



ORIGINAL/Sección Ciencias Sociales y del Comportamiento

Actitudes, conocimientos y práctica de los profesionales de enfermería en el uso de restricciones físicas con personas mayores

Emilio Fariña-López^{a,*}, Gabriel J. Estévez-Guerra^a, Eduardo Núñez González^b, Domingo de Guzmán Pérez Hernández^c y Manuel Gandoy Crego^d

^a Departamento de Enfermería, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, España

^b Departamento de Ciencias Clínicas, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, España

^c Servicio de Geriatria, Hospital Insular de Lanzarote, Lanzarote, España

^d Departamento de Enfermería, Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 29 de junio de 2012

Aceptado el 9 de enero de 2013

On-line el xxx

Palabras clave:

Restricción física

Anciano

Conocimientos

Actitudes

Práctica

R E S U M E N

Objetivos: Explorar las actitudes, los conocimientos y la práctica relacionada con el uso de restricciones físicas en profesionales de enfermería que trabajan con ancianos, así como la relación entre estas variables.

Material y métodos: Estudio transversal de tipo descriptivo y correlacional realizado en 8 residencias geriátricas, basado en 3 cuestionarios que examinaban las citadas variables.

Resultados: Se incluyeron 378 encuestas (94 enfermeras y 284 auxiliares). Los profesionales tenían una actitud ligeramente en contra de las restricciones, si bien estaban dispuestos a usarlas para evitar caídas. Con relación a los conocimientos, obtuvieron un 66% de aciertos; solo un 32% creía que existen alternativas a la contención y el 69,1% ignoraba que pudiese causar la muerte de pacientes. Además, un 69,8% afirmó que su formación era escasa. La práctica podría considerarse aceptable, si bien un 61,9% opinaba que no sería necesario solicitar a la familia el consentimiento informado y solo el 47,1% de las enfermeras registraría siempre en la historia su uso. Existen diferencias en cuanto a actitudes, conocimientos y práctica entre los 2 grupos profesionales. Se observa que cuanto peores son los conocimientos y más favorable es la actitud hacia este procedimiento, peor es la práctica profesional vinculada a su aplicación.

Conclusiones: La actitud del personal ante la restricción física es ambigua, y en sus conocimientos y práctica se han detectado creencias erróneas. Dada la influencia de los conocimientos sobre el resto de las variables es necesario mejorar la formación de los profesionales.

© 2012 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Use of physical restraints on the elderly: Attitudes, knowledge and practice among nursing staff

A B S T R A C T

Objectives: To investigate the attitudes, knowledge and practice on the use of physical restraints by nursing staff working with the elderly, as well as the relationship existing between these variables.

Material and methods: A cross-sectional descriptive and correlational study was conducted among professionals from eight nursing homes. Three questionnaires asking about the mentioned variables were used.

Results: A total of 378 questionnaires were finally included (94 nurses and 284 auxiliary nurses). The professionals' attitude was generally against the use of restraints, although they were in favour of using them to avoid falls. With regard to knowledge, they obtained 66% of the correct answers; only 32% believed that there were alternatives to restraints, and 69.1% were unaware that these procedures could cause the death of patients. A total of 69.8% said that their training regarding restraint was limited. The practice could be considered acceptable, although the 61.9% thought it was not necessary to get informed consent from the family, and only 47.1% of the nurses always recorded its use in the patient's history. Differences between attitudes, knowledge and practice were found among the two groups. A relationship between

Keywords:

Physical restraint

Elderly

Health knowledge

Attitudes

Practice

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: efarina@denf.ulpgc.es (E. Fariña-López).

the variables was confirmed; less knowledge and more favourable attitude towards physical restraints correlate with a worst practice.

Conclusions: The attitude of the staff to physical restraints is ambiguous, and erroneous concepts have been detected in their knowledge and practice. Given the influence of knowledge on the rest of the variables, the training of the professionals needs to be improved.

© 2012 SEGG. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

En la mayoría de los centros residenciales se atiende a personas mayores con pluripatología que suele estar asociada a un importante deterioro funcional y cognitivo. Muchas presentan cuadros de desorientación, agitación, vagabundeo, alteraciones posturales o riesgo de caídas, pudiendo ser además portadoras de dispositivos sanitarios, que a veces manipulan de forma constante¹⁻³.

Con el fin de manejar los numerosos problemas asistenciales y de seguridad que se producen en estos usuarios, los profesionales utilizan en ocasiones mecanismos de restricción física, siendo los más habituales las barras laterales y los chalecos o los cinturones de sujeción⁴⁻⁶. La prevalencia de uso de estos procedimientos en las instituciones geriátricas españolas es bastante elevada, indicando varios estudios que esta se encuentra alrededor del 20%^{5,7}.

Si bien las características de los ancianos y de la propia institución van a condicionar el uso de restricciones físicas⁸⁻¹¹, es también conocida la influencia que suelen tener los profesionales de enfermería en el proceso de toma de decisiones respecto a las mismas¹²⁻¹⁴, y de forma probable, los conocimientos y actitudes que posea dicho personal sobre este procedimiento actuarán como poderosos determinantes de su utilización¹⁴⁻¹⁶. Pero a pesar de su frecuente aplicación y de los perjuicios que tienen sobre la salud de los pacientes^{17,18}, no se han llevado a cabo en nuestro país trabajos de investigación que exploren la postura de los profesionales ante los sistemas de contención y su uso. Su análisis proporcionaría una información muy útil de cara a detectar posibles creencias y actuaciones erróneas, lo que permitiría planificar de manera más específica la formación del personal y tratar así de mejorar la calidad de los cuidados.

El objetivo de este estudio es explorar las actitudes, los conocimientos y la práctica relacionada con el uso de restricciones físicas en profesionales de enfermería que trabajan con personas mayores, además de la posible relación entre dichas variables.

Material y métodos

Sujetos

La población diana estuvo constituida por 688 profesionales (124 diplomados en enfermería y 564 auxiliares de enfermería) de 8 residencias geriátricas públicas de las Islas Canarias (España), con un total de 1.316 camas. En ellas se atiende a personas mayores con diferentes grados de deterioro, pluripatología y tendencia a la discapacidad, que precisan de cuidados continuados.

Criterios de inclusión

Para ser incluidos, los profesionales debían cumplir como requisitos ser enfermero/a o auxiliar de enfermería y estar trabajando en el período en que se realizó la recogida de datos, esto es, entre enero y marzo de 2011. Responden a los cuestionarios 410 trabajadores (tasa de respuesta del 60%). Fueron desechados 32 por no cumplir los criterios de inclusión o no tener cumplimentado parte del documento, por lo que, finalmente, se incorporaron 378 (94 enfermeras y 284 auxiliares).

Diseño

Estudio transversal multicéntrico de tipo descriptivo y correlacional.

Variables

Dependiente: práctica profesional. Independientes: actitudes y conocimientos sobre la restricción física. También se incluyen variables sociodemográficas y otras relacionadas con este procedimiento.

Instrumentos

Se manejaron 3 cuestionarios que indagaban sobre las actitudes, los conocimientos y la práctica profesional relacionada con la restricción física. Dado que los cuestionarios están publicados en inglés se realizó una doble traducción al español, siguiendo las recomendaciones que existen para estos casos¹⁹. Se solicitó permiso a los autores para su utilización.

1. Cuestionario de actitudes. Se usó el propuesto por Karlsson, que consta de 20 afirmaciones cuyas respuestas son valoradas a través de una escala tipo Likert que varía entre «1-Muy en desacuerdo» (actitud más negativa hacia el uso de sujeciones) y «5-Muy de acuerdo» (actitud más positiva hacia su uso)²⁰. Debido a que existían afirmaciones en sentido positivo y otras en negativo, se recodificaron 4 de los ítems para que todos tuvieran la misma dirección. Su alfa de Cronbach era de 0,783; su coeficiente de correlación intraclase de 0,734 (0,693-0,771). En el estudio original de Karlsson el alfa de Cronbach era de 0,79.
2. Cuestionario de conocimientos. Se aplicó el elaborado por Janeilli, que contiene 18 afirmaciones que exploran lo que saben los profesionales acerca de la restricción física, y a las que podían responder «Verdadero», «Falso» o «No lo sé»²¹. Las respuestas correctas se puntuaron con 1 y las incorrectas con 0; la respuesta «No lo sé» se trató como incorrecta. El rango de puntuaciones variaba entre 0 y 18, constituyendo este último valor el mayor nivel de conocimientos. La fiabilidad del cuestionario se midió mediante la prueba de Kuder-Richardson, siendo el valor de $K-R_{20} = 0,633$.
3. Cuestionario sobre práctica profesional. Se empleó el desarrollado por Suen, que explora cómo es la praxis con relación al uso de restricciones físicas¹⁵. Los participantes tenían que responder a 14 afirmaciones recogidas en una escala tipo Likert, indicando «3-Siempre», «2-A veces» o «1-Nunca». A excepción de 3 ítems, que se recodificaron, el 3 reflejaba la práctica más favorable y el 1 la menos adecuada. Su alfa de Cronbach era de 0,713; su coeficiente de correlación intraclase de 0,652 (0,600-0,700). En estudios previos²² el alfa de Cronbach se situaba en 0,78.

Al final de los cuestionarios se incluyeron una serie de ítems relacionados con las características sociodemográficas de los trabajadores, como edad, sexo, categoría profesional, tiempo en la profesión, y sobre su nivel de formación en materia de sujeciones.

Tabla 1
Descripción de la muestra y de otras variables

	Total N=378	Enfermeras N=94	Auxiliares N=284	Valor de p
Edad	40,9 (39,9-42)	41,9 (40,7-43,7)	37,9 (35,8-40)	p < ,0,01 ^b
Sexo				
Mujer	322 (85,6%)	73 (79,3%)	248 (87,9%)	
Varón	56 (14,4%)	19 (20,7%)	34 (12,1%)	p < ,0,05 ^c
Tiempo trabajado con personas mayores	12,36 (11,51-13,20)	9,52 (8,18-10,86)	13,26 (12,24-14,27)	p < ,0,01 ^b
Ha aplicado restricciones				
Muchas veces	213 (56,3)	40 (43,6)	167 (60,5)	
Algunas veces	135 (35,7)	43 (46,1)	92 (32,7)	p < ,0,01 ^d
Muy pocas veces	25 (6,7)	9 (9,9)	17 (5,7)	
Ninguna vez	5 (1,3)	0 (0)	5 (1,6)	
Si se va a utilizar una restricción física se debe pedir a un familiar que firme un documento de consentimiento				
Verdadero ^a	144 (38,1)	42 (44,1)	102 (35,9)	p = ,0,09 ^c
Falso	234 (61,9)	52 (55,9)	182 (64,1)	
Formación específica sobre restricción física en personas mayores				
> 10 h	74 (19,5)	10 (10,9)	64 (21,8)	p = ,0,16 ^d
5-10 h	66 (17,5)	20 (20,9)	46 (16,7)	
Ocasional	190 (50,2)	52 (55,6)	138 (48,5)	
No recuerdo	48 (12,8)	12 (12,6)	28 (13)	
Cree que su formación es suficiente en restricciones				
Sí	114 (30,2)	17 (18,8)	96 (33,9)	p < ,0,01 ^c
No	264 (69,8)	76 (80,2)	185 (65,4)	

- ^a Respuesta correcta.
- ^b Prueba de la t de Student.
- ^c Prueba de la ji-cuadrado.
- ^d Prueba de Kruskal-Wallis.

Concepto de restricción física

En este estudio se han definido las restricciones físicas como «cualquier dispositivo físico o mecánico, material o equipo unido o adyacente al cuerpo del residente, que este no es capaz de retirar con facilidad y que limita su libertad de movimiento o el acceso normal a su cuerpo»⁶. Entre estos se encontrarían: los chalecos y cinturones de sujeción, las muñequeras y tobilleras, y las barras laterales protectoras cuando su intención es evitar que una persona salga de la cama.

Análisis de datos

Una vez recibidas las encuestas se eliminaron las que estaban en blanco y aquellas donde no se había contestado a la mayoría de las preguntas, así como las que habían sido remitidas por profesionales que no cumplían los criterios de inclusión en el estudio. Posteriormente se codificaron los cuestionarios y se generó la base de datos en el programa informático SPSS-v18.

Las variables categóricas se resumieron en frecuencias. Las numéricas en media y desviación estándar, si era ordinal en mediana y percentiles. Para la comparación de medias se realizó, previa comprobación de la normalidad, la prueba de la t de Student; en el caso de no seguir esta distribución se utilizó la prueba U de Mann-Whitney. Las relaciones para variables categóricas se estudiaron mediante la prueba de la ji-cuadrado y para las comparaciones múltiples se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis. Las relaciones para variables numéricas se analizaron mediante el coeficiente de correlación de Pearson y Rho de Spearman, considerándose significativas para p < 0,05.

La fiabilidad de las escalas de actitudes y práctica profesional se valoró mediante el estadístico alfa de Cronbach, que evalúa la consistencia interna. La validez se estudió a través del coeficiente de correlación intraclase. Todos los intervalos de confianza se determinaron al 95%. Para medir la fiabilidad del cuestionario de conocimientos se empleó la prueba de Kuder-Richardson, fórmula 20, que se aplica cuando hay ítems dicotómicos.

Para estimar un modelo que relacionase las diferentes variables se utilizó la regresión logística ordinal y posteriormente un análisis path, comprobándose previamente que cumplían las condiciones de normalidad, linealidad y multicolinealidad no perfecta. El encaje del modelo se valoró mediante el estadístico ji-cuadrado, considerándose otros como los índices Normed Fit Index (NFI), Comparative Fit Index (CFI), Goodness-of-Fit Index (GFI), Incremental Fit Index (IFI) y Root Mean Square Residual (RMR).

Resultados

Las características demográficas de la muestra, así como las respuestas recabadas sobre su experiencia en el uso y su formación en restricciones físicas, se describen en la tabla 1. Está claro que estamos ante 2 grupos profesionales diferentes, pues prácticamente todos los contrastes de la última columna resultan significativos; se evidencia una mayor homogeneidad en el grupo de enfermeras. El 85,6% eran mujeres, la media de edad era de 40,9 años, y la experiencia en el cuidado de mayores fue de 12,3 años. En líneas generales, su formación sobre restricciones físicas era limitada, y así lo reconoció el 69,8%; a pesar de ello, el 98,7% las había aplicado en alguna ocasión.

Las puntuaciones globales en actitudes, conocimientos y práctica profesional fueron de 2,85 (2,44-3,15), 11,91 (11,69-12,13) y 1,94 (1,78-2,07), respectivamente. La tabla 2 resume los valores por grupos profesionales, pudiendo observarse que todos los contrastes que figuran en la última columna son significativos; lo que refuerza la idea de que se trata de 2 colectivos diferenciados. Dada su relevancia, en las tablas 3-5 se presentan los resultados de una serie de ítems vinculados a los 3 cuestionarios.

No se encontraron correlaciones significativas entre las características sociodemográficas y las variables actitud, conocimientos o práctica profesional, aunque sí entre estas 3 últimas. La figura 1 representa el modelo causal de relación entre dichas variables. El encaje del modelo (ji-cuadrado con 2 grados de libertad, p = 0,72) es bueno. Los valores de los índices NFI, CFI, GFI e IFI deberían ser mayores que 0,9; cumpliendo todos esta condición. Para los

Tabla 2
Actitudes, conocimientos y práctica profesional

	Total N=378	Enfermeras N=94	Auxiliares N=284	Valor de p
Actitud hacia el uso de la restricción física (1-5)	2,85 (2,44-3,15) ^a	2,60 (2,17-2,90)	2,95 (2,56-3,20)	p < ,001 ^c
Nivel de conocimientos sobre la restricción física (0-18)	11,91 (11,69-12,13) ^b	12,85 (12,39-13,31)	11,62 (11,37-11,86)	p < ,001 ^d
Práctica profesional relacionada con la restricción física (1-3)	1,94 (1,78-2,07) ^a	2,06 (1,89-2,17)	1,89 (1,78-2,06)	p < ,001 ^c

^a Mediana y cuartiles.
^b Media e IC 95%.
^c Prueba de Mann-Whitney.
^d Prueba de la t de Student.

residuos el índice RMR debería ser menor que 0,05; en este caso su valor es 0,001.

Discusión

Los resultados confirman que si bien los profesionales mantenían una actitud ligeramente en contra del uso de las restricciones físicas, al mismo tiempo estimaban oportuno utilizarlas en determinadas situaciones, incluso a pesar de sentirse mal por ello; por tanto, habría que definir este tipo de actitud como ambigua^{1,12}.

Esta contradicción ha sido también puesta de manifiesto en diversas publicaciones donde se señala que para las enfermeras la seguridad de los ancianos es una prioridad¹⁴ y esto las llevaría a aplicar una sujeción a pesar de no estar totalmente de acuerdo con la misma^{22,23}. Dicha actitud podría estar igualmente relacionada con la visión que muchos profesionales tienen de los mayores considerándoles seres frágiles a los que hay que proteger en todo momento⁴; de hecho, Helmuth comprobó que aquellos que tenían una opinión más negativa de los ancianos eran los que mantenían una actitud más favorable hacia el uso de restricciones físicas²⁴.

Asimismo, las respuestas muestran la importancia que le da el personal al uso de este procedimiento para tratar de evitar posibles caídas; hallazgo que coincide con el de otros trabajos^{1,6}. Si bien, debe recordarse que no existe evidencia científica de que las sujeciones realmente eliminen dicho peligro, ya que los ancianos continúan cayéndose a pesar de las mismas^{3,17}.

Con relación al nivel de conocimientos, este se situaba en el 11,91 (11,69-12,13), lo que equivaldría a un 66% de aciertos, porcentaje similar al encontrado en otras publicaciones^{15,21,22}. Aunque este valor podría considerarse aceptable, se detectó cierta desinformación en algunos aspectos relevantes que se comentan a continuación.

Solo un 32% de los participantes confirmó que existen buenas alternativas a la restricción física, hallazgo que coincide con el de otros autores^{8,25,26}. Con respecto a esto hay que señalar que, en general, los profesionales tienen unos conocimientos bastante limitados para manejar ciertos problemas asistenciales, como los conductuales, por lo que este procedimiento suele convertirse en la única estrategia de cuidado²⁷. De hecho, una buena parte afirmó que su formación en esta materia era insuficiente, lo que podría ser

una de las razones por las que, a pesar de tener una actitud negativa, sigan estimando su uso. Sin embargo, frente a la creencia de que no hay alternativas a la restricción, debe recordarse que existen centros en los que se aplican medidas para proteger a los ancianos que no incluyen de manera necesaria el uso de estos mecanismos^{4,6}.

Otra respuesta que llamó la atención era que el 69,1% de los profesionales ignoraba que la sujeción física estuviese asociada con la muerte de pacientes; dato que coincide con otros estudios^{12,15,22}. En este sentido la literatura especializada advierte que su uso puede generar no solo problemas derivados de la inmovilidad, sino también otros graves efectos adversos al quedar los ancianos atrapados por los dispositivos con el consiguiente riesgo de asfixia^{6,18,28}. También es relevante que más de la mitad de la muestra considerase en ocasiones utilizar sábanas convencionales en sustitución de chalecos o cinturones de sujeción; si bien este recurso fue habitual en el pasado hoy en día hay que evitarlo, debiendo las instituciones usar solo material homologado que cumpla la normativa existente¹⁸.

Un aspecto sobre el que también se indagó fue acerca de la necesidad de disponer de una orden médica para poder colocar una sujeción. A tenor de lo respondido en el cuestionario de conocimientos, ambos colectivos parecen estar totalmente de acuerdo con dicha cuestión. En la actualidad la aplicación de una restricción física, si bien suele ser consensuada por el equipo interdisciplinar, debe ser prescrita por un facultativo en la historia clínica del paciente^{5,29,30}.

Con respecto a la práctica profesional relacionada con el uso de sujeciones esta era aceptable (1,94 [1,78-2,07]); no obstante, en algunos aspectos las respuestas del personal contradijeron diversas recomendaciones. Así, una parte afirmó que no comunicaba a la familia los motivos por los que se aplicaban, y el 61,9% no veía necesario pedir un consentimiento informado. Esta forma de proceder ha sido también detectada por otros estudios^{22,31}, habiendo revelado uno de ellos que un 71% de los profesionales opinaba que la familia no tenía derecho a rechazar el uso de esta medida³¹. Sin embargo, debe recordarse que la mayoría quiere ser informada antes de que se tomen ciertas decisiones, por lo que la institución debe evitar que eso se haga de manera unipersonal o con poco criterio^{4,10}. Tampoco debe olvidarse que la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente, señala que toda actuación en el ámbito de la salud necesita el consentimiento del afectado o de las personas vinculadas a él. Por ello algunos centros, si no cuentan con este consentimiento para aplicar sujeciones, comunican al juzgado la decisión adoptada⁵.

En este sentido hay que recordar que la jurisprudencia española relacionada con la restricción de personas mayores es prácticamente inexistente, y solo algunas leyes autonómicas hacen someras referencias a su aplicación. Si bien, debe mencionarse la reciente publicación del Decreto Foral 221/2011 por parte del Gobierno de Navarra²⁹ que regula de manera muy específica el uso de estos procedimientos en el ámbito de los servicios sociales residenciales de dicha comunidad. Así, dispone la obligación de informar a los usuarios y familiares «de forma clara y sencilla» de las ventajas e inconvenientes de la sujeción, y la necesidad de solicitar su

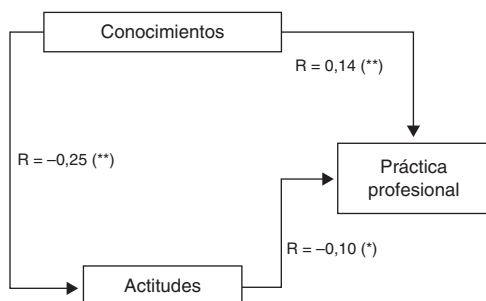


Figura 1. Modelo de relación entre variables. *p<0,05. **p < 0,01.

Tabla 4
Ítems seleccionados sobre conocimientos

Total (N = 378)	Total %			Enfermeras %			Auxiliares %		
	Verdadero	Falso	No lo sé	Verdadero	Falso	No lo sé	Verdadero	Falso	No lo sé
Los pacientes tienen derecho a negarse a que se les aplique una restricción	56,7 ^a	18,7	24,6	62,4	16,1	21,5	54,2	20,1	25,7
Puede ser necesario, en ocasiones, usar restricciones mediante sábanas	41,8	46,0 ^a	12,1	36,6	51,6	11,8	43,3	44,3	12,4
No existen buenas alternativas a las restricciones	30	32,0 ^a	37,9	29	46,2	24,8	30,4	27,4	42,2
Una restricción física requiere una orden médica	96,9 ^a	0,8	2,3	95,6	1,1	3,3	97,3	0,7	2,0
Se ha relacionado la muerte de pacientes con el uso de dispositivos de restricción	30,9 ^a	28,9	40,2	42,6	14,9	42,5	27	34,3	38,7

^a Respuesta correcta.**Tabla 5**
Ítems seleccionados sobre la práctica profesional

Total (N = 378)	Total			Enfermeras			Auxiliares		
	Nunca	Algunas veces	Siempre	Nunca	Algunas veces	Siempre	Nunca	Algunas veces	Siempre
Informo/comento a los familiares por qué se ha sometido al paciente a restricción	29,8	32	38,2	3,9	16,7	79	38,5	37,2	24,3
Valoro/comento de forma frecuente si la restricción física debe ser retirada	10,2	47,6	42,2	3,9	41,2	54,9	12,3	48,8	37,9
Cuando se colocan restricciones físicas, registro en la historia del paciente el tipo de dispositivo utilizado, la razón por la que se está usando, la hora a la que se colocó, y los cuidados de enfermería que son necesarios	-	-	-	7,8	45,1	47,1	-	-	-

se insiste en la importancia de la formación de cara a modificar creencias erróneas^{2,3,33}.

No obstante, en futuros trabajos se debería estudiar más a fondo estas relaciones y considerar que las mismas podrían verse influenciadas por la existencia de otras variables presentes en el entorno asistencial y que sin duda afectarían a la práctica de los profesionales, como pueden ser las normas de la institución, la ratio de personal, las características de los usuarios o las presiones de las familias, entre otras⁹⁻¹¹.

En lo que se refiere a las limitaciones del estudio, estas vendrían dadas por el cuestionario. Con este método las preguntas pueden interpretarse de forma incorrecta o las posibles respuestas no satisfacer a los participantes; además, estos pueden haber contestado pensando más en cómo se tendrían que hacer las cosas que en cómo realmente las hacen¹⁵. Por ello, en próximos trabajos convendría aplicar también un abordaje cualitativo, por ejemplo a través de grupos de discusión, que permita recoger con mayor profundidad las opiniones. Asimismo, al no haber sido seleccionada la muestra de forma aleatoria, debe valorarse la existencia de un posible sesgo por autoselección.

En conclusión, a pesar de que los profesionales mantenían una actitud ligeramente en contra del uso de restricciones físicas, su postura debería ser calificada más bien de ambigua, ya que estarían dispuestos a utilizarlas cuando fuese necesario proteger al usuario. Asimismo, en sus conocimientos y práctica profesional relacionada con la aplicación de sujeciones se observaron premisas erróneas, lo que podría llevar a que se hiciera un uso excesivo o incorrecto en determinados casos. El estudio también confirma que existe una relación estadística entre el nivel de conocimientos y las actitudes, y entre estos y la práctica, por lo que, cuanto peores son los conocimientos y más favorable la actitud hacia las sujeciones, más inadecuada es dicha práctica.

Por todo ello, dado el papel que va a desempeñar el personal de enfermería en la decisión de aplicar una contención, y la influencia que sobre dicho proceso podrían tener sus actitudes y conocimientos, se recomienda mejorar las políticas de formación

de las instituciones académicas y sanitarias con respecto a este procedimiento. Esta medida debería acompañarse de otras iniciativas, como las ya mencionadas de tipo legal, el establecimiento de protocolos, la adecuación de la ratio de personal o la adaptación de los equipamientos y de los espacios arquitectónicos. Todo ello favorecerá un uso más racional de la restricción física y contribuirá a mejorar la calidad de los cuidados.

Financiación

El estudio forma parte de un proyecto de investigación que fue financiado por la Fundación Canaria de Investigación y Salud (FUN-CIS) de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias en su convocatoria del año 2009, y con número de expediente ENF 07/09.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A todos los profesionales que de una u otra manera han facilitado la realización de este trabajo.

Bibliografía

- McCabe DE, Álvarez CD, McNulty R, Fitzpatrick JJ. Perceptions of physical restraints use in the elderly among registered nurses and nurse assistants in a single acute care hospital. *Geriatr Nurs*. 2011;32:39-45.
- Pellfolk TJ, Gustafson Y, Buche G, Karlsson S. Effects of a restraint minimization program on staff knowledge, attitudes, and practice: a cluster randomized trial. *J Am Geriatr Soc*. 2010;58:62-9.
- Koczy P, Becker C, Rapp K, Klie T, Beische D, Büchele G, et al. Effectiveness of a multifactorial intervention to reduce physical restraints in nursing home residents. *J Am Geriatr Soc*. 2011;59:333-9.
- Hughes R. Rights, risks and restraint-free care of older people. Londres: Jessica Kingsley Publishers; 2010.

5. Galán CM, Trinidad D, Ramos P, Gómez JP, Alastruey JG, Onrubia A, et al. Uso de sujeciones físicas en una población anciana ingresada en residencias públicas. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2008;43:208-13.
6. Capezuti E. Minimizing the use of restrictive devices in dementia patients at risk for falling. *Nurs Clin N Am.* 2004;39:625-47.
7. Burgueño A, Iborra I, Martínez P, Pérez V. Prevalencia comunicada de sujeciones físicas. Resultado de la aplicación de un sistema de información para un benchmarking anónimo entre residencias españolas. *Agathos: Revista de Atención Sociosanitaria y Bienestar.* 2008;8:4-11.
8. Karlsson S, Bucht G, Eriksson S, Sandman PO. Factors relating to the use of physical restraints in geriatric care settings. *J Am Geriatr Soc.* 2001;49:1722-8.
9. Huizing AR, Hamers J, Jonge J, Candel M, Berger M. Organisational determinants of the use of physical restraints: a multilevel approach. *Soc Sci Med.* 2007;65:924-33.
10. Saarnio R, Isola A. Nursing staff perceptions of the use of physical restraint in institutional care of older people in Finland. *J Clin Nurs.* 2010;19:3197-207.
11. Meyer G, Köpke S, Haastert B, Mühlhauser I. Restraint use among nursing home residents: cross-sectional study and prospective cohort study. *J Clin Nurs.* 2009;18:981-90.
12. Ben Natan M, Akrish O, Zaltkina B, Noy RH. Physically restraining elder residents of long-term care facilities from a nurses' perspective. *Int J Nurs Pract.* 2010;16:499-507.
13. Hamers JP, Meyer G, Köpke S, Lindenmann R, Groven R, Huizing AR. Attitudes of Dutch, German and Swiss nursing staff towards physical restraint use in nursing home residents, a cross-sectional study. *Int J Nurs Stud.* 2009;46:248-55.
14. Goethals S, Dierckx de Casterlé B, Gastmans C. Nurses' decision-making in cases of physical restraint: a synthesis of qualitative evidence. *J Adv Nurs.* 2012;68:1198-210.
15. Suen LKP, Lai CKY, Wong TKS, Chow SKY, Kong SKF, Ho JYL, et al. Use of physical restraints in rehabilitation settings: staff knowledge, attitudes and predictors. *J Adv Nurs.* 2006;55:20-8.
16. Hantikainen V, Kappeli S. Using restraint with nursing home residents: a qualitative study of nursing staff perceptions and decision-making. *J Adv Nurs.* 2000;32:1196-205.
17. Castle NG, Engberg J. The health consequences of using physical restraints in nursing homes. *Med Care.* 2009;47:1164-73.
18. Fariña-López E. Problemas de seguridad relacionados con la aplicación de dispositivos de restricción física en personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2011;46:36-42.
19. Badía X, Alonso J, editores. La medida de la salud. Guías de escalas de medición en español. 4.ª ed. Barcelona: Tecnología y Ediciones del Conocimiento (EDITEC); 2007.
20. Karlsson S, Bucht G, Sandman PO. Physical restraints in geriatric care. Knowledge, attitudes and use. *Scand J Caring Sci.* 1998;12:48-56.
21. Janelli LM, Scherer YK, Kuhn MM. Acute/critical care nurses' knowledge of physical restraints. *J Nurs Staff Dev.* 1994;10:6-11.
22. Chien WT, Lee IYM. Psychiatric nurses' knowledge and attitudes toward the use of physical restraint on older patients in psychiatric wards. *Int J Mult Res Approach.* 2007;1:52-71.
23. Chuang YH, Huang HT. Nurses' feelings and thoughts about physical restraints on hospitalized older patients. *J Clin Nurs.* 2007;16:486-94.
24. Helmuth A. Nurses' attitudes toward older persons on their use of physical restraints. *Orthop Nurs.* 1995;14:43-51.
25. Huang HT, Chuang YH, Chiang KF. Nurses' physical restraint knowledge, attitudes, and practices: the effectiveness of an in-service education program. *J Nurs Res.* 2009;17:241-8.
26. Suen LK. Knowledge, attitude and practice of nursing home staff towards physical restraints in Hong Kong nursing homes. *Asian Journal of Nursing Studies.* 1999;5:73-86.
27. Testad I, Ballard C, Brønnick K, Aarsland D. The effect of staff training on agitation and use of restraint in nursing home residents with dementia: a single-blind, randomized controlled trial. *J Clin Psychiatry.* 2010;71:80-6.
28. Quintero-Urbe LC, Blanco-Arriola L, Zarrabeitia MT. Muertes provocadas por cinturones de contención en ancianos encamados. *Rev Esp Med Legal.* 2012;38:28-31.
29. Decreto Foral 221/2011, de 28 de septiembre, por el que se regula el uso de sujeciones físicas y farmacológicas en el ámbito de los Servicios Sociales Residenciales de la Comunidad Foral de Navarra. *Boletín Oficial de Navarra* 14 de octubre de 2011.
30. Teixeira R, Caballín JM. Sujeciones físicas y farmacológicas: una ley pionera. *Rev Esp Med Legal.* 2012;38:3-4.
31. Janelli LM, Kanski GW, Scherer YK, Neary MA. Physical restraints: practice, attitudes and knowledge among nursing staff. *J Long Term Care Adm.* 1992;20:22-5.
32. Janelli LM, Stamps D, Delles L. Physical restraint use: a nursing perspective. *Medsurg Nurs.* 2006;15:163-7.
33. Kuske B, Luck T, Hanns S, Matschinger H, Angermeyer MC, Behrens J, et al. Training in dementia care: a cluster-randomized controlled trial of a training program for nursing home staff in Germany. *Int Psychogeriatr.* 2009;21:295-308.