peticiones reiterativas de no quedarse solos.

Ante ellas debemos:

- Cambiar las circunstancias que hemos notado que desencadenan su angustia.
- Conseguir un ambiente tranquilo y seguro.
- Utilizar terapias no farmacológicas como musicoterapia, técnicas de relajación y respiración.
- Comentarios y verbalizaciones tranquilizadores y positivos.
- Facilitar la interacción social y evitar el aislamiento y la soledad.
- Fomentar la realización de actividades cotidianas con sentido para la persona.
- Ante preguntas repetitivas, mantener la calma. Tratar de responder sin enfadarse. Controlar el tono de voz al contestar una y otra vez las mismas preguntas y hacerlo con frases cortas y sencillas.
- Explicar las cosas de distintas maneras.
- Responder sin argumentar.
- Distrarle con actividades diversas. La distracción es la mejor intervención.
- Intentar que se sienta segura, decirle que todo va bien.

Apatía

La apatía se puede definir como un síndrome neuro-conductual caracterizado por la falta de voluntad o de interés por las actividades diarias y las de ocio, y por una pérdida de la motivación, que también se refleja en la disminución de la respuesta afectiva (emociones y sentimientos). La apatía es uno de los síntomas neuropsiquiátricos más frecuentes en las demencias.

Ante ellas debemos:

- Fomentar la realización de actividades significativas para la persona.
- Evitar aislamiento social no deseado.
- Evitar hacer comentarios continuos sobre su falta de actividad y criticarle por su pérdida de interés e iniciativa.
- Realizar actividades individuales y grupales de acuerdo a su historia de vida, sus deseos y preferencias.
- Crear ambientes personalizados y estimulantes.
- Utilizar terapias no farmacológicas como la musicoterapia o terapia con animales.

Depresión

Trastorno del estado de ánimo. Tristeza y disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades.

Ante ellas debemos:

- No insistir a la persona que se anime. No discutir ni obligarle a animarse. No culpabilizarle.
- Mostrar apoyo, comprensión, interés, ofreciendo seguridad.
- Fomentar e incrementar actividades placenteras previas y con sentido para la persona.
- No forzarle a la actividad, invitar e insistir suavemente, exigirle de inmediato puede aumentar su sensación de fracaso.
- Fomentar pensamientos positivos y reforzar su autoestima demostrándole que es útil. La validación de la persona es la mejor terapia para su control emocional.
- Proporcionar espacios para hablar donde pueda expresar sus sentimientos.
- Si hablar de un tema le afecta, desviar la atención a otro tema.
- Reforzar las conductas positivas.

Alteraciones de la actividad psicomotora

Incluye la deambulación errante, el seguimiento persistente del cuidador y los actos repetitivos.

Ante ellas debemos:

- Adaptar los recorridos por donde la persona suele caminar de día o de noche para hacerlos seguros.
- Evitar los estímulos ambientales que no ayudan utilizando una iluminación suave, colores cálidos y música relajante.
- Mantener rutinas. Mantener el entorno ordenado y las costumbres sin grandes alteraciones.
- Eliminar barreras arquitectónicas y reducir riesgos para evitar caídas con consecuencias graves.
- Reducir el riesgo de pérdida utilizando mecanismos de seguridad discretos y eficaces.
- Para darle mayor seguridad y ayudarlo a orientarse, podemos procurar que sea una rutina, intentar que deambule a las mismas horas, por los mismos sitios y si es posible, acompañada por las mismas personas o personas que le resulten familiares.
- Permitirle tener la máxima independencia posible, aunque acompañándola o supervisándola.
- No utilizar sujeciones físicas ni farmacológicas para evitar la actividad psicomotora.
- Disponer de sillas, sillones y sofás en los recorridos seguros para que la persona pueda sentarse y recostarse cuando desee.
- Promover las actividades cotidianas con sentido para la persona.

Alteraciones del sueño

Pueden despertarse sin tener conciencia de la hora que es o del lugar donde se encuentran.

Ante ellas debemos:

- Procurar que se acueste y levante a la misma hora.
- Establecer una rutina agradable para ir a la cama.
- Procurar un ambiente tranquilo, seguro y confortable en la habitación.
- El ejercicio físico regular favorece el sueño. Evitarlo antes de acostarse.
- No debe ir a la cama con hambre ni tras ingesta excesiva.

Expresión de necesidades afectivo-sexuales

La sexualidad es una dimensión del ser humano presente a lo largo de toda la vida y las personas mayores siguen teniendo intereses sexuales, aunque tengan deterioro cognitivo o demencia. La salud sexual requiere un acercamiento positivo y respetuoso a la sexualidad de las personas mayores residentes, así como el respeto a su dignidad y autonomía. La información detallada sobre este abordaje está disponible en el **protocolo de respeto a la diversidad sexual y de género y prevención de la LGTBI fobia**.

ANEXO 3. TERAPIAS NO FARMACOLÓGICAS

Reminiscencia o Terapia del Recuerdo

La Reminiscencia es una técnica que se centra en estimular principalmente la memoria episódica o autobiográfica de la persona (favorece la evocación de recuerdos y sucesos del pasado) y la memoria semántica (los conocimientos sobre datos históricos relevantes). Intervienen procesos como la atención focalizada, el lenguaje expresivo y comprensivo, la orientación en las tres esferas, la memoria episódica, la memoria semántica y gnosias.

Además, se trata de que la persona experimente emociones vinculadas a esos recuerdos, resaltando aquellos que le resulten gratificantes.

Se utilizan recursos como fotografías, música, archivos grabados, artículos de periódico del pasado, objetos domésticos, conversaciones informales, etc., con el objetivo de conservar la identidad del sujeto mediante la reactivación de su pasado. Se intenta provocar una evocación de situaciones, activando el funcionamiento y la reminiscencia de la memoria remota y resaltando aspectos emocionales del recuerdo como:

- Acontecimientos históricos y personales significativos para la persona.
- Sensaciones, olores o simplemente el reconocimiento de objetos.

Esta técnica facilita las relaciones interpersonales y la comunicación de las personas con deterioro cognitivo o demencia, aumentando asimismo la sensación de bienestar y su autoestima.

La reminiscencia son aproximaciones terapéuticas apropiadas para las fases leves y moderadas de la enfermedad de Alzheimer, así como de personas con deterioro cognoscitivo leve o problemas de memoria asociados al envejecimiento normal.

Musicoterapia

La musicoterapia es el uso de la música de forma activa o pasiva con fines terapéuticos. La utilización de la música está dirigida a estimular capacidades cognitivas, a provocar un refuerzo afectivo y a mejorar el estado físico de la persona.

La musicoterapia recurre tanto a intervenciones en las que se requiere la participación activa de las personas en actividades como cantar, tocar instrumentos, practicar juegos musicales, bailar o realizar ejercicios sencillos de improvisación, como a aquellas otras que son receptivas, por ejemplo, escuchar música grabada o en vivo.

Aunque las personas con Alzhéimer muestran una disminución progresiva de su capacidad para comprender el lenguaje verbal, las habilidades musicales se conservan incluso con deterioro cognitivo grave, de tal forma que la música es capaz de evocar el recuerdo de eventos y emociones agradables vividos a lo largo de su vida. De esta forma, se facilita que cambie su foco de atención desde un estímulo ambiental que le resulta confuso o sin sentido hacia un estímulo interpretable para ella.

La musicoterapia se utiliza para el manejo de los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia, principalmente en la agitación, agresividad y alteraciones de la actividad psicomotora. También tiene efecto en la apatía, la ansiedad y las ideas delirantes.

Estimulación multisensorial

Las salas «snoezelen» o multisensoriales en las que se asume que el mundo es una mezcla de sensaciones de luz, sonidos, olores, sabores y experiencias táctiles a las que tenemos acceso a partir de nuestros órganos sensoriales.

Las salas «snoezelen» o multisensoriales se apoyan en tres actividades: relajación, descubrimiento e interactividad.

La estimulación multisensorial proporciona, en un ambiente positivo y relajado, estímulos sensoriales agradables dirigidos a los sentidos primarios de las personas con demencia. Esta intervención persigue lograr o mantener un estado de bienestar o relajación sin necesidad de recurrir a grandes exigencias atencionales e intelectuales. La finalidad es promover comportamientos positivos, reducir las conductas no adaptativas y favorecer la interacción y la comunicación.

La eficacia de esta intervención radica en el equilibrio del estado emocional que se consigue al ajustar los niveles de activación sensorial a los que se encuentra sometida la persona. Los comportamientos anómalos y las alteraciones del estado de ánimo ocurren tanto cuando la estimulación ambiental excede el nivel adaptativo de la persona como cuando, existe una disminución o escasez de estimulación sensorial. Ambas situaciones pueden agravar el deterioro cognitivo y funcional, así como incrementar la probabilidad de ocurrencia de los trastornos de conducta.

Aromaterapia

La aromaterapia es una forma de medicina herbal en la que se emplea el aceite esencial que se libera cuando una planta aromática se somete a destilación química.

Estos aceites se utilizan para ayudar a aliviar los problemas de salud y mejorar la calidad de vida de las personas.

Los componentes químicos de los aceites esenciales de las plantas tienen múltiples propiedades terapéuticas. En relación con la demencia, se emplean para estimular el comportamiento motivacional, facilitar el reposo y la tranquilidad y reducir la agitación y las alteraciones

conductuales. La mayoría de las investigaciones se basan en el uso de un único aceite esencial. Entre los más empleados se encuentran la camomila romana, el romero, la rosa, la menta, la mejorana dulce y, de manera destacada, la lavanda y la melisa.

En la práctica, los aceites esenciales se han administrado a personas con demencia en diversos formatos: en el agua caliente de baño, a través de la inhalación directa mediante vaporizaciones o dispositivos difusores, o como ungüentos, lociones o cremas que se aplican en la piel mediante un masaje.

La eficacia de la aromaterapia para el tratamiento de diferentes manifestaciones conductuales de la enfermedad de Alzheimer ha sido ampliamente demostrada

Terapia asistida por animales

La Terapia Asistida con Animales de Compañía (TAAC), es una modalidad de terapia en que un animal que cumple determinados criterios, forma parte integral de un proceso, siendo éste una herramienta para el terapeuta que establece objetivos en cada sesión, cuyo diseño va dirigido a fomentar mejoría en el funcionamiento físico, social, emocional y/o cognitivo de la persona mayor, disminuyendo conductas como la agitación, agresividad, y depresión y aumentando la interacción social.

La finalidad de este tipo de intervenciones es rescatar a la persona del aislamiento recurriendo al medio de comunicación más básico: el mundo de los sentimientos, de las sensaciones, la comunicación no verbal, etc. Este tipo de sensaciones representa en ocasiones el único nexo con el mundo exterior a través del cual el animal ejerce un poderoso efecto ansiolítico y tranquilizante.

El contacto físico mediante caricias, la percepción del calor y la textura de la piel estimula el sentido del tacto y el jugar con la animal mejora la psicomotricidad y los reflejos posturales.

Tratamiento "luz brillante"

El tratamiento "luz brillante" o fototerapia es la utilización de luz en distintas frecuencias e intensidades para conseguir una mejor sincronización del ritmo circadiano natural de sueño y vigilia.

Este tratamiento está dirigido a mejorar el sueño restaurando el ciclo perturbado del ritmo circadiano que se encuentra en algunas personas con problemas de sueño, mediante la administración de dosis muy altas de luz fluorescente durante períodos de alrededor de dos horas por día. Exponerse a una luz con suficiente intensidad y durante un período apropiado puede tener efectos en el estado de ánimo y el sueño de la persona. Una terapia, basada en la exposición ante una luz brillante, ha probado ser eficaz en el tratamiento de la depresión en invierno y en trastornos afectivos estacionales.

Masaje y tacto terapéutico

Las terapias basadas en el masaje y el tacto terapéutico constituyen un tipo de intervención no farmacológica que, bien por sí mismas o como complemento de otros tratamientos, han sido propuestas para mejorar y reducir la frecuencia y gravedad de las alteraciones de conducta, sobre todo la ansiedad, la agitación y la depresión en las demencias.

Aunque pueden utilizarse en cualquier estadio de la demencia, sus mejores resultados se observan cuando se aplican en niveles de intensidad moderada y grave.

La aplicación de estas técnicas en personas con demencia se fundamenta en distintos mecanismos de acción. La sensación que provoca el masaje y la proximidad con la persona cuidadora ejercen una influencia calmante inmediata y tranquilizadora.

Estos tratamientos favorecen la secreción de la hormona oxitocina, cuyos niveles en sangre periférica se incrementan cuando la persona se siente confiada y experimenta empatía hacia los demás, lo que conlleva una disminución de las conductas agitadas, un alivio de los síntomas de malestar general y una mejoría del estado de ánimo.

El masaje facilita una forma de comunicación no verbal tranquilizadora cuando el lenguaje y las palabras comienzan a fallar. De esta manera, promueve entre el paciente y sus familiares o cuidadores una relación de confianza mutua.

El masaje mejora diversas manifestaciones conductuales del alzhéimer, entre ellas, delirios, agitación y agresividad o alteración de los ritmos circadianos de sueño y vigilia.

ANEXO 5. CONSENTIMIENTO PARA ENTRAR EN EL PROGRAMA DE RETIRADA DE SUJECIONES

CONSENTIMIENTO PARA EL PROGRAMA DE RETIRADA DE SUJECIONES		Fotografía reciente
Nombre y Apellidos		
Cómo quiero que me llamen		
Profesional de Referencia		
Medida de sujeción pautada		
<p>Yo (<i>nombre y apellidos de la persona que firma el consentimiento</i>), con D.N.I.....</p> <p>DECLARO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que en fecha firmé el consentimiento para la aplicación de las medidas de sujeción pautadas para(<i>nombre y apellidos de la persona que tiene las sujeciones</i>), persona a la que represento. • Que he sido informada del Programa de Retirada de Sujeciones y los beneficios que puede aportar a la persona a la que represento. • Que entiendo las medidas que se van a aplicar para lograr la retirada segura de la sujeción pautada, sin poner en riesgo la salud y el bienestar de la persona a la que represento. • Que he comprendido las explicaciones que me ha facilitado en un lenguaje sencillo y claro la persona profesional que me ha atendido:(Nombre, profesión y nº colegiación) • Que la persona que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y aclarado las dudas que le he planteado. • Que comprendo que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento. <p>Me doy por enterada/o y CONSIENTO que (<i>nombre y apellidos de la persona que tiene las sujeciones</i>), persona a la que represento sea incluida en el Programa de Retirada de Sujeciones que desarrolla el centro residencial.</p> <p>Fecha:</p> <p>FIRMADO POR:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> <p>Nombre y DNI de la persona representante/tutora o familiar.</p>		

ANEXO 6. CONSENTIMIENTO PARA LA REVOCACIÓN DEFINITIVA DE LA SUJECIÓN

CONSENTIMIENTO PARA LA REVOCACIÓN DEFINITIVA DE SUJECIONES		Fotografía reciente
Nombre y Apellidos		
Cómo quiero que me llamen		
Profesional de Referencia		
Medida de sujeción pautada		

Yo (*nombre y apellidos de la persona que firma el consentimiento*), con D.N.I.....

DECLARO

- Que en fecha firmé el consentimiento para la inclusión de (*nombre y apellidos de la persona que tiene las sujeciones*), persona a la que represento, en el Programa de Retirada de Sujeciones del centro residencial.
- Que he comprendido las explicaciones que me ha facilitado en un lenguaje sencillo y claro la persona profesional que me ha atendido: (Nombre, profesión y nº colegiación), indicándome los beneficios obtenidos durante el período de seguimiento de la retirada de la sujeción pautada y el control de los riesgos para la salud establecidos.
- Que la persona que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y aclarado las dudas que le he planteado.
- Que comprendo que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

Me doy por enterada/o y CONSIENTO que (*nombre y apellidos de la persona que tiene las sujeciones*), persona a la que represento le sea revocada la medida de sujeción pautada.

Fecha:

FIRMADO POR:

Nombre y DNI de la persona representante/tutora o familiar.

Dirección General de Personas Mayores, Participación Activa y Soledad no Deseada

Entidades colaboradoras

