

TESIS DOCTORAL



**“La restricción física en personas mayores.
Actitudes, conocimientos y práctica
profesional relacionados con su
aplicación”**

**Emilio Fariña López
Año 2012**



TESIS DOCTORAL

“La restricción física en personas mayores. Actitudes, conocimientos y práctica profesional relacionados con su aplicación”

Año 2012



El **Prof. Dr. José Manuel Mayán Santos**, Catedrático de Enfermería Geriátrica y Gerontológica del Departamento de Enfermería de la Universidad de Santiago de Compostela, y el **Dr. Domingo de Guzmán Pérez Hernández**, médico especialista en Geriátrica y Director del Hospital Insular de Lanzarote,

HACEMOS CONSTAR:

Que el presente trabajo titulado “**La restricción física en personas mayores. Actitudes, conocimientos y práctica profesional relacionados con su aplicación**”, elaborado para optar al grado de Doctor, presentado por **Emilio Fariña López**, ha sido realizado bajo nuestra dirección y, considerando que constituye un trabajo de tesis, autorizamos su presentación en la Universidad de Santiago de Compostela.

Fdo. Prof. Dr. José Manuel Mayán Santos
DIRECTOR

Fdo. Dr. Domingo de Guzmán Pérez Hdez.
CODIRECTOR



TESIS DOCTORAL

“La restricción física en personas mayores. Actitudes, conocimientos y práctica profesional relacionados con su aplicación”

Fdo. Emilio Fariña López
AUTOR

Año 2012

AGRADECIMIENTOS

Al profesor José Manuel Mayán, por la confianza que ha depositado en mí y su consejo para con este trabajo.

A mi compañero y maestro Dr. Domingo de Guzmán Pérez, por su continua enseñanza a lo largo de más de dos décadas.

Al profesor Gabriel J. Estévez, por su amistad, su buen hacer y su apoyo fundamental para que este proyecto saliese adelante.

Al profesor Eduardo Núñez, por su disponibilidad para resolver mis dudas del ámbito estadístico.

Al profesor Manuel Gandoy, por el estímulo que me ha proporcionado en los momentos que más lo necesitaba.

A D.^a María Dolores Santana, por la ayuda prestada en la búsqueda de la información bibliográfica.

A D.^a Consuelo Castro, por su inestimable colaboración en todas las cuestiones administrativas.

A D. Luis Perlado, por su disposición, perspicacia y profesionalidad a la hora de revisar este documento.

A la Fundación Canaria de Investigación y Salud, por la contribución económica al proyecto de investigación.

A mis compañeros de trabajo y a los numerosos profesionales y amigos que de muchas maneras han facilitado la realización de este estudio.

A todos, muchas gracias.

*A mi familia, por estar siempre ahí.
A mi madre, por lo mucho que le debo.
A Elba, por animarme en todo lo que emprendo.*

ÍNDICE

1	Introducción	25
1.1	Envejecimiento y dependencia	27
1.1.1	El cuidado de las personas mayores dependientes	28
1.2	La restricción de la movilidad en personas mayores	29
1.2.1	Concepto de restricción	29
1.2.2	Formas de restringir la movilidad	30
1.2.3	Procedimientos más habituales de restricción física	32
1.2.3.1	Uso de los dispositivos como restricción o como producto de apoyo	33
1.3	Práctica profesional y actitudes ante el uso de la restricción física a lo largo de la historia	35
1.3.1	De la Antigüedad a la Edad Moderna	35
1.3.2	La era del tratamiento moral	38
1.3.3	La restricción en la Europa del siglo XIX	40
1.3.4	La restricción en América durante los siglos XIX y XX	42
1.3.5	Los avances en el siglo XX	43
1.4	La ética durante la práctica profesional relacionada con las restricciones físicas	45
1.4.1	Aspectos éticos en la atención sanitaria	45
1.4.2	Principios éticos y restricción física	46
1.4.2.1	El principio de autonomía y el principio de	47

beneficencia	
1.4.2.2 Modelos de actuación ante la aplicación de los principios éticos	48
1.4.3 Otros dilemas que se plantean en el empleo de la restricción física	49
1.4.4 La toma de decisiones ante el uso de la restricción física: los protocolos	50
1.5 Aspectos legales en el uso de restricciones físicas	51
1.5.1 Restricciones físicas y ordenamiento jurídico	51
1.5.2 La restricción física desde la perspectiva legal en el ámbito internacional	52
1.5.3 La restricción física en España desde el punto de vista legal	55
1.5.4 El consentimiento informado	58
1.5.5 Negligencia y abuso en la aplicación de restricciones físicas	59
1.5.6 La obligación de vigilancia de los pacientes	59
1.5.7 La prescripción de la restricción física	60
1.5.8 Aspectos legales de las nuevas tecnologías	60
1.6 Práctica profesional relacionada con la aplicación de restricciones físicas	61
1.6.1 Prevalencia de uso	61
1.6.2 Factores que favorecen el uso de restricciones físicas en personas mayores	64
1.6.2.1 Las características de los ancianos	64
1.6.2.2 Razones de seguridad	64
1.6.2.3 Razones de tipo legal	66
1.6.2.4 Razones organizativas	66
1.6.2.5 La ratio de personal	67
1.6.2.6 Escasez de investigación y formación	68
1.7 Consecuencias negativas del uso de restricciones físicas	68
1.7.1 Complicaciones físicas y psicológicas	69
1.7.2 Problemas que pueden surgir durante el uso de los dispositivos	69
1.7.2.1 Asfixia mecánica	69
1.7.2.2 Otras posibles complicaciones	70
1.7.3 Dispositivos más implicados en los accidentes	70

comunicados	
1.7.3.1 Barras laterales	70
1.7.3.2 Chalecos y cinturones abdominales de sujeción	71
1.7.4 El estudio de los problemas de seguridad	72
1.8 Actitudes relacionadas con el uso de restricciones físicas	73
1.8.1 Concepto de actitud, características y funciones	73
1.8.1.1 Actitudes y conducta	76
1.8.1.2 La medición de actitudes	77
1.8.2 Actitud de los profesionales y prevalencia en el uso de la restricción física	78
1.8.3 Actitud de la familia ante la restricción física	78
2 Justificación	81
3 Objetivos	87
4 Metodología	91
4.1 Diseño del estudio	93
4.2 Instrumentos de recogida de datos	95
4.3 Análisis de los datos	97
4.4 Investigación documental	98
4.5 Consideraciones éticas	100
5 Resultados	101
5.1 Centros participantes y características de los profesionales	103
5.2 Resultados de los cuestionarios sobre actitudes, conocimientos, práctica profesional y percepción	106
5.2.1 Cuestionario de actitudes	107
5.2.2 Cuestionario de conocimientos	113
5.2.3 Cuestionario sobre práctica profesional	117
5.2.4 Cuestionario de percepción	120
5.3 Otros resultados relacionados con el uso de restricciones físicas	122
5.4 Relaciones entre las variables estudiadas	128
6 Discusión	131

6.1	La población estudiada y el índice de respuesta	133
6.2	Las actitudes	134
6.3	Los conocimientos	141
6.3.1	La formación de los profesionales	147
6.4	La práctica profesional	151
6.4.1	Razones para el uso de la restricción física	161
6.5	La relación entre variables	168
6.6	Aspectos a tener en cuenta en futuras investigaciones	169
7	Conclusiones	173
8	Referencias bibliográficas	179
	Anexos	199
1	Cuestionarios utilizados en el estudio	201
2	Recomendaciones generales ante el uso de restricciones físicas	215
3	Recomendaciones para un uso más seguro de restricciones físicas	217
4	Zonas de mayor riesgo de aprisionamiento en la cama	219
5	Datos que deben incluirse en la historia clínica relacionados con el procedimiento de restricción física	221
6	Estándares de calidad relacionados con el uso de restricciones físicas	223
7	Principios que guíen la buena práctica clínica relacionada con el uso de restricciones físicas	225
8	Estrategias para disminuir el uso de medidas de restricción física	227

PRÓLOGO

Una de las consecuencias del envejecimiento de la población es el aumento del número de personas mayores con enfermedades crónicas y dependencia. Su cuidado supone un enorme reto para los responsables de su atención, ocasionado tanto por la escasez de recursos como por el nivel de deterioro que suelen padecer. Así, van a presentar en ocasiones trastornos cognitivos y alteraciones de comportamiento que pueden generar importantes situaciones de riesgo.

Ante la imposibilidad de dar una respuesta efectiva a estos problemas, una de las alternativas a la que de forma tradicional se ha recurrido para garantizar la seguridad de los ancianos es la restricción física. Esta práctica supone la aplicación de diversos mecanismos que interfieren en la libertad de movimiento de la persona. Los más empleados son las barras laterales de cama, los dispositivos de restricción para tronco o miembros, y las sillas de sujeción. Con respecto a la frecuencia de uso puede afirmarse que se trata de una práctica muy común en la mayoría de los países de nuestro entorno, si bien existen grandes diferencias entre ellos. De manera especial destaca España, con una prevalencia muy superior, tal como veremos en uno de los capítulos de este trabajo.

Pese a la cotidianeidad con la que se emplea, la limitación de la movilidad es un aspecto muy controvertido de la asistencia. Está demostrado que no solo daña la dignidad y calidad de vida de las personas, sino que, además, genera importantes efectos adversos. Entre las complicaciones físicas que suelen presentarse están las relacionadas con la inmovilidad, tales como: úlceras por presión, pérdida de masa ósea, descenso del tono muscular, contracturas, problemas de equilibrio, embolismos, infecciones, deshidratación, incontinencia, etc. También favorece los percances debidos a la manipulación del dispositivo por parte del propio anciano, lo que conlleva un elevado riesgo de accidente.

Con relación a los efectos psicológicos, la aplicación de restricciones causa pérdida de dignidad y de autoestima, acrecienta los sentimientos de humillación, el retraimiento y otros problemas emocionales. En personas con deterioro cognitivo suele aumentar su confusión y agitación al no entender la situación en

la que se hallan. Por último, a nivel social, altera la relación del anciano con su entorno al generar aislamiento y problemas en la convivencia.

Con respecto a las causas por las que se aplican la principal razón que se cita en la literatura científica es la de proteger a la persona e incrementar su seguridad. Evitar caídas, impedir la interferencia del usuario con determinados tratamientos, controlar la agitación, reducir el vagabundeo o mantener la posición corporal, en especial cuando está sentado, son algunos de los motivos esgrimidos con más frecuencia. Además de la seguridad existen otras razones que han propiciado la expansión de este procedimiento, la mayoría de ellas relacionadas con motivos de tipo legal u organizativo.

Pero sin duda uno de los aspectos de mayor interés es el estudio de la actitud que puede presentar el cuidador ante el uso de las restricciones. Según la psicología social, esta se define como un estado de disposición, adquirido y organizado a través de la propia experiencia, que incita al individuo a reaccionar de una manera característica frente a determinadas situaciones. Casi todas las definiciones del concepto de actitud tienen en común el caracterizarla como una tendencia a la acción; por lo tanto, una actitud positiva ante la sujeción predispondría al cuidador a emplearla en mayor medida, mientras que una negativa lo haría en sentido contrario.

Dado que la actitud es una forma de respuesta aprendida, esta se verá condicionada por diversos factores. En el ámbito asistencial podrían citarse el nivel de formación y la categoría profesional de los trabajadores, los años de experiencia laboral, o la propia filosofía que haya adoptado la institución en esta materia. Con relación a esto, se ha detectado que en aquellos centros en los que se promueve el respeto por la dignidad y libertad de la persona los cuidadores presentan una actitud más negativa hacia la restricción. Por el contrario, en aquellos donde existe una cultura de sobreprotección ante los riesgos, sus cuidadores piensan que tienen el deber moral y legal de proteger a los ancianos a cualquier precio, por lo que tienden a presentar una actitud más favorable al uso de este tipo de medidas.

Los conocimientos podrían ser otro de los factores que condicionarían la actitud ante la restricción física. Debe recordarse que son escasos los programas de formación que inciden en esta materia, siendo quizás esa una de las razones por la que buena parte del personal sanitario mantendría una serie de creencias erróneas respecto a su uso. Esto se traduce en una sobrevaloración de sus beneficios al considerarla una práctica segura e ignorar las complicaciones que genera. Además, muchos profesionales opinan que las alternativas a la sujeción no existen o no son eficaces, mientras que otros están convencidos de que aplicándola se simplifican las dificultades del trabajo diario y las tareas se vuelven menos preocupantes. Dado que los mitos son determinantes muy poderosos sobre el comportamiento, todas estas creencias pueden haber favorecido actitudes muy positivas ante este procedimiento.

Otro aspecto importante en los centros geriátricos es la escasez de enfermeras graduadas en comparación con el personal auxiliar. La complejidad que presentan muchos usuarios requiere la presencia de profesionales altamente cualificados que estén entrenados en el manejo de los problemas de conducta. Estudios sobre factores predictores en el uso de restricciones apuntan a que los profesionales con menos nivel de formación muestran una actitud más positiva a su aplicación, en especial cuando se enfrentan a escenarios nuevos o complejos. Lo mismo ocurriría con el nivel de experiencia, indicando algunos autores que los profesionales más experimentados habrían adquirido más habilidades prácticas y tendrían una actitud más negativa.

Por todo ello, la mayoría de los expertos advierte que, con el fin de poder mejorar la calidad de la asistencia y contribuir a hacer un uso más racional de las restricciones físicas, es necesario estudiar los factores que influirían en su aplicación. En este sentido, el documento que aquí se presenta va a intentar dar respuesta a alguno de estos interrogantes.

Se debe resaltar que se trata de un trabajo de tipo descriptivo y en cierto modo exploratorio, que aborda un aspecto de la asistencia apenas investigado en nuestro país. Su objetivo principal es conocer las actitudes, los conocimientos y la práctica profesional relacionada con el uso de restricciones físicas, así como las razones por las cuales el personal las aplicaría en ancianos. Además el estudio pretende identificar relaciones potenciales entre estas variables que sirvan de referencia para investigaciones posteriores.

El trabajo ha sido organizado en ocho capítulos que están agrupados en dos partes claramente diferenciadas. Una primera en la que se presenta el marco teórico, y una segunda en la que se incluyen los objetivos y diseño de la investigación, así como su desarrollo, conclusiones y bibliografía.

El primer apartado del marco teórico describe de manera general los factores que afectan al envejecimiento de la población. Se incide en que dicho fenómeno ha traído consigo un incremento del número de personas mayores frágiles con el consiguiente reto que genera su asistencia. En especial, se mencionan los trastornos conductuales que ocasionarán problemas de seguridad y que propiciarán el uso de medidas de contención.

El segundo apartado trata el concepto de restricción y las diferentes formas que existen de limitar la movilidad de una persona mayor. Asimismo, propone criterios que ayuden a clarificar cuándo un dispositivo está actuando como una restricción y cuándo lo hace como un producto de apoyo.

El tercer apartado explora el uso que se ha hecho de la restricción física a lo largo de la historia. Se mencionan de manera especial aquellos personajes que tuvieron un papel distinguido en la atención de los enfermos mentales e hicieron alguna aportación relacionada con este procedimiento.

A continuación el cuarto apartado refiere las bases éticas sobre las que se afianza el uso de la sujeción y de qué manera podrían llegar a colisionar con los derechos fundamentales de las personas. También se discuten los diversos dilemas que suelen presentarse durante su aplicación, y una serie de consideraciones que habría que tener en cuenta al respecto.

Por su parte el quinto apartado hace un recorrido por las referencias legales más representativas que, relacionadas con la sujeción, se han encontrado en el ámbito internacional. Asimismo, afronta la pobre normativa jurídica que existe en nuestro país, en especial a la hora de utilizarla en personas mayores. Dada la trascendencia del tema, y ante la falta de una norma legal clara, este apartado recuerda la importancia de seguir las recomendaciones establecidas por expertos, sociedades científicas u otro tipo de entidades, para que este procedimiento se utilice de manera racional y se evite el abuso o la mala praxis.

El sexto apartado incluye datos sobre los estudios más relevantes que se han publicado sobre prevalencia en el uso de la restricción física, tanto en el ámbito nacional como internacional. Además, plantea las razones por las cuales se justifica con mayor frecuencia su aplicación. Se advierte que, en general, no suele existir un solo motivo sino que, de forma probable, será una combinación de varios de ellos lo que podría condicionar este aspecto. Entre estos destacarían el intento de prevenir caídas y evitar la manipulación de los dispositivos sanitarios por parte del paciente, y se mencionan también otras razones como las organizativas y legales.

El séptimo apartado resume las consecuencias negativas que acarrea el uso de restricciones físicas sobre la salud de los usuarios, tanto a nivel físico como psicológico. Trata los efectos adversos que pueden ser causados por los propios dispositivos, como las barras laterales o los cinturones de sujeción, provocando graves accidentes e incluso la muerte de la persona. Este apartado incide en la importancia que tiene el estudio de estas situaciones con el fin de conocer los factores que las favorecen y así poder establecer recomendaciones que ayuden a evitarlas.

Para concluir este marco teórico, en el octavo apartado se profundiza en las razones subjetivas que subyacen en el uso de las medidas de restricción, y en concreto en la actitud del personal ante las mismas. Se recuerda que al ser esta un componente básico de la conducta su estudio resulta primordial si se desean cambiar ciertas rutinas de trabajo. En este apartado se resalta la importancia de la actitud del personal sanitario y la de la familia. De igual modo aborda aspectos generales relacionados con su medición.

En la segunda parte de esta investigación se presenta el estudio que se realizó sobre actitudes, conocimientos y práctica relacionada con el uso de restricciones por parte de profesionales que trabajaban en centros de atención a personas mayores. Se describen los aspectos metodológicos y los resultados,

asimismo se discute la información obtenida y por último se presentan unas conclusiones finales.

El capítulo segundo contiene una justificación de la investigación en la que se destaca el papel que tiene el personal de enfermería en la toma de decisiones relacionada con la restricción de pacientes. Ello hace pertinente el análisis de las características que tienen dichos profesionales al ser poderosos determinantes del uso de este procedimiento. El capítulo tercero incluye los objetivos que se han planteado en este trabajo, siendo el principal el estudio de las variables ya citadas.

Por su parte el capítulo cuarto plantea la metodología del trabajo y explica el camino que se siguió para alcanzar los objetivos propuestos. Se indica cuál fue el diseño de la investigación y los sujetos del estudio. Se describen los instrumentos que se han utilizado para recoger los datos y cómo se aplicaron, detallándose las pruebas que se siguieron para analizarlos. Por último se comenta cómo se hizo la búsqueda bibliográfica y se informa sobre las consideraciones éticas del trabajo.

En el capítulo quinto se presentan los resultados de la investigación y se reflejan en diversas tablas los datos más significativos de cada cuestionario. A continuación, el capítulo sexto incluye la discusión, donde se realiza una explicación e interpretación de los resultados desde la perspectiva del conocimiento previo que existe sobre esta materia y las aportaciones más relevantes de la literatura científica; se comparan los datos obtenidos con los de diversos autores. Por otro lado, se incluyen las limitaciones encontradas durante la realización del estudio y diversas sugerencias para continuar la investigación en futuros trabajos.

El capítulo séptimo contiene las conclusiones. Entre estas destacan que la actitud de los profesionales ante la restricción física es ambigua, ya que, si bien estos se posicionan ligeramente en contra de ellas, están dispuestos a usarlas para evitar problemas de seguridad, de manera especial las caídas. Además, se han detectado creencias erróneas en sus conocimientos y práctica, apreciándose también una baja participación en actividades de formación.

El capítulo octavo recoge las referencias bibliográficas consultadas. Por último, los anexos que se encuentran al final de este trabajo contienen una copia de los cuestionarios utilizados así como una serie de recomendaciones relacionadas con los procedimientos de restricción.

INTRODUCCIÓN

1.1 Envejecimiento y dependencia

El envejecimiento poblacional es un fenómeno con un gran alcance social presente en la mayor parte de los países industrializados. Con relación a España la población ha manifestado una tendencia progresiva al envejecimiento, al pasar de un índice del 5,2% en 1900, al 16,9% en 2010^{1,2}; ello nos sitúa como uno de los países más envejecidos de la Unión Europea, cuya media es de un 15,9%². Así, a comienzos de 2010 la población era de 46.951.532 personas, de las cuales aproximadamente unas 7.929.269 eran mayores de 65 años¹. Las proyecciones apuntan a que esta cifra se disparará y para el año 2060 se prevé que supere los 15 millones, un 29,9% de la población total².

Uno de los principales factores que afecta al envejecimiento de una población es la disminución de la natalidad, además de otros como el descenso de la mortalidad, y, en menor grado, las migraciones^{2,3}. Desde la perspectiva de la atención a los mayores el aspecto más relevante será el del descenso de la mortalidad, el cual se refleja en el aumento de la esperanza de vida. En España, esta ha pasado de unos 35 años a principios del siglo XX, a 80,2 años a finales del mismo; en el caso de los hombres se sitúa en 77,0 años y en el de las mujeres en 83,5 años². Dentro de este fenómeno cabe destacar lo que se ha denominado “envejecimiento del envejecimiento”, representado por el importante aumento de las personas mayores de 80 años^{2,3}.

A pesar de que el envejecimiento de la población es la expresión de un logro humano, y constituye uno de los cambios sociales más importantes producidos en el último tercio del siglo XX, al mismo tiempo supone un importante desafío. Si bien muchas personas mayores viven sanas y saludables, no debemos de olvidar que a medida que pasan los años aumenta la prevalencia de enfermedades degenerativas, y, con ello, el número de ancianos con problemas funcionales².

La enfermedad infecciosa, que ha sido causa frecuente de morbimortalidad a lo largo de la historia del hombre, ha sido reemplazada por la enfermedad edad-dependiente, de curso crónico y normalmente incapacitante³. Así, entre la

población encontraremos no solo a personas mayores puntualmente afectadas por una enfermedad aguda sino también a ancianos frágiles y pacientes geriátricos. Estos dos últimos colectivos están formados por personas con patologías crónicas asociadas y problemas de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria; además, suelen presentar alteraciones mentales y problemática sociofamiliar. En suma, individuos que precisarán todo tipo de atenciones y cuidados^{4,5}.

1.1.1 El cuidado de las personas mayores dependientes

El delirium, las enfermedades intercurrentes, la incontinencia urinaria, los problemas de movilidad, el riesgo de caídas, el consumo de numerosos fármacos, etc., son factores que propician la dependencia de las personas mayores^{6,7}. Pero sin duda, uno de los aspectos que genera mayor grado de fragilidad son las enfermedades neurodegenerativas, entre ellas la demencia.

La prevalencia de esta patología está en nuestro país en un 8%⁸. Es una de las primeras causas de incapacidad en los ancianos, y contribuye de manera significativa a la dependencia, al afectar la capacidad de autogobernarse^{9,10}. De igual forma suele ocasionar importantes problemas tanto en el entorno familiar como en el institucional, entre ellos los de seguridad, que supondrán un verdadero reto para los cuidadores^{10,11}.

El cuidado de las personas con demencia resulta especialmente complejo. Además del ya conocido declive en la función cognitiva, esta enfermedad suele verse agravada por síntomas psicológicos y conductuales o comportamentales que suelen aumentar su severidad y acrecentar la discapacidad^{12,13}. Estos se definen como “un conjunto heterogéneo de reacciones psicológicas, y síntomas psiquiátricos y de comportamiento anómalos que se manifiestan en los pacientes con demencia, de cualquier etiología”¹³.

Entre los síntomas psicológicos estarían la depresión, la ansiedad, la desinhibición, las alucinaciones, las ideas delirantes o la apatía. Mientras que entre las alteraciones conductuales destacarían la agitación, los chillidos, la inquietud, la agresividad, la conducta motora anómala y el vagabundeo^{11,12}. La prevalencia de estos síntomas puede alcanzar el 70%, y son mucho más frecuentes en varones, en estadios moderados y avanzados de la enfermedad¹⁴.

En la mayoría de los casos la gravedad de los problemas dependerá del estadio evolutivo en el que se encuentre la persona. Así, en etapas iniciales e intermedias las complicaciones estarán relacionadas con la deambulación, tanto por el riesgo de que consigan evadirse de su entorno y extraviarse, como por las caídas, las cuales pueden tener severas consecuencias^{13,15}. En el hogar pueden producirse también accidentes por la manipulación de productos de limpieza, objetos cortantes o fuego. Y por último, podríamos nombrar las conductas alteradas y furiosas que pueden terminar en agresiones^{13,16}.

En un estadio más avanzado los problemas estarán relacionados con el manejo de los cuadros de agitación, el control de la postura corporal, las caídas de cama o sillón, y la manipulación de dispositivos sanitarios, como sondas vesicales o de alimentación. Muchas de estas alteraciones conductuales tendrán su origen en una serie de necesidades no satisfechas de la persona, tanto de tipo físico como emocional, que son de difícil manejo y tratamiento^{16,17}.

Todo ello produce una importante sobrecarga en los cuidadores, especialmente cuando carecen de la experiencia, la formación o los recursos apropiados¹¹⁻¹³. Por ello no es de extrañar que, ante la imposibilidad de dar una respuesta efectiva a las necesidades de estos ancianos, una de las alternativas a la que tradicionalmente se ha recurrido para controlar su comportamiento y garantizar la seguridad sea la limitación de su movilidad mediante procedimientos de sujeción¹⁸⁻²⁰.

1.2 La restricción de la movilidad en personas mayores

El uso de medidas de restricción ha sido tema de debate en los últimos 20 años en la mayoría de los países²¹⁻²⁴. En la actualidad sigue siendo un aspecto muy controvertido y cuestionado de la asistencia, ya que no se han establecido cuáles son los límites con respecto a su uso²⁵. Además, son escasas las alternativas que conocen los profesionales para atender de una forma digna y adecuada a estas personas^{26,27}.

1.2.1 Concepto de restricción

Con el fin de poder abordar de forma adecuada el estudio de la restricción es importante definir con claridad cuál es su significado. De entrada debe recordarse que, en las publicaciones científicas escritas en castellano, junto con el término “restricción”, muchos autores utilizan de forma alternativa el de “sujeción” o “contención”, y en menor medida el de “coerción”. Si bien las tres voces son correctas, en este estudio se aplicará de manera preferente el vocablo “restricción”, al entender que representa mejor el alcance que quiere darse al concepto.

La palabra restricción proviene del latín *restringere* que significa sujetar o estrechar, existiendo en la literatura especializada numerosas definiciones de la misma. En el campo de la salud, se definiría como “cualquier iniciativa que limita la libertad de movimiento de un paciente”²⁸. O bien como “aquella iniciativa (palabra, mecanismo o acción) que de manera intencionada impide que alguien haga algo que quiere hacer, incluyendo poner límites a sus deseos o habilidades”²⁹. Profesionales encuestados sobre esta cuestión señalan que el término restricción se debe aplicar a “cualquier acción que, de forma negativa, limita la libertad física o psicológica de una persona”³⁰.

Koch sugiere una definición basada en principios éticos y en los derechos de las personas. Apunta a que restricción sería “cualquier intervención física,

química o ambiental usada específicamente para limitar la libertad de movimiento —o un comportamiento percibido por los otros como antisocial— de un residente que está recibiendo cuidados de alto o bajo requerimiento en una institución geriátrica”. Esta definición excluiría aquellos dispositivos que son utilizados de forma juiciosa como ayudas técnicas para mejorar la seguridad de las personas, y tampoco se referiría a los fármacos empleados para tratar problemas diagnosticados siempre que se consideren el tratamiento adecuado³¹.

1.2.2 Formas de restringir la movilidad

Existen numerosas maneras de limitar la movilidad de un individuo. En términos generales, y en el contexto de la atención a las personas mayores, podemos encontrar las siguientes formas de restricción:

- Ambiental (o perimétrica): El diseño de los ambientes puede facilitar el confinamiento de la persona en un lugar determinado y evitar que vaya a donde quiere ir²⁸. Algunos ejemplos son: cerrar puertas con llaves o cualquier otro mecanismo (p. ej.: código alfanumérico), disimular dichas puertas para que no puedan ser identificadas por los pacientes, colocar vallas que rodeen un determinado espacio, etc.^{25,32}. La reclusión sería una forma radical de restricción ambiental confinando a la persona en un espacio cerrado²⁹.
- Acciones de carácter limitante: Numerosas prácticas asistenciales cumplen los criterios que definen la restricción. Situar un obstáculo frente a alguien que está sentado en una silla de ruedas o frenar la misma, ajustar la sábana en los laterales de una cama de tal manera que dificulte la movilidad del usuario, posicionar la cama contra la pared y colocar unos sillones en el otro lado, ponerla demasiado alta para tratar de evitar que se baje o retirarle determinadas ayudas (gafas, andador), representarían este tipo de estrategia^{19,33}.
- Psicológica: Una forma de restricción es indicarle constantemente a la persona lo que puede o no hacer, mediante órdenes, amenazas o engaños³⁴. Un ejemplo de esto último es hacerle creer algo que no es cierto, por ejemplo decirle que si sale de la habitación le va a ocurrir algo malo.
- Química: Controlar el comportamiento de la persona mediante el uso de fármacos cuando su estado de salud no lo requiere, o administrar una dosis excesivamente elevada para las circunstancias³⁵. En otras palabras, cuando no parece haber una causa médica que justifique el uso de la medicación sino que se busca la sedación para manejar comportamientos incómodos, sin

considerar si es beneficioso para el paciente, o incluso por conveniencia del cuidador^{29,36}.

Determinados tranquilizantes mayores, como los neurolépticos o antipsicóticos, o menores, como los ansiolíticos, son usados con mucha frecuencia en las personas con demencia^{18,37,38}. Pero solo en uno de cada tres casos la medicación suele pautarse por problemas puramente psicóticos. En el resto, se usa de forma inapropiada para controlar su comportamiento mediante la sedación¹⁸. Pero la evidencia sugiere que cuando estos fármacos se aplican para tratar aspectos conductuales tienen escasos beneficios. Más aún, suelen provocar considerables efectos secundarios como delirium, parkinsonismo, retención urinaria, sedación excesiva, mareos o una inestabilidad en la marcha. Esto incrementará los riesgos de sufrir una caída, y, por tanto, propiciará la aplicación de nuevas formas de restricción³⁷⁻³⁹.

Es especialmente preocupante el uso de estos fármacos a demanda, también conocido por su acrónimo PRN (*pro re nata*). En estos casos se suministran a criterio del cuidador, cuando estima que las circunstancias del paciente lo requieren, en lugar de en un horario prefijado. Esta práctica suele ser habitual en muchos centros²⁹.

- Física: Es la forma más habitual de limitar la libertad de movimiento de una persona. En el mundo anglosajón existen muchas formas de definir este término, siendo empleado tanto para describir una acción como un mecanismo^(a). Como ejemplo de lo primero la restricción física puede definirse como “la limitación intencionada de la capacidad de movimiento de una persona mediante el uso de métodos físicos”^{40,41}. En otros casos la restricción se identifica con un mecanismo, y ya en 1933 el Departamento de Higiene Mental del Estado de Nueva York la describía como “cualquier aparato que interfiere en la libertad de movimiento del paciente y que este no puede retirar fácilmente”⁴².

Pero el concepto de restricción física más extendido en la literatura científica internacional es el que estableció, a finales de la década de 1980, la Health Care Financing Administration, actualmente Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS), que la definió como “cualquier método manual o físico, dispositivo mecánico, material o equipo unido o próximo al cuerpo de la persona, que ésta no puede retirar con facilidad y que limita su libertad de movimiento o el acceso normal a su cuerpo”³⁵.

^(a) Diversos autores utilizan el concepto de restricción mecánica en lugar del de restricción física. Si bien puede haber diferentes formas de definirla, lo verdaderamente importante es que cuando se usen se sepa exactamente de qué se está hablando.

Otros autores plantean una idea más abierta de la restricción física al incluir todas aquellas intervenciones cuyo objetivo sea inmovilizar al paciente o controlar su comportamiento^{43,44}. También pueden encontrarse visiones más limitadas de este concepto; así, la Food and Drug Administration (FDA) solo considera como restricción física a “aquellos mecanismos que sujetan el cuerpo del paciente y que están diseñados para tal fin por el fabricante, de acuerdo con las etiquetas o los folletos que acompañan al producto”^{45,46}.

En general, en los últimos años las definiciones de restricción han ido evolucionando, dejando de centrarse en el mecanismo en sí para hacerlo en la intención del cuidador que lo usa. Esta intencionalidad se subraya por el hecho de que la restricción física implica un acto planeado y con un propósito, más que una acción involuntaria¹⁹.

1.2.3 Procedimientos más habituales de restricción física

Según el CMS cualquier dispositivo que encaje en la definición anteriormente dada puede considerarse una restricción física. Incluiría, aunque no estaría limitado, a los siguientes dispositivos³⁵:

- Restricciones de tronco: suele tratarse de chalecos o cinturones de restricción, que pueden usarse tanto en silla como en cama.
- Restricciones de miembros: mediante muñequeras y tobilleras; en esta categoría se incluirían las manoplas.
- Barras laterales en las camas o barandillas: cualquier combinación de barras parciales o completas que bloqueen tres cuartos de la longitud total del colchón, desde el cabecero al piecero.
- Sillas limitadoras de la movilidad: con bandejas, reclinables o excesivamente bajas para impedir a la persona elevarse.
- Otros: sábanas inmovilizadoras o sábanas de sujeción ajustables (pijama-sábana). Son sábanas con la terminación anterior en forma de chaleco, con y sin mangas, cuya parte posterior está sujeta al colchón. Permiten movimientos en la cama pero impiden levantarse de la misma.

Los dispositivos que se aplican con mayor frecuencia en los centros geriátricos suelen ser las barras laterales, seguidas de los mecanismos de restricción de tronco^{23,47,48}. No es inusual la combinación de dos o más dispositivos diferentes en la misma persona⁴⁹.

Un estudio realizado en dos centros sociosanitarios de nuestro país en 2003 mostraba que, con relación al total de pacientes sometidos a restricción física, el cinturón abdominal era aplicado a la práctica totalidad de los casos (81,5% y

100%), mientras que en las unidades de agudos eran más frecuentes los dispositivos para sujetar las extremidades superiores⁵⁰. Un trabajo más reciente efectuado en centros residenciales indicaba que los dispositivos más utilizados fueron⁵¹: las barandillas (63,4%), los dispositivos de restricción de tronco (17,7%), las sillas de sujeción (15,9%) y las correas para los miembros (3%).

Cifras similares han sido publicadas en otros países. Así, un estudio realizado en centros holandeses de personas mayores indicaba que, con relación al total de pacientes con deterioro cognitivo sometidos a restricción física, al 45% se le aplicaban barras laterales en las camas, al 10% cinturones abdominales en silla, al 9% cinturones en la cama, y al 8% pijamas-sábana⁵². Si bien, otros estudios realizados en ese mismo país sugieren que el uso de cinturones es una práctica muy poco frecuente en la actualidad⁵³.

Un trabajo reciente publicado en Alemania indica que, del total de pacientes sometidos a restricción física (26,2%), la barra lateral ha sido el dispositivo más utilizado, en un 24,5% del total⁴⁸; siendo excepcional el uso de otros procedimientos, como cinturones o sillas con bandeja.

Debe hacerse también mención a la propia confección de los dispositivos, que ha ido evolucionando a través de los años. Así, las correas de cuero o la sujeción mediante sábanas, vendas o medidas similares, que fueron muy populares hasta hace un par de décadas en los centros de personas mayores, han sido sustituidos por aparatos homologados que cumplen las correspondientes normativas de fabricación.

1.2.3.1 Uso de los dispositivos como restricción o como producto de apoyo

Establecer si un dispositivo actúa como una restricción física o como un producto de apoyo^(b) —o ayuda técnica— no resulta una tarea sencilla¹⁹. De hecho, estudios previos advierten que los profesionales tienen dificultades para diferenciar ambas situaciones^{30,53,54}.

Así, hay dispositivos que tendrán un efecto beneficioso en determinados usuarios al facilitarles la satisfacción de ciertas necesidades. Por ejemplo, la barra lateral puede usarse para impedir que una persona caiga de la cama mientras duerme, o como una ayuda a la hora de posicionar su cuerpo cuando se muestra inestable⁵⁵⁻⁵⁷. Por tanto, incrementará la sensación de seguridad de la persona, que no la percibirá como algo negativo; es más, en ocasiones será ella misma la que la solicite^{58,59}. Otros mecanismos, como los cinturones o los

^(b) Según la norma ISO 9999:2007 (AENOR) un producto de apoyo sería cualquier producto (dispositivo, equipo, instrumento, tecnología y *software*) fabricado especialmente o disponible en el mercado, para prevenir, compensar, controlar, mitigar o neutralizar deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. En esta edición de la norma el término “producto de apoyo” ha reemplazado al de “ayuda técnica”.

chalecos de restricción, pueden ser usados para evitar deslizamientos y caídas en personas frágiles desde sillones o sillas de ruedas, al ayudarles a mantener la posición corporal⁶⁰. En estos casos no se deberían considerar una restricción sino un producto de apoyo.

Por otro lado, los dispositivos actuarían como una forma evidente de restricción física si llegasen a interferir en la libertad de movimiento de la persona; por ejemplo, cuando se utiliza la barra lateral para impedir que un usuario baje voluntariamente de la cama^{56,59,61,62}. Otros, como el cinturón o el chaleco de sujeción, podrían asimismo emplearse para tratar de evitar que la persona se levantara de una silla, y por tanto, también constituirán una contención³⁵.

Debe recordarse que, por definición, restricción es todo aquel equipamiento que la persona no puede retirar fácilmente y que limita su libertad de movimiento³⁵. En el caso de la barra lateral los centros de servicios Medicare y Medicaids la consideran una restricción cuando impide que la persona pueda interactuar con su entorno^{57,63}. Hay que tener en cuenta que las barras no están diseñadas para ser manipuladas por los propios usuarios, lo que aumenta la limitación de su movilidad incluso la de aquellos que conservan todas sus capacidades funcionales⁶⁴.

Es importante reflexionar sobre cómo juzgar la aplicación de un dispositivo en personas con sus capacidades muy limitadas, que no tienen voluntad de moverse, que han sido sedados o que presentan solo movimientos reflejos o inconscientes (p. ej.: crisis de epilepsia). En estos casos, la intención del profesional no suele ser limitar la libertad de movimiento sino controlar una movilidad involuntaria y evitar una caída accidental; por lo que estos dispositivos no se considerarían una restricción física^{35,45,55,59}.

Para determinar si un dispositivo representa, o no, una forma de restricción habrá que evaluar el efecto que tenga sobre el residente, lo cual a su vez estará condicionado por las capacidades funcionales y cognitivas que este conserve^{19,35}. Lo que puede constituir un dispositivo de restricción en una persona no tiene por qué serlo en otra. Fryback sugiere que, con el fin de diferenciar lo que es o no una restricción física, se responda a las siguientes preguntas: ¿Restringe el dispositivo la libertad de movimiento del individuo? ¿Tiene la persona dificultades para retirarlo? Si la respuesta a ambas es "sí", entonces el dispositivo puede ser considerado una restricción física⁵⁵.

Delimitar si un dispositivo actúa o no como una restricción física tiene gran importancia; así, en algunos países es necesaria una autorización judicial para aplicarla^{65,66}. Igualmente, en los estudios epidemiológicos de prevalencia se debe identificar correctamente cuándo se utiliza en uno u otro sentido; de lo contrario podríamos obtener datos sobredimensionados al contabilizar como restricción un dispositivo que en realidad se comporta como una ayuda técnica, o viceversa⁴⁵. De hecho, algunos autores prefieren no incluir en sus

investigaciones la barra lateral por la dificultad para diferenciar cuándo se usa con fines restrictivos y cuándo como recordatorio o ayuda^{47,67}.

1.3 Práctica profesional y actitudes ante el uso de la restricción física a lo largo de la historia

Explorar el uso que a lo largo de la historia se ha hecho de la restricción física podría aportar las claves para entender por qué se sigue aplicando en la actualidad a pesar de ser considerada como un procedimiento controvertido.

Desde muy antiguo la conducta imprevisible de los enfermos mentales fue vista como un problema que se solía solucionar con su confinamiento^{68,69}. Mantenerlos encerrados y sometidos por cadenas revelaba el miedo de la sociedad ante estos, actitud que se mantuvo a lo largo de los siglos. Pero este enfoque desconfiado también fue cuestionado por muchos personajes, los cuales trataron de humanizar el cuidado de dichos enfermos al reducir las férreas medidas de contención a las que eran sometidos^{68,70}.

1.3.1 De la Antigüedad a la Edad Moderna

Las primeras referencias al uso de la restricción física las encontramos en textos de la Grecia clásica como el *Corpus Hippocraticum*. Este mencionaba diversas terapias que incluían la contención mediante cadenas de aquellos que podían representar un peligro para sí mismos o para los demás⁷⁰.

El célebre médico romano Aulo Cornelio Celso (25 a. C.-50 d. C.) elaboró un tratado en el que describía el uso de la sujeción y en el que afirmaba: “es conveniente que se encadene a aquellos que se conducen de forma violenta, no sea que puedan dañarse a sí mismos o a otros”⁷⁰. Sus recomendaciones incluían, además de la restricción, la tortura, los azotes o las inmersiones bruscas en agua⁷¹.

Si bien en esta época eran muchos los galenos que sugerían la práctica de la sujeción, se tiene constancia de otros que la criticaban en un intento de darle un enfoque más humanista a los cuidados. Fue este el caso del médico griego Asclepiades (124-40 a. C.), que enfatizaba el beneficio de las terapias mediante dieta, baños, masaje o ejercicio, y se oponía al maltrato y al encierro^{72,73}.

Asimismo, su compatriota Sorano de Éfeso (98-138 d. C.) rechazó las medidas represoras, y propuso que los pacientes se mantuviesen tumbados en cómodas estancias, y que, en caso de ser necesaria su inmovilización, se utilizasen ligaduras hechas con lana o materiales mullidos que evitasen lesiones⁷⁰. También el médico romano Celio Aureliano (350-400 d. C.) cuestionó la contención mecánica debido a las graves complicaciones que generaba⁴².

Durante la Edad Media destacaron las aportaciones de la medicina islámica, que recuperaría parte de las enseñanzas de la Antigüedad⁷⁴, y es probable que las primeras instituciones para dementes fueran construidas por los árabes⁷⁵. Así, en el siglo XII, Benjamín de Tudela (1130-1173) describió el manicomio de Bagdad, presentándolo como un centro en el que los enfermos eran tratados con benevolencia⁴². Una de las figuras más notorias de esta cultura fue el persa Avicena (980-1037 d. C.). En su obra desmitificó falsas creencias sobre la enfermedad mental al negar que los pacientes fuesen poseídos por demonios, y abogó por la supresión de las sujeciones en la práctica diaria⁴².

Al tiempo que florecía la cultura islámica, Europa se iba sumiendo científicamente en las sombras que rodearon la Baja Edad Media. Durante esta, se atribuyó el origen de la locura al pecado, el demonio y la brujería^{71,74,76}. Los locos, bajo la convicción de que se encontraban poseídos, eran llevados al sacerdote antes que al médico^{42,71,72}. Su tratamiento solía consistir en encerrarlos por seguridad, por lo que eran numerosos los edificios religiosos que disponían de estancias con anclajes para las cadenas que los inmovilizaban⁷⁷.

También el castigo físico era aplicado de forma frecuente con los pacientes, bien para “liberarlos” o bien porque se comportaban de manera violenta^{42,78}. Hasta muy entrado el siglo XIX, los psiquiatras continuaron recomendando estos procedimientos afirmando que “los bastonazos son a menudo más útiles con los locos que cualquier otro medio, y les obligan a volver de nuevo hacia el mundo del que proceden los golpes”⁷⁸. En ese contexto se fundó el que sería considerado uno de los primeros hospitales psiquiátricos del mundo, el Bethlem Hospital^{74,77}, que empezó a albergar enfermos a partir de 1377. Un documento de la época describe parte del “equipamiento médico” del centro, que incluía “cuatro pares de grilletes, 11 cadenas de hierro y seis candados con sus llaves”, mecanismos que se emplearían durante más de cuatrocientos años⁷⁰.

En los siglos XV y XVI España se convirtió en un referente respecto a la forma de asistir a los pacientes enajenados⁷². Según algunos autores “no fue Pinel sino los psiquiatras españoles en Valencia en 1409 los primeros en retirar las cadenas e instituir el tratamiento moral. Se utilizaron el ejercicio, juegos, trabajo, entretenimiento, dieta e higiene”^{74,79}. El referente lo constituyó el manicomio de dicha ciudad, el Hospital de los Santos Inocentes, inaugurado a principios del siglo XV por el religioso mercedario Juan Gilabert Jofré (1350-1417)^{80,81}. Es significativo que fueran precisamente los padres mercedarios, que habían tenido un intenso contacto con la cultura árabe gestionando la liberación de cautivos, los que fundasen esta institución y promoviesen el cuidado humanitario de los pacientes mentales^{71,75}.

Pero si bien este centro fue reconocido por su asistencia compasiva, igualmente disponía de instrumentos de sujeción, como grilletes, bozales de hierro y cadenas con collares, que se usaban para el control de los más

violentos. Estas prácticas, más que una forma de castigo, eran probablemente fruto de las limitaciones terapéuticas existentes^{79,80}.

Poco después de la fundación del manicomio de Valencia se abrió en Zaragoza el Hospital de Nuestra Señora de Gracia (1425)⁷⁴. Su fama trascendió, tanto por el trato humanitario que allí se daba como por haber instituido terapias de ocupación mediante tareas domésticas y faenas en el campo⁷⁵; aunque también en este caso disponía de grilletes para aplicar a los pacientes más agresivos⁸¹.

Otra figura que luchó por mejorar la asistencia a los enfermos mentales fue Juan Ciudad Duarte, más conocido como San Juan de Dios (1495-1550)⁷⁵. Tras experimentar personalmente el trato que se daba a los dementes, pues fue sometido a golpes y ataduras, decidió fundar en Granada un hospital que incluyese la atención de estos, creándose la Orden de los Hermanos Hospitalarios de San Juan de Dios⁷⁹.

Durante los siglos XVI al XVIII se promueve en toda Europa la gran reclusión de los enfermos mentales pasando su tratamiento por uno de sus peores momentos^{71,72}. Esto afectó de manera especial a los más violentos, los cuales serían internados allí donde se dispusiese de una estancia adecuada, la mayoría de las veces jaulas o mazmorras^{42,77}. Pero al ser los recursos públicos muy escasos, en la mayoría de las ocasiones eran las familias las que tenían que recluir a los enfermos agresivos en cualquier lugar seguro de su propia casa^{78,81}. Tampoco era inusual que se confinasen en cárceles, dado que la locura no siempre se consideraba un eximente ante la ley⁷⁷.

Junto con la reclusión, los médicos seguían recomendando la sujeción como una herramienta básica para controlar la disciplina en los manicomios. El galeno inglés Thomas Willis (1621-1675) explicaba en sus obras que los enfermos mentales agitados debían ser tratados con rigor y endurecerse sus condiciones de vida empleando métodos de restricción. El anatomista suizo Félix Platter (1536-1614), con el fin de entender mejor cómo vivían sus pacientes, se instaló en las celdas en las que estos eran alojados. A pesar de que censuraba la severidad de tales medidas, aconsejó el uso de cadenas⁷⁰.

Tales recomendaciones seguían siendo aplicadas en los centros religiosos. Así en las constituciones del Hospital del Nuncio de Toledo, fundado a principios del siglo XVI, puede leerse que “los pacientes eran castigados humanamente bien de palabra o de otra manera porque se ha visto por experiencia sanar a muchos a causa de la corrección y buen regimiento”⁸¹.

También se dispone de textos que mencionan el trato al que eran sometidos los pacientes mentales en los países bajo la influencia otomana. En un relato del siglo XVI, un marino italiano que permaneció cautivo varios años en Constantinopla cuenta cómo los dementes eran encadenados en sus celdas

por cuello y muñecas, y exhibidos públicamente para divertimento de los ciudadanos⁷⁵.

1.3.2 La era del tratamiento moral

Durante el siglo XVIII se difundieron los principios ilustrados y los médicos empezaron a ver a los enfermos mentales como seres humanos. Así, comenzaron a comprender que la mejor manera de tratarlos era mediante criterios basados en la experiencia y la observación, racionalizando el uso de la contención^{81,82}.

Las ideas ilustradas, aunque originadas en Gran Bretaña, se extendieron por Europa. En Italia, Vincenzo Chiarugi (1759-1820)⁷⁰ publicó en 1795 un tratado sobre la locura; en él desaprobó la aplicación de la restricción física, aunque para los casos más difíciles permitió el uso de "ataduras con tela de algodón y brazaletes de cuero"⁷⁸. En Alemania, Johann Gottfried Langemann (1768-1832) también acabaría aboliendo la contención entre los dementes⁷³.

En Francia, Joseph Daquin (1733-1815) propuso la retirada de grilletes y un trato comedido de los pacientes^{42,73}. Al mismo tiempo en este país se promovía el trato humanitario elaborando normas concretas sobre cómo atender a los enfermos: "los golpes deben estar proscritos y castigados severamente" y "si en ocasiones es necesario atarlos, al menos debería reducirse al mínimo esta crueldad y esa degradación"⁸³.

Parte de estas ideas ilustradas tuvieron continuidad en la Revolución Francesa y Americana, que potenciaron importantes cambios al defender la libertad del ser humano^{42,73}. Y fue precisamente en la Francia revolucionaria donde surgió uno de los personajes más populares del movimiento contra la restricción, Philippe Pinel (1745-1826)⁸².

Pinel consideraba la locura como una enfermedad y entendía que la brutalidad con la que se trataba solo intensificaba sus manifestaciones⁷². Estudió las recomendaciones de los médicos de la Antigüedad, especialmente Asclepiades⁷³, y se convirtió en un ferviente defensor del denominado "tratamiento moral"^{71,80}, que se caracterizaba por atender al paciente en un ambiente saludable y sin violencia⁷⁵.

Sin duda, la popularidad de este galeno se debe a que fue protagonista de uno de los episodios más conocidos de la historia de la psiquiatría, al decidir liberar de sus cadenas a los pacientes que estaban a su cargo; por este motivo se le llamó "el Washington de los locos"⁸³. Estos hechos se produjeron, primero en el hospital parisino para hombres de la Bicêtre, y más tarde en el de mujeres de la Salpêtrière^{72,73}, al que había sido trasladado.

Continuador de la obra de Pinel fue su discípulo Jean Etienne Dominique Esquirol (1772-1840), que prosiguió la labor de su mentor en la lucha por

establecer criterios racionales de asistencia a los enfermos mentales y erradicar los métodos inhumanos^{72,83}.

Por lo que respecta a Gran Bretaña, a finales del siglo XVIII surgieron destacadas iniciativas cuyo objetivo fue instituir un trato más humano a los dementes. En 1796, el cuáquero William Tuke (1732-1822) fundó el York Retreat, considerado el primer establecimiento mental inglés donde los pacientes fueron atendidos con respeto y dignidad^{77,84}. En él se prohibió el uso de las cadenas y se alojó a los enfermos en un entorno agradable estimulándolos mediante programas ocupacionales^{42,70}. A pesar de que esta filosofía parecería incompatible con cualquier forma de sujeción, los cuáqueros fueron los inventores de la célebre camisa de fuerza⁷⁸.

Este tipo de restricción llegó a ser muy común en la mayoría de los manicomios donde se utilizaba tanto para someter determinados comportamientos^{42,77}, como para obligar a los pacientes a respetar las normas. En esa época los problemas de conducta podían ser interpretados como actitudes desafiantes y eran justificación suficiente para el empleo de estas contundentes medidas. Además, los dementes también eran sujetados para evitar que se escapasen, ya que, en esos casos, las leyes solían castigar con multas a los cuidadores⁷⁷.

A pesar de lo inhumano que resultaban estas prácticas, los hospitales no hacían muchos esfuerzos por tratar de ocultarlas. Hasta principios del siglo XIX se permitía en muchos de ellos el acceso de visitantes para su diversión, tras cobrarse una entrada que servía para aliviar la maltrecha economía de los centros^{42,71}.

Pero las duras condiciones en las que vivían los pacientes acabarían escandalizando a la opinión pública de algunos países, especialmente cuando se divulgaron las consecuencias de estos salvajes procedimientos: abscesos, gangrena, atrofia de miembros y extensas escaras por el uso de los grilletes que provocaban una elevada mortalidad entre los pacientes⁷⁸. Uno de los casos más polémicos fue el de William Norris, que pasó encadenado más de 10 años en el hospital londinense de Bethlem⁷⁷. La crueldad de la medida suscitó un amplio debate sobre la aplicación abusiva de la restricción física en los pacientes psiquiátricos, lo que obligó al propio Parlamento a pronunciarse⁸².

Por lo que respecta a las todavía colonias británicas de América del Norte, en 1751 los cuáqueros inauguraron en Filadelfia el primer hospital que aceptaba pacientes mentales^{42,73}. En ese centro se aplicaron los novedosos tratamientos humanizados de Benjamin Rush (1746-1813), considerado el padre de la psiquiatría americana. Este afirmaba que los enfermos debían ser abordados con amabilidad, para lo cual recomendaba la contratación de cuidadores cualificados y remunerados de forma adecuada⁴². Sin embargo, también admitía el uso excepcional de castigos corporales y otras medidas de coerción siendo el inventor de la "silla tranquilizadora" en la cual los dementes permanecían la mayor parte del día atados^{78,82}.

1.3.3 La restricción en la Europa del siglo XIX

La era del tratamiento moral, a pesar de sus luces y sombras, ayudó a conformar los cimientos sobre los que se construirían los progresivos movimientos de no-restricción del siglo XIX⁷⁵. En esa época una serie de destacados profesionales, especialmente en el Reino Unido, lucharían para limitar el uso de la sujeción en las instituciones y mejorar las condiciones de vida de los pacientes. La mayoría se inspiraron en la experiencia de la familia Tuke en el York Retreat⁶⁸.

Entre dichos innovadores sobresalió Robert Gardiner Hill (1811-1878), director del asilo de Lincolnshire⁷³. Este psiquiatra propuso que la sujeción se utilizase de forma intermitente, y que constase por escrito la causa y duración de la misma, así como la correspondiente orden facultativa. También implantó otras medidas, como la de contratar cuidadores más cualificados⁷⁷; y, tras el fallecimiento durante la noche de un paciente sometido a restricción, aumentó el personal en ese turno, y le obligó a mantener una constante vigilancia⁴².

Hill fue autor de diversas publicaciones, entre las que destacó *Concise history of the entire abolition of medical restraint* (1857). En ella afirmó que “en unas instalaciones correctamente diseñadas, con un número suficiente de cuidadores, la sujeción nunca es necesaria ni justificable, sino todo lo contrario, siempre es perjudicial”⁷⁰. Aplicando estas ideas consiguió suprimir su uso, por lo que fue considerado uno de los pioneros del movimiento de no-restricción en el Reino Unido⁸⁵.

Otro personaje relevante fue Thomas Prichard (1808-1847), director del asilo de Northampton, la primera institución británica que desde su fundación, en 1838, mantuvo una filosofía de no-restricción. Este médico trataba de evitar la excitación de los pacientes liberándolos de las sujeciones el mismo día de su ingreso, e inmovilizaba solo temporalmente a los que presentaban una conducta más peligrosa⁸⁵.

John Conolly (1794-1866), director del Hanwell Asylum, es recordado también como uno de los padres de la no-restricción⁶⁸. Formuló un modelo no coercitivo para el manejo de los dementes, publicado en 1856 con el título *El tratamiento de los enfermos mentales sin restricciones mecánicas*⁸⁵. Según sus propias palabras “restricciones y abandono pueden ser considerados como sinónimos, dado que las restricciones son simplemente un sustituto a los miles de cuidados que requieren los pacientes problemáticos”^{42,84}. Insistió en la importancia de contratar profesionales cualificados, suprimió la contención mecánica y, como alternativa para los pacientes más violentos, recomendó las habitaciones acolchadas y una constante supervisión^{78,80}.

A la vista de todo esto, se puede afirmar que en Gran Bretaña, durante el siglo XIX, surgió un gradual movimiento de no-restricción basado en un espíritu humanitario que incrementó el respeto por los enfermos⁷⁷. Esta importante

corriente reformista se reforzó con el apoyo de diferentes magistrados de la época y con la publicación de nuevas normas legales, como la Mental Act de 1845. Desgraciadamente, a finales de siglo, la escasez de recursos y la saturación de los centros ensombrecieron todos estos avances, aunque las ideas que los inspiraron se mantendrían hasta la actualidad⁷⁷.

En el resto de Europa, la filosofía de no-restricción se introdujo de forma más tardía que en Gran Bretaña y las terribles condiciones en las que vivían la mayoría de los pacientes se mantuvieron hasta bien entrado el siglo XIX, tanto por la ignorancia como por la falta de recursos. Así, algunos establecimientos llegaron a recomendar la sustitución de las camisas de fuerza por cadenas, ya que estas últimas eran más baratas. Un centro particularmente macabro en este sentido fue la famosa “Torre de los locos”, de Viena⁷⁸.

En Alemania, dado que apenas había hospitales específicos, los enfermos mentales eran encerrados en cualquier establecimiento que tuviese una estancia adecuada. En ellos se seguirían aplicando crueles medios, como la máscara de Autenrieth que servía para reducir los gritos de los pacientes e impedir que mordiesen o escupiesen, evitando así molestias a las personas que los rodeaban⁷⁸.

Pero en este país también surgieron profesionales que promovieron la no-restricción. A mediados del XIX Wilhelm Griesinger (1817-1868) afirmó que era responsabilidad de las instituciones dignificar y humanizar la vida de los alienados. Para ello, sugirió liberarlos y ubicarlos en un ambiente más terapéutico y productivo, realizando tareas agrícolas⁷⁹. Johann Christian Reil (1759-1813), uno de los más destacados psiquiatras alemanes, cuestionó asimismo el uso de la sujeción y otros procedimientos usados en esa época⁷⁸.

Con referencia a la situación en España, la tendencia era ingresar a los enfermos mentales en manicomios, hospitales o casas de misericordia, donde eran controlados mediante látigos y cadenas⁸⁵. Las reformas iniciadas en Europa con respecto a la no-restricción tuvieron poco eco en nuestro entorno. Los problemas para viajar y la dificultad para acceder a las publicaciones extranjeras impedían a los profesionales enriquecerse con las nuevas ideas. Por otro lado, la ausencia de reglamentos y la escasez de médicos y cuidadores dejaban a estos últimos amplios poderes, lo que daba lugar a constantes abusos^{79,85}.

Por lo que respecta a los intentos de regular la aplicación de estos procedimientos en nuestro país, una de las primeras referencias la encontramos en las Leyes de Beneficencia promulgadas durante el trienio liberal (1820-1823), que prohibían el uso de las cadenas⁷⁶. Sin embargo el alcance de dichas normas fue limitado, ya que las dificultades económicas impidieron frenar la decadencia progresiva de los centros^{74,81}. El estado de la mayoría de ellos era lamentable, como se recogía en 1847 durante una inspección en el manicomio de Barcelona, el Hospital de Santa Creu, que

calificaba de “verdadera vergüenza” la situación en la que se hallaba⁸⁰. También el hospital de Valencia, reconocido en el pasado por el trato humanitario a los pacientes, se encontraba en un estado deplorable; y ello a pesar de la labor realizada por su entonces director, Juan Bautista Perales, que humanizó la asistencia de los dementes liberándolos de las jaulas en las que solían ser encerrados⁷⁶.

En ese periodo florecieron los centros privados, donde los duros procedimientos de los hospitales públicos eran reemplazados por otros más sutiles. Así, en el reglamento del Manicomio Nueva Belén, inaugurado en 1859 en Barcelona, constaba: “... las cadenas y argollas, que el célebre médico francés desterró para siempre de los manicomios, se han sustituido con correas, lazos, fajas, pulseras, brazaletes, manguitos, corcés, trabas para los pies...”⁸⁰. Otra entidad privada, el manicomio de Carabanchel, en Madrid, si bien se vanagloriaba de su política de no-restricción mantenía “la práctica de atar a los enfermos fuertemente a la cama con ligaduras de cuero”⁸⁵.

Nuevas iniciativas legales se publicaron en un Real Decreto de 1885, que reglamentaba la hospitalidad de los centros, el control judicial de los ingresos y los medios más apropiados para contener a los pacientes⁸¹. A pesar de este tipo de normas, durante muchos años se continuarían empleando duros métodos, como recoge un documento de 1916 con fotografías del manicomio de Valencia donde aparecen enfermos encadenados⁸⁰.

1.3.4 La restricción en América durante los siglos XIX y XX

En la América hispana existieron numerosas instituciones dedicadas a la reclusión de enfermos mentales, las cuales no tuvieron nada que envidiar a las europeas. Así, en grandes hospitales como el de San Hipólito en México, primer centro mental del Nuevo Mundo⁷⁴, se combinó la antigua tradición de encadenar a los locos violentos con el trato humanitario, al entretenerlos en tareas ocupacionales⁷².

Por lo que respecta a los profesionales norteamericanos estos mostraron ante la restricción una actitud diferente a la de sus homólogos británicos. Isaac Ray (1807-1881), director del Hospital Butler (Rhode Island) y elogiado por su “humanidad” entre sus colegas, fue un defensor de la contención^{42,68}. A pesar de haber visitado varios centros europeos donde se aplicaba la no-restricción mantuvo que, en ciertos momentos, su uso era inevitable, como cuando el paciente quería auto-lesionarse; y aseveraba que si no se utilizaba en esas instituciones es porque no se habían dado situaciones que verdaderamente lo requiriesen⁸⁵.

Thomas Store Kirkbride, del Hospital Mental de Pensilvania, afirmó con respecto a la no-restricción que “ningún pequeño avance compensaría la pérdida de una vida humana, la destrucción de la propiedad o los innumerables daños que un enfermo mental puede perpetuar por haberle dado libertad”⁸⁴. El

miedo a que los pacientes se lesionasen y que las familias demandasen a la institución incitaba el empleo de estas medidas. Otro factor que favoreció su uso fue la saturación que sufrían los manicomios, por lo que la contención representaba una solución a los problemas de inseguridad⁸⁵.

Los mecanismos que solían aplicarse con mayor frecuencia en la mayoría de estos centros eran la camisa de fuerza o las correas para las muñecas y, en los pacientes más agresivos, los grilletes de hierro. A lo largo del siglo XIX se volverían populares otros controvertidos artilugios, como la *Crib-bed*, una cama de reducido tamaño con una tapa que podía cerrarse y que se utilizaba principalmente en personas con demencia senil para impedir sus movimientos^{42,68}. Para los pacientes que arañaban, rompían cosas o simplemente se masturbaban, se usaban una especie de manoplas de cuero que se bloqueaban a la altura de las muñecas⁷⁸.

Si bien durante todo el siglo XIX la mayoría de los profesionales americanos mantuvo una postura muy favorable hacia la contención física⁸⁵, también surgieron otros que señalaban que este procedimiento debía evitarse en la medida de lo posible. Clara Weeks, en su *Textbook for Nursing* de 1885, subrayaba que “la restricción en pacientes con delirium solo agrava el problema” y sugería que “se les proporcione toda la libertad que sea compatible con su seguridad”. Asimismo recomendaba, entre otros aspectos, el cuidado afectivo y la vigilancia⁸⁴.

Otras obras de principios del siglo XX ponían énfasis en la misma idea al afirmar que la contención “agota a los pacientes y es perjudicial para los mismos”; además resaltaban la importancia de una supervisión constante⁸⁵. El *Text book of Nursing Techniques*, de Irene Kelley (1926), advertía que estaba prohibido utilizar una sujeción sin una orden médica, y que se debía hacer un uso discreto y no más allá de lo necesario. También incluía detalladas instrucciones sobre los cuidados a realizar y recomendaba especialmente que no se dejase a la persona sin vigilancia⁸⁴.

1.3.5 Los avances en el siglo XX

A principios del siglo XX, en la mayor parte de las instituciones para enfermos mentales era todavía habitual la aplicación de grilletes, práctica que seguiría alimentando las crónicas negras de la psiquiatría durante muchos años⁸⁰. Y no será hasta la década de 1950 cuando se logren una serie de progresos que ayudarán a suavizar esos duros métodos.

La aparición de ciertos fármacos psicotrópicos, entre ellos la clorpromazina, representó un avance fundamental, al permitir un mejor control del comportamiento de aquellos enfermos que, hasta ese momento, precisaban de férreas medidas de contención^{71,85}. La paulatina retirada de los dispositivos obligaría a introducir nuevos objetivos terapéuticos; no se trataba únicamente de someter la conducta de los enfermos sino también de intentar comprenderla.

En esta época se diseñaron en los países anglosajones nuevos dispositivos que contribuyeron a “humanizar” los cuidados de los pacientes conflictivos, si bien su objetivo siguió siendo la contención de la persona. Algunos de ellos fueron las sillas con una bandeja acoplada que evitaban que el paciente se levantara, o los chalecos o los cinturones que se diseñaron para impedir que cayese de la cama o de la silla.

También aparecieron las barras laterales para camas, que ya eran frecuentes en las cunas de bebés⁸⁵. Estas se hicieron muy populares en los hospitales americanos cuando las instituciones comenzaron a sufrir demandas por caídas, siendo varios los factores que pudieron haber aumentado el número de estos percances⁸⁶. Por un lado, la saturación de los centros, que disminuyó la capacidad de supervisión de las enfermeras. Por otro lado, las nuevas tendencias arquitectónicas que convirtieron los antiguos salones en pequeñas habitaciones, lo que dificultaba la vigilancia de los cuidadores.

Otro factor que popularizó las barras laterales fue su inclusión de forma rutinaria en el diseño de las camas, con el pretexto de que mejoraba la seguridad del paciente⁵⁵. Así, muchos fabricantes iniciaron una potente campaña publicitaria en revistas profesionales, en las que anunciaban que “las barras proporcionan seguridad para los pacientes y protección al hospital”. Podría considerarse que el uso de estos dispositivos tuvo su origen más en el miedo a las responsabilidades legales que en buscar el bienestar del paciente^{85,87}.

En la década de los 60 y 70, el incremento en el número de ancianos institucionalizados con deterioro funcional y cognitivo aumentó los problemas de seguridad, lo que obligó a los centros geriátricos a adquirir todo tipo de dispositivos de restricción. Esta situación se mantendría así hasta los años 80, cuando resurgiría nuevamente el debate sobre la no-restricción promovido desde muy diversos ámbitos.

Por un lado se produjeron importantes avances ético-legales que fueron recogidos en varias resoluciones de organismos como las Naciones Unidas⁸⁸, y que contribuyeron a la humanización de los cuidados. Por otro, destacaría la labor de numerosas entidades, instituciones sanitarias, colegios profesionales y sociedades científicas, las cuales elaboraron múltiples recomendaciones para tratar de que los pacientes fueran atendidos en entornos más seguros con la máxima dignidad y respeto^{32,89}.

Ya en la actualidad, y con respecto a nuestro país, debemos mencionar el proyecto “Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer”, liderado por la Confederación Nacional de Organizaciones de Mayores. Este nació en el año 2003 para asesorar sobre el uso racional de la restricción⁹⁰. Otra iniciativa es la Fundación Cuidados Dignos, constituida en el año 2010, y cuyo objetivo es promover la dignidad en el cuidado de las personas mayores dependientes. Para ello ha diseñado un protocolo, denominado “Libera-Ger”, destinado a

mejorar la gestión de las sujeciones y posibilitar su eliminación sin abandonar la seguridad del paciente⁹¹.

Como reflexión final podría plantearse si, a pesar de los avances habidos en este último siglo, la aplicación abusiva de la contención es un tema solo del pasado. De hecho sigue siendo muy discutible el uso que se hace de determinados fármacos, de los chalecos y cinturones de sujeción o incluso de las barras laterales de las camas; mecanismos que, en muchos casos, se emplean exclusivamente para intentar controlar la conducta de los usuarios y sin ningún otro propósito terapéutico⁸⁵.

1.4 La ética durante la práctica profesional relacionada con las restricciones físicas

La aplicación de medidas que limitan la libertad de movimiento en personas mayores representa uno de los grandes dilemas de la práctica asistencial. Ante este procedimiento no solo se han de tener en cuenta las consecuencias para la salud del paciente, sino también las bases éticas y legales en las que se afianza y de qué manera podría colisionar con sus derechos fundamentales^{92,93}. Debe recordarse que, aunque en la mayoría de los casos la restricción física se emplea por una buena razón, es conocido que consideraciones prácticas del personal o de la institución juegan a menudo un papel importante en su instauración^{94,95}.

Si bien los aspectos éticos y legales pueden tener vínculos comunes, ya que ambos se basan en pautas que rigen la conducta humana, existen significativas diferencias. Mientras que las normas éticas pueden no ser aceptadas por los profesionales y su incumplimiento no conlleva un castigo, las legales provienen del derecho y son coercibles, por lo que los jueces tienen que exigir su cumplimiento.

1.4.1 Aspectos éticos en la atención sanitaria

La ética es el estudio de la moral, que representa un conjunto de normas que hacen referencia a lo que es bueno o malo, y que nos ayudan a actuar en los distintos ámbitos de la vida social. Así, algo es ético si cumple dichas normas. El estudio de la ética no implica analizar cualquier tipo de conductas, sino solo aquellas que se rigen por los valores morales. Estos son los preceptos que, en toda sociedad, regulan el comportamiento de la persona en función de lo que se considera bueno, justo o correcto; en otras palabras, la ayudan a ser más humana. Los valores que han sido aceptados por todos se denominan valores universales.

Cuando la ética se aplica a la atención sanitaria o a la investigación se denomina bioética. Esta trata las decisiones médico-morales relacionadas con las normas o valores, el beneficio o el perjuicio, lo justo o lo injusto, y lo que debe llevarse a cabo o no en el contexto de la asistencia, siempre respetando

la autonomía de la persona. Podemos decir que uno de los objetivos de la bioética será facilitar la toma de decisiones racionales en la resolución de los conflictos de valores que plantea el ejercicio de la actividad profesional⁹⁶.

A lo largo de toda la segunda mitad del siglo XX se produjeron una serie de avances ético-legales que contribuyeron a la humanización de los cuidados. Estos se recogieron en diferentes manifiestos sobre derechos humanos.

Uno de los más relevantes fue la Declaración Universal de los Derechos Humanos, aprobada en 1948 por la Asamblea General de las Naciones Unidas, y redactada con la idea de que los principios que contiene sean promovidos y respetados por todos los países⁸⁸. Esta declaración, en su artículo 3, advierte que todo ser humano tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona; asimismo, en su artículo 5 señala que nadie debe ser sometido a tratos degradantes. Dicho texto fue adoptado por primera vez por la Federación Mundial de Salud Mental, en 1989, en la Declaración de Luxor sobre los Derechos Humanos para los Enfermos Mentales⁹⁷.

De nuevo la ONU ratificaba en 1991 los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales, donde se señalaba que: “Todo paciente tendrá derecho a ser tratado en un ambiente lo menos restrictivo posible y a recibir el tratamiento menos restrictivo y alterador posible que corresponda a sus necesidades de salud y a la necesidad de proteger la seguridad física de terceros”⁸⁸.

Otras referencias importantes son el Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y de la medicina, de 1997, y el Libro Blanco del Comité de Bioética del Consejo de Europa sobre Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad de las personas con trastorno mental, del año 2000, que aborda los límites éticos al tratamiento⁸⁵.

1.4.2 Principios éticos y restricción física

La mayoría de los códigos deontológicos profesionales y los códigos éticos aprobados por las instituciones afirman que toda persona tiene derecho a envejecer en un entorno seguro con la máxima libertad, autonomía, dignidad y respeto^{32,40,89}. Estos valores emanan de la ya citada Declaración Universal sobre Derechos Humanos y otros tratados internacionales. En ellos se recogen los principios que deben primar en una asistencia sanitaria de calidad, donde las necesidades del individuo deben ser puestas en primer lugar a la hora de tomar decisiones sobre su cuidado^{29,98}.

Si bien uno de estos principios es el de asegurar la autonomía y libertad de las personas, otro no menos importante es el de garantizar su seguridad^{10,25}. Aunque pueda parecer un contrasentido, para poder salvaguardar este último principio, en ocasiones será necesario aplicar procedimientos que afectan al derecho básico de libertad de movimiento, lo que supondrá una pérdida de la autonomía de la persona^{89,99}. De hecho, las mismas Naciones Unidas asumen

la limitación de la libertad como un procedimiento posible, si bien establece las condiciones en las que se podrá aplicar. El Principio 11, punto 11, establece con respecto a las restricciones físicas que⁸⁸:

“Esas prácticas no se prolongarán más allá del periodo estrictamente necesario para alcanzar ese propósito. Todos los casos de restricción física o de reclusión involuntaria, sus motivos y su carácter y duración, se registrarán en el historial clínico del paciente. Un paciente sometido a restricción o reclusión será mantenido en condiciones dignas y bajo el cuidado y la supervisión inmediata y regular de personal calificado. Se dará pronto aviso de toda restricción física o reclusión involuntaria de pacientes a los representantes personales, de haberlos y de proceder”.

En el complejo debate sobre el uso de sujeciones son muchos los profesionales que se preguntan cuándo y bajo qué circunstancias están justificadas y si existe una base bioética que respalde su aplicación^{10,50,93}. Para responder a ello debemos analizar dos de los principios fundamentales de la bioética, el de autonomía y el de beneficencia^{96,100}.

1.4.2.1 El principio de autonomía y el principio de beneficencia

El principio de autonomía preconiza el respetar las decisiones y actos de cada persona^{10,98,100}. Debe subrayarse que la ética considera autónoma a la persona que tiene capacidad de obrar, esto es, facultad para enjuiciar de forma razonable el alcance y significado de sus actuaciones. Por tanto, este principio se exceptúa en aquellos pacientes que tienen alterado el entendimiento¹⁰¹.

En estos casos se podría indagar sobre los valores que haya podido transmitir la persona, los cuales, si son conocidos, deberían seguirse^{101,102}. Si esto se desconociese se consultará a los familiares depositarios de la autonomía del usuario, que serán los responsables de elegir lo mejor para él⁹⁶. Se debe advertir, sin embargo, que ciertas enfermedades, como por ejemplo la demencia, no necesariamente implican que la persona no deba ser oída. Esta puede todavía tener periodos de lucidez en los cuales debería ser informada de las consecuencias y alternativas antes de aplicarle este tipo de procedimientos, y así actuar en consecuencia^{92,98}.

El principio de beneficencia impone que los profesionales tienen la obligación ética de proporcionar beneficios suprimiendo los perjuicios^{96,103,104}. Este principio debe analizarse de forma conjunta con el de no maleficencia, que obliga a no perjudicar al paciente¹⁰⁰, y con el de autonomía, ya que la beneficencia no es posible sin respetar esta última. A la hora de tomar una decisión sobre la conveniencia de aplicar una restricción física será necesario tener en cuenta los beneficios y perjuicios que dicho procedimiento puede suponer para el paciente, debiendo prevalecer siempre aquella decisión que dé como resultado un beneficio neto^{9,10,98}.

En el plano moral, los principios de autonomía y beneficencia tienen un carácter absoluto, siendo percibidos por el profesional como obligatorios. Deberían cumplirse siempre, a no ser que entren en conflicto; en ese caso, el profesional se vería obligado a elegir aquello que sea lo más adecuado para el usuario^{95,99}.

1.4.2.2 Modelos de actuación ante la aplicación de los principios éticos

Los principios éticos, al estar basados en valores, pueden ser asumidos de forma diferente por los profesionales, ya que no todos parten de los mismos criterios cuando estiman lo que consideran beneficio o perjuicio. Por ello, a la hora de tomar decisiones respecto a la restricción de pacientes, suelen encontrarse dos modelos contrastados de actuación^{31,95}.

El primer modelo da a la seguridad la máxima prioridad y los profesionales que lo defienden consideran que “tienen el deber moral y legal de proteger a los ancianos de cualquier daño”^{105,106} y que la seguridad está por encima de otras necesidades y valores¹⁰⁷.

Este modelo suele darse en aquellos centros asistenciales que tienen dificultades para entender y manejar el comportamiento de los mayores con deterioro cognitivo^{95,103}. En este caso los profesionales suelen argumentar que los usuarios no interactúan bien con el entorno, por lo que es necesario proporcionar garantías de que serán atendidos de una manera segura. Si se produjese una lesión en una persona no sometida a restricción, esto despertaría sentimientos de culpa¹⁰⁸. Por ello, y en general, tienen muy interiorizado el principio de beneficencia, el cual actúa como un fuerte motivador a la hora de aplicar una contención física.

El código ético que inspira esta forma de operar ha sido establecido de manera unilateral por los profesionales, que intervienen defendiendo los “intereses” del paciente, en una actitud considerada por muchos como paternalista^{92,99}. En este contexto, el paternalismo lo constituye el hecho de tomar decisiones sobre lo que más beneficia a una persona desde el punto de vista del profesional o cuidador, en lugar de tener en cuenta sus valores^{103,109}.

Por otro lado, existe un segundo modelo que defiende que el uso de la restricción genera un conflicto directo con los principios de dignidad y autonomía, ya que limita las posibilidades de la persona de interactuar, lo que ocurre especialmente en aquellas con deterioro cognitivo¹⁰⁹.

Para los profesionales que defienden este modelo, las personas tienen el derecho de moverse con alguna libertad asumiendo los peligros que ello comporta^{31,108,110}. En este sentido, debemos recordar que la ausencia de todo riesgo es incompatible con el desarrollo personal y la dignidad de las personas dependientes^{98,109}. Estos profesionales, además, consideran que la aplicación de la restricción física podría contravenir el principio de no maleficencia debido a las innumerables complicaciones que puede generar¹⁰³. También creen que

el individuo sometido a una sujeción corre el riesgo de convertirse prácticamente en un objeto, al que no se le respetaría la libertad individual ni se tendrían en cuenta otras necesidades¹⁰⁹⁻¹¹¹.

Ambos modelos, a favor y en contra, pueden ser posicionados en una balanza: en un lado estaría el de “respeto por la libertad asumiendo ciertos riesgos” y en otro, el concepto “seguridad”^{93,95}; pero sin olvidar que el uso de contenciones suele atentar contra los derechos de las personas, por lo que debe valorarse cuidadosamente su implementación⁹.

1.4.3 Otros dilemas que se plantean en el empleo de la restricción física

Además del conflicto entre los modelos citados, a la hora de aplicar una restricción física vamos a tener que enfrentarnos a otros dilemas.

El primero se presenta a la hora de tratar de establecer los beneficios que conlleva su uso. En el caso de los problemas de seguridad debería meditar sobre cuál es el grado de riesgo o cuándo una determinada situación puede ser peligrosa para la persona y por ello sería procedente limitar su autonomía¹⁰⁰. Debemos plantearnos si en todos los casos en los que se propone aplicar una restricción existen motivos objetivos que la fundamenten, esto es, beneficios “reales” que consistirían en evitar riesgos significativos con alta probabilidad de que se presenten. En estos casos podríamos asumir que sería éticamente justificable limitar su libertad^{9,94}.

Con respecto a las caídas existe un mito basado en la falsa creencia de que los ancianos son frágiles y tienden a caerse¹¹²; por ello, suele aplicarse una sujeción bajo la premisa de que les protege de un hipotético incidente¹¹³. Esto nos recuerda que el paradigma tradicional de los cuidados se ha caracterizado por restringir la libertad del paciente en interés de su protección, lo que en muchas ocasiones representa que se sobrevaloren los riesgos, aun siendo especulativos o remotos, y se haga un uso inadecuado de este procedimiento^{31,109}. Estos supuestos beneficios podrían enmascarar una conveniencia institucional, relacionada con la escasez de recursos o el miedo a problemas legales^{10,99}.

Otro dilema lo constituye el tratar de averiguar cuál sería la voluntad de la persona incapaz con respecto a la posible aplicación de determinado procedimiento, en este caso una restricción física¹⁰¹. No debe olvidarse que son sus valores, y no los de los cuidadores a su cargo, los que siempre tendrían que prevalecer¹¹⁴. Y entre dichos valores puede estar el de vivir asumiendo ciertos riesgos como precio a su libertad^{31,99,115}, por lo que no hay razones para afirmar que la vida de dicha persona siempre tenga que estar dominada por la seguridad.

Este sería el caso de los ancianos con marcha inestable que quizás preferirían poder caminar, a pesar de que podrían sufrir una eventual caída, antes que ver restringida su libertad de movimiento. Otro ejemplo sería el de los pacientes con sondas de alimentación que de forma constante tratan de arrancarlas, con

lo que quizás podrían estar comunicando su rechazo a las mismas, siendo por ello conveniente conocer cuáles eran sus convicciones al respecto²⁵.

En general, cuando la persona se encuentra incapacitada será su representante legal el que exprese su aprobación o rechazo al uso de una restricción^{99,101}. Sin embargo, es necesario cuestionar qué validación ética debemos darle a este criterio^{96,106}. Con el fin de despejar este debate existe la posibilidad de que la persona redacte, mientras se encuentre capacitada, un documento de voluntades anticipadas, instrucciones previas o testamento vital, lo cual facilitará la toma de decisiones^{101,102,104}.

Un nuevo dilema suele darse en centros en los que conviven numerosos residentes con problemas cognitivos, donde la invasión de la privacidad o incluso las agresiones pudieran motivar la necesidad de poner ciertos límites^{92,103}.

Si bien la autonomía de una persona implica su libertad, esta no es un derecho sin condiciones. Siempre debe haber un equilibrio entre los derechos que posee el paciente y los que tienen los que lo rodean. Por tanto, habría que determinar la gravedad de aquellas conductas que pudieran ofender a otros usuarios (p. ej.: agresiones, exhibicionismo) y valorar si se debe, o no, aplicar algún tipo de limitación. Incluso hasta aquellos profesionales que defienden con mayor entusiasmo la libertad del paciente reconocen su obligación de proteger a terceras personas frente a ciertas amenazas^{30,99}.

También se debe analizar el problema cuando existe cierto riesgo para los cuidadores de sufrir una agresión. En estos casos es importante la formación que hayan recibido; si esta no es adecuada la contención suele representar la solución más fácil y rápida de evitar problemas³⁰. Habría por ello que preguntarse hasta qué punto esto es justificable, no debiendo aprobarse el uso de procedimientos restrictivos cuando la gravedad de una agresión o la probabilidad de que ocurra sean mínimos, dado el perjuicio que se le ocasiona al paciente^{92,103}.

1.4.4 La toma de decisiones ante el uso de la restricción física: los protocolos

Una cuestión muy compleja con respecto a la aplicación de una restricción física es determinar en qué circunstancias está justificada, es decir, tiene un propósito “terapéutico”, y en cuáles puede ser un abuso^{116,117}.

Para establecer si una determinada actuación profesional constituye una buena práctica habrá que valorar si se ajusta a los estándares profesionales. Por tanto, la elaboración de un protocolo permitirá identificar los criterios científicos por los que debemos guiarnos para validar las iniciativas que vayamos a tomar^{9,98}. En general, un buen protocolo indicará qué tipos de dispositivos se pueden utilizar, los cuidados que se precisan, las pautas relacionadas con la vigilancia o la necesidad de la prescripción médica y del consentimiento informado de la

persona o del tutor legal⁹. Asimismo, deberá insistir en la importancia de documentar todo el procedimiento en la historia clínica del paciente y en que se deje constancia de las razones que motivaron su empleo^{45,50}.

Los protocolos también tienen que garantizar que mientras se aplica la restricción sean tenidos en cuenta ciertos derechos de la persona. Con demasiada frecuencia estos procedimientos se realizan de manera rutinaria, automática, sin pensar que vulneran su dignidad³⁰. Así, el Código Deontológico de la Enfermería Española, en el capítulo II, art. 5, indica que: “las Enfermeras/os deben proteger al paciente, mientras esté a su cuidado, de posibles tratos humillantes, degradantes, o de cualquier otro tipo de afrentas a su dignidad personal”¹¹⁸.

Diversos organismos internacionales establecieron pautas de actuación que han inspirado a numerosos centros a la hora de elaborar sus protocolos⁹². Uno de ellos es la Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)¹¹⁹. Dicha institución creó estándares de calidad dirigidos a limitar el uso de la restricción física, los cuales aparecen descritos en el anexo 6. De igual forma, pueden consultarse en el anexo 7 los principios por los que debería guiarse todo protocolo que regule la práctica clínica en el uso de este tipo de medidas⁸³.

Por último se debe recordar que, junto con los protocolos, los comités de ética hospitalaria, si bien de carácter meramente consultivo, podrían ayudar en la toma de decisiones relacionadas con este procedimiento⁹⁶.

1.5 Aspectos legales en el uso de restricciones físicas

Los principios éticos de las declaraciones de derechos humanos suelen ser la fuente de inspiración para las normas jurídicas de todos los países, las cuales establecen qué valores es necesario proteger y de qué forma⁹⁶. Dicho de otra manera, la ley no puede ser algo ajeno a estos principios ya que son los cimientos sobre los cuales el sistema judicial está basado¹⁰³.

Si bien todo lo que no suele ser éticamente admisible es porque atenta contra la dignidad humana, es necesario tener en cuenta que en el ámbito de las profesiones sanitarias existe un pluralismo moral. Así, debe recordarse que, a pesar de que las normas jurídicas tienen una evidente relación con las morales, dichas normas no dependen exclusivamente de la ética para su configuración⁹⁶. Por ello, será necesario dilucidar si las decisiones que se propugnan en un momento dado están aceptadas o no por la ley.

1.5.1 Restricciones físicas y ordenamiento jurídico

Uno de los principios fundamentales en los que se basa el ordenamiento jurídico es el respeto por los derechos de las personas, entre ellos el de la libertad. Formulada con carácter general, esa afirmación tiene una lógica

evidente. Sin embargo, es muy complejo llevarla a la práctica asistencial pues debe aplicarse en supuestos muy distintos y en los que intervienen una gran cantidad de variables; todo ello sobre un trasfondo de convicciones y valores éticos que pueden estar muy enraizados en la psique de los profesionales⁹⁹.

Es evidente que el uso de las restricciones tiene un claro impacto sobre los derechos de las personas y por tanto debería estar regulada de manera exquisita por la ley. Pero la normativa en la mayoría de los países es escasa e imprecisa^{34,83,120}; ello puede ser debido a que los legisladores tienen dificultades para abordar esta cuestión dada la complejidad y múltiples factores que se asocian a la misma. Esta falta de posicionamiento legal claro suele conducir a que en los centros asistenciales se tomen las decisiones basándose en posicionamientos éticos arbitrarios^{4,33}.

Antes de tratar la normativa que existe en España relacionada con el uso de la restricción física en personas mayores, vamos a revisar la experiencia de otros países en dicha materia.

1.5.2 La restricción física desde la perspectiva legal en el ámbito internacional

En algunos países el control de la libertad de movimiento de un anciano tiene importantes repercusiones legales, motivo por el cual han establecido una definición de lo que constituye una restricción y en qué circunstancias se aplicaría la misma⁵⁵.

Un Gobierno que realizó importantes avances legales fue el de EE. UU.⁴⁵. A finales de la década de 1970 numerosos profesionales expresaron su preocupación por el hecho de que las instituciones geriátricas estuviesen utilizando restricciones físicas en ausencia de una norma que regulase su aplicación, siendo por ello inevitables los casos de abuso. Ya en esa época se advertía que "... en algunos centros la ratio de personal, y no las necesidades de los pacientes, eran lo que determinaba el uso de las restricciones"¹²¹.

El avance legal más importante en ese país se produjo en 1987. Ese año la National Citizens' Coalition of Nursing Home Reform recomendó al Gobierno que pusiese en marcha medidas encaminadas a mejorar la calidad asistencial en los centros de personas mayores^{18,122}. Fruto de esa iniciativa fue la aprobación de una ley federal, la Nursing Home Reform Act (NHRA) contenida dentro de la Omnibus Budget Reconciliation Act^(c) (OBRA 87)^{45,123}.

Uno de los objetivos de dicha norma fue reducir el uso indiscriminado de restricciones en residencias obligando a poner en marcha alternativas. Comenzó a aplicarse en 1990 invitando a los centros a que cambiaran su política de cuidados; aquellas instituciones que no asumiesen esta regulación perderían la

^(c) OBRA 87 fue una iniciativa del Congreso de EE. UU. destinada a mejorar la calidad de los cuidados en las residencias de mayores de dicho país.

financiación del Medicare o del Medicaid, su mayor fuente de ingresos económicos⁸⁴.

De acuerdo con la NHRA la restricción física se aplicaría solo para garantizar la seguridad del residente debiendo contar el centro con la autorización por escrito de un médico que especificase la duración y circunstancias de su uso⁴⁵. Dicho en otras palabras, el objetivo sería salvaguardar al paciente de cualquier forma de sujeción o toma de psicofármacos que no fuese completamente necesaria. Algunas de las pautas incluidas eran³²:

1. El residente tiene el derecho de ser liberado de cualquier forma de restricción impuesta con propósitos disciplinarios o por conveniencia del personal, y que no tenga como objetivo tratar un problema médico.
2. La residencia está obligada a demostrar que se han intentado probar métodos alternativos.
3. Los fisioterapeutas y los terapeutas ocupacionales serán consultados de forma previa al uso de este procedimiento.

La NHRA consiguió su objetivo y la prevalencia de uso disminuyó, en un periodo de 20 años, desde un 40% hasta un 10%; aunque a pesar de esta tendencia negativa numerosos centros continuaron haciendo uso de dispositivos de restricción¹²⁴.

Si bien la puesta en marcha de normas legales contribuyó a regular en este país la aplicación de dicho procedimiento, no menos trascendentes fueron las recomendaciones propuestas por determinadas instituciones. Algunas de las más destacadas procedían de la ya citada Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)¹¹⁹. Con respecto a la importancia de estas recomendaciones debe recordarse que, si el profesional o la institución deciden, o desestiman, el uso de la sujeción en el marco de las mismas disminuirán los riesgos de que se plantee un problema legal. Para ello, los centros tendrían que asegurarse de que en la historia clínica del paciente se recoge toda la información relacionada con el procedimiento⁴⁵.

Otro de los países que ha desarrollado un importante cuerpo legal en materia de restricción física es el Reino Unido. Esto no causa sorpresa, ya que desde finales del siglo XVIII se percibe en esta sociedad una sensibilidad especial con respecto a dicha práctica^{82,84}.

Una de las normas más relevantes fue la Mental Capacity Act de 2005 (ampliada mediante la Mental Health Act de 2007), que, con el fin de proteger la libertad de las personas con enfermedades mentales, establecía garantías legales para evitar que fueran objeto de injustificados procedimientos de restricción^{18,25}. Estas medidas fueron tomadas después de que el Tribunal Europeo de Derechos Humanos determinara que la inmovilización de pacientes en contra de su voluntad equivale a una privación de libertad²⁵. Por ello, las

leyes británicas prohíben expresamente que se recurra a suposiciones injustificadas sobre el comportamiento de las personas con el fin de emplear restricciones, sin antes tratar de entender las razones de tales conductas. El Departamento de Salud ha determinado que esto se aplique especialmente a las personas mayores con demencia¹⁸.

De igual forma, el Comité para la Salud de la Cámara de los Comunes de este país estableció que el manejo inadecuado o la aplicación de determinados tipos de sujeción podrían constituir un delito criminal. Algunos ejemplos serían el limitar la libertad recluyendo a la persona (p. ej.: encerrarla en su habitación), el exceso en el uso de los dispositivos, o utilizar procedimientos poco seguros que supongan un riesgo para el usuario⁴⁰. Este comité manifestó que los derechos de la persona se vulneraban no solo cuando se producía un incidente, sino también cuando desaciertos sistemáticos en los protocolos, en la formación o en el manejo de los dispositivos, conducían a un uso innecesario de los mismos⁴⁰.

Al igual que en EE. UU., en el Reino Unido han sido publicados numerosos documentos complementarios de la normativa legal. Entre ellos las recomendaciones del Royal College of Nursing que advierten que la restricción de un paciente puede constituir un delito civil o penal, según los casos y las consecuencias, y dar lugar a una reclamación²⁵. Asimismo, este organismo sugiere que cuando una enfermera tenga que aplicar este procedimiento lo haga de acuerdo con los estándares que se hayan establecido para esas circunstancias, por lo cual las instituciones deberían establecer unos límites y solicitar a los profesionales que se ajusten a los mismos²⁵.

En Australia, fruto de la preocupación por minimizar el uso de las restricciones, se establecieron en 1999 modificaciones en las condiciones para la acreditación de los centros de personas mayores; así, se incluyó una propuesta de revisión de la filosofía de las instituciones relacionada con este procedimiento y de la formación que se impartía al personal³¹. La nueva legislación requería que se justificase cualquier decisión previa evaluación de las alternativas. Estimulados por dicha ley los centros tuvieron que crear protocolos para minimizar su uso¹²⁵.

En los Países Bajos también se han propuesto iniciativas legales en esta materia. De forma reciente se presentó en el Parlamento un Proyecto de Ley, el *Wet Zorg en Dwang*, que regula la aplicación de restricciones en pacientes con demencia. De acuerdo con el mismo, el uso de cinturones de sujeción para prevenir caídas no estaría permitido^{126,127}.

Otro ejemplo interesante lo representa Alemania, donde la privación de libertad en la asistencia sanitaria ha generado en la última década una gran sensibilidad entre los ciudadanos y por ello ha adquirido una amplia relevancia legal^{66,109}. Las garantías fundamentales recogidas en su constitución protegen el derecho a la libertad del paciente mediante leyes específicas. En el caso de

que se limite la misma sin la debida autorización puede haber responsabilidad por retención ilegal conforme al Código Penal alemán (art. 239 del Strafgesetzbuch, StGB), lo que conllevaría a una reclamación por daños y perjuicios⁶⁵. Además, con respecto al uso de restricciones, existen indicaciones muy claras en varias leyes regionales, las cuales suelen formar parte de los protocolos de trabajo de las instituciones⁶⁶.

En este país, se considera que hay privación de libertad cuando a alguien, con independencia de su estado mental pero con capacidad para moverse por sí mismo, se le impide cambiar de lugar de forma arbitraria¹⁰⁹. Por el contrario, no existe privación de libertad en el caso de que el afectado ya no sea capaz de realizar ningún movimiento (p. ej.: personas inconscientes). Esto es muy aclaratorio a la hora de determinar si un procedimiento constituye, o no, una restricción⁶⁵.

Otro aspecto importante de esta norma es que obliga a que se tenga en cuenta el derecho de autodeterminación y el deseo del afectado. Solo de una manera muy estricta pueden observarse excepciones legales que justifiquen el uso de medidas restrictivas con fines protectores y sin consentimiento¹⁰⁹. La prescripción médica por sí sola no las justificaría, ni aun contando con el consentimiento de familiares cercanos. Por tanto, será necesario disponer de la autorización judicial para aplicarlas de forma regular (más de 7 días) en personas incapaces⁶⁶. En esta norma se exceptúan las restricciones puntuales y de corta duración, y las situaciones de urgencia, en las que se ponderará rigurosamente el fin protector y la privación de libertad⁶⁵.

Con respecto a la importancia de la legislación de cara a minimizar el uso de este procedimiento, no parece que esta medida sea totalmente eficaz. Así, a pesar de la claridad de la norma alemana un estudio realizado con 2.367 pacientes detectó que solo en el 42,9% de los casos se disponía de autorización judicial, y en el 10,9% de consentimiento escrito de la persona⁴⁸. Algunos autores han sugerido que si se quiere que una ley alcance el objetivo previsto debe complementarse con otras medidas, como la formación de los profesionales¹²⁸.

1.5.3 La restricción física en España desde el punto de vista legal

En nuestro país ha existido un claro vacío legal con respecto al uso de medidas de contención física. Ni el artículo 211 del Código Civil, que se refería al control judicial de los internamientos, ni la Ley General de Sanidad hacían mención explícita a las mismas⁸³. La Ley de Enjuiciamiento Civil del año 2000 tampoco las menciona en su artículo 763, internamiento por razón de trastorno psíquico. Ni tampoco lo hace la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente¹²⁹, que trata solo de la exigencia del consentimiento informado del paciente o tutor legal para aplicar procedimientos de estas características⁸³.

Hay que decir que este marco legal es muy limitado, ya que las autorizaciones judiciales de internamiento recogidas en dichas normativas no necesariamente justificarían la aplicación de sujeciones físicas, las cuales deberían quedar sometidas a leyes más concretas^{130,131}.

En el ámbito autonómico algunos parlamentos han reglamentado someramente estos aspectos. Así, la Ley Catalana 12/2007, de 11 de octubre, de Servicios Sociales, dice en el apartado p) de su artículo 12, que los usuarios de los servicios residenciales tienen derecho a¹³²:

p) No ser sometido a ningún tipo de inmovilización o restricción de la capacidad física o intelectual por medios mecánicos o farmacológicos sin prescripción facultativa y supervisión, salvo que exista un peligro inminente para la seguridad física de los usuarios o de terceras personas. En este último caso, las actuaciones efectuadas deben justificarse documentalmente, deben constar en el expediente del usuario o usuaria y deben comunicarse al Ministerio Fiscal, de acuerdo con lo establecido por la legislación.

Normas similares pueden encontrarse en leyes de otras autonomías, como la Ley de la comunidad autónoma de Baleares 4/2009, de 11 de junio, de Servicios Sociales, que en el capítulo II, art. 9, trata los derechos de las personas usuarias de servicios residenciales¹³³.

Por otro lado, debe mencionarse que el Tribunal Constitucional ha formulado algunos principios relacionados con estas medidas, como el que señala que: "La restricción de la libertad, en cualquiera de sus manifestaciones, ha de ser un hecho absolutamente excepcional" (SSTC STC 41/1982, 2 de julio; 32/1987, 10 de marzo; 9/1994, 17 de enero). Además, la Constitución Española, en su artículo 17.1 dice que: "Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad, sino con la observancia de lo establecido en este artículo y en los casos y en la forma previstos en la ley"⁸³.

Asimismo, la Instrucción 3/1990 de 7 de mayo de la Fiscalía General del Estado "Régimen Jurídico que debe regir para el ingreso de personas en Residencias de la tercera edad", establecía: "En caso de enfermedad o deficiencia de carácter físico o psíquico, que impidan prestar tal consentimiento, a tenor de lo establecido en el art. 211 del Código Civil, deberá recabarse preceptivamente la autorización judicial con carácter previo al ingreso, o comunicarlo a la autoridad judicial en el plazo de 24 h en los supuestos de urgencia. Será en estos casos la autoridad judicial la que deberá examinar si las condiciones del ingreso son o no ajustadas a la legalidad, y en su caso, autorizar las restricciones que sean imprescindibles para la protección de la salud, integridad física o vida del internado"¹³⁰.

Con respecto a este tipo de instrucción debe recordarse que no es nada clarificador el justificar la aplicación de una contención física diciendo que es

por el bien del paciente. La legislación debería especificar cuáles son las circunstancias “urgentes” y concretas en las que se puede actuar; cuándo se puede aplicar sin necesidad de disponer de un consentimiento de la persona o, en caso necesario, quién puede otorgarlo; qué procedimientos pueden usarse y qué límites tiene este tratamiento.

En este sentido, ya en el año 2005 un informe del Defensor del Pueblo pedía “Que se modifique el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil con el objeto de introducir la necesidad de contar con la autorización judicial pertinente cuando el proceso sanitario aconseje la adopción de medidas de contención mecánica u otras restrictivas de la libertad individual o de otros derechos fundamentales”¹³⁴.

Respecto a la obligatoriedad de comunicar por parte de los centros el uso de medidas de restricción en personas mayores existe una gran disparidad de criterios. En la mayor parte del territorio nacional esto no se está haciendo, salvo en aquellas provincias en las que se hayan dictado órdenes específicas. Así, en marzo de 2010, la Fiscalía de Barcelona (servicio de internamiento e incapacitados) envió un escrito a las residencias de personas mayores con fecha 3/3/2010: sobre la obligación de comunicación de las restricciones que se estén llevando a cabo en dichas instituciones¹³⁵. Notificaciones similares se han recibido a lo largo de 2011 en varios centros de Canarias.

Una importante novedad en el panorama legal ha supuesto la reciente publicación del Decreto Foral 221/2011 por parte de la comunidad de Navarra¹³⁶. Este desarrolla el artículo octavo de la Ley Foral 15/2006 regulando de manera muy específica el uso de sujeciones físicas y farmacológicas en el ámbito de los servicios sociales residenciales.

Así, dispone la obligatoriedad de contar con un plan de atención individualizado que especifique cómo ha de ser el procedimiento a seguir y las garantías que deben asegurarse en el cuidado de las personas sometidas a contención. Incluye pautas de actuación para los centros, 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 consentimiento previo a la aplicación. Asimismo clarifica el concepto de sujeción física y farmacológica, y define, como novedad importante, las barras laterales como una forma de sujeción que también debe ser sometida a regulación.

Pero en general, y salvo el mencionado decreto, puede concluirse que la jurisprudencia española en esta materia es insuficiente. En su mayor parte se centra en los tratamientos médicos forzosos y en el internamiento, siendo muy escasas las referencias al uso de la restricción física. Además, estas son poco explícitas, tanto en lo relacionado con los supuestos de aplicación como en lo referente a la vigencia temporal o qué personal está autorizado a utilizarla. A esta ausencia de doctrina legal se une la carencia de doctrina científica: no hay protocolos oficiales que regulen el empleo de medios coercitivos, salvo los

existentes en los propios centros o las recomendaciones de colegios profesionales o sociedades científicas^{89,110}. Por tanto, en aquellas comunidades que carezcan de una normativa específica, los profesionales deberían seguir este tipo de indicaciones junto con las de las instituciones internacionales que han formulado los estándares de calidad que deben prevalecer a la hora de tratar de racionalizar el uso de la restricción física^{108,119}.

1.5.4 El consentimiento informado

En España, la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, señala en su artículo 8: “Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado...”¹²⁹. Por tanto, el consentimiento informado persigue comunicar al usuario todos los aspectos de la enfermedad o de un procedimiento propuesto, con el fin de que pueda tomar las decisiones necesarias accediendo, o no, a la intervención sugerida por los profesionales^{9,96,103}.

El consentimiento informado es especialmente importante cuando se pretende aplicar una restricción física, ya que esta comporta no solo la privación de libertad del paciente, sino incluso ciertos riesgos físicos⁹⁹. Si bien la ley española no menciona la sujeción cuando nombra los supuestos que precisarían de consentimiento, algunas instituciones, por recomendación de los expertos, están solicitándolo antes de aplicarla. En líneas generales, el documento debería contener, al menos, los siguientes puntos^{9,99}:

- Beneficios y riesgos de la intervención.
- Plazo previsto de uso y fecha aproximada de retirada.
- Tipos de sujeción y tiempos de uso.
- Alternativas probadas y resultados.

Salvo en situaciones de riesgo inminente, utilizar una restricción sin el correspondiente consentimiento no solo sería éticamente incorrecto, e indicaría una falta de respeto hacia la persona, sino que también podría contravenir las leyes establecidas y derivar en responsabilidades legales^{45,103}.

En el caso de la persona no pueda dar su autorización, el artículo 9 de la citada ley establece que se otorgará consentimiento por representación, entre otros: “Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico y psíquico no le permita hacerse cargo de su situación. Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho”. En nuestro país esta situación se presenta de forma frecuente en los usuarios con deterioro cognitivo, por lo que son muchos los centros que consultan con la familia la posible aplicación de este procedimiento⁵¹. En otros países, y con respecto al consentimiento por representación para la restricción

del paciente, el tutor no siempre tiene la capacidad legal para ello, siendo trasladada esta responsabilidad a las autoridades judiciales⁶⁵.

1.5.5 Negligencia y abuso en la aplicación de restricciones físicas

A la hora de tomar la decisión de aplicar una restricción puede suscitarse una controversia relacionada con la conveniencia de dicha medida. Si bien el no uso podría parecer lo correcto, ello se entendería como una mala praxis si la persona quedase desprotegida ante un riesgo⁴⁵. La infracción de la responsabilidad en el cuidado que cause un daño al paciente se conoce como negligencia^{103,117}.

Para considerar legalmente un determinado acto como negligencia deben presentarse cuatro elementos⁹²: que exista el deber de cuidado, que se haya producido una omisión en el deber de cuidado, que se produzcan unos daños y, por último, una relación de causalidad entre el deber de cuidado y los daños. Será la ley la que establezca, ante el perjuicio que se produjo en un paciente al que no se le aplicó una restricción, si el profesional actuó de una manera razonable según las posibles circunstancias.

En otras ocasiones el uso excesivo de este procedimiento puede llegar a ser visto como una forma de maltrato^{104,116,137}. Así, utilizarlo para controlar un comportamiento molesto del paciente, o por falta de personal, serían ejemplos de situaciones que irían en contra de la norma y, por lo tanto, inaceptables^{117,138}.

Sin embargo, no puede olvidarse que, si bien la aplicación de una restricción es una imposición sobre los derechos de la persona, ello no necesariamente tiene que ser considerado malo o inaceptable desde un punto de vista legal⁹³, especialmente cuando se ha planteado como el último recurso, y una vez hayan fracasado otras alternativas^{137,139-141}. Una atención correcta se basaría en dar una respuesta proporcionada al problema concreto que queremos tratar de evitar, siendo pues importante que el profesional entienda dónde termina el uso razonable y dónde comienza el abuso²⁵.

1.5.6 La obligación de vigilancia de los pacientes

La restricción física suele aplicarse en personas frágiles en las cuales, a pesar de que se utiliza para incrementar su seguridad, puede provocar numerosos efectos adversos^{28,64,142}. Parte de estos vendrían dados por una escasa supervisión de los pacientes, que pasarían mucho tiempo aislados y sin vigilancia¹⁴³.

La ley española dice que, durante el internamiento de personas privadas de la razón, el centro y sus cuidadores ejercen la función de garante y se constituyen en guardadores de hecho, asumiendo las obligaciones inherentes a tal condición, como es el cuidado de su integridad física de forma atenta y diligente. Dichas obligaciones se incumplen cuando se produce una omisión de los deberes de vigilancia¹⁴⁴.

Aunque no son habituales, se constata la existencia de reclamaciones legales dirigidas contra los centros sanitarios basadas en la omisión de los deberes de custodia de las personas ingresadas, y relacionadas en la mayoría de los casos con accidentes. Las sentencias que se han emitido suelen basarse en el incumplimiento de la obligación de vigilancia, dadas las circunstancias que correspondían, y según el art. 1104 del Código Civil¹⁴⁴. Asimismo, dichos deberes se encuentran reflejados en las normas generales contenidas en el art. 1902 y 1903 del mismo código.

Por tanto, una supervisión constante reduce las probabilidades de que ocurra un percance grave en una persona sometida a restricción física, ya que nos permitirá anticiparnos a las complicaciones y preservar su seguridad⁶⁶. Lo contrario, además de incrementar los riesgos para el paciente, puede ocasionar problemas legales al profesional, el cual se vería enfrentado a un proceso por omisión de los deberes de vigilancia.

1.5.7 La prescripción de la restricción física

De forma tradicional la responsabilidad de aplicar los procedimientos de restricción ha recaído en las enfermeras, previa indicación de los facultativos responsables de los pacientes^{84,145}. Textos de principios del siglo XX indicaban claramente que esta solo podía ser utilizada bajo prescripción médica, lo cual se recogía también en la normativa legal de algunos países^{84,121}. Así, en 1933, el Departamento de Higiene Mental del Estado de Nueva York manifestaba que “La restricción mecánica o reclusión se empleará solo bajo prescripción facultativa por escrito en la que aparezcan las razones de su uso”⁴².

Sin embargo esta tendencia fue evolucionando, y los profesionales que se hacían cargo de los cuidados empezaron a tomar la iniciativa sobre la aplicación de este procedimiento. En la década de 1980, estudios realizados en EE. UU. indicaban que las enfermeras decidían sobre su uso de forma autónoma, señalándose incluso que en muchos casos el médico no tenía conocimiento de dicha aplicación^{146,147}; situación que afectaba especialmente a las barras laterales¹⁴⁸. Autores de otros países también han informado de que las enfermeras aplicaban restricciones físicas sin orden médica^{138,149,150}.

En la actualidad, en la mayoría de los países es necesario disponer de una orden por escrito para aplicar un procedimiento de restricción que especifique las circunstancias y la duración^{20,145,151}.

1.5.8 Aspectos legales de las nuevas tecnologías

En la última década se ha abierto el debate sobre la base legal de la vigilancia por medios electrónicos cuando se aplica en personas con demencia^{15,28,149}. A pesar de que este modo de actuar puede considerarse una forma de limitar la libertad y privacidad⁵³, parece existir un amplio consenso en el sentido de que conculcar esos derechos mediante un dispositivo electrónico destinado a garantizar la seguridad de una persona, haciéndolo con la mayor dignidad

posible, siempre será mejor que someterla a otras formas de restricción más agresivas^{25,40}.

Los profesionales que los han empleado resaltan sus beneficios, al mejorar las posibilidades de controlar a los pacientes y reducir los riesgos de que se produzca una lesión. Aunque no debe olvidarse que antes de utilizarlos habrá que valorar tanto los beneficios como los perjuicios¹⁵, y que la decisión que se tome será por el bien del anciano y no por el interés de la institución.

1.6 Práctica profesional relacionada con la aplicación de restricciones físicas

1.6.1 Prevalencia de uso

Aunque no haya muchos estudios en profundidad sobre prevalencia en el uso de restricciones físicas, existe la percepción de que se trata de una práctica común en numerosos países^{48,67,120,152}.

Las cifras en este sentido son muy dispares, oscilando entre un 5% y un 70%^{22,47,48,152}. Ello es debido a que la prevalencia está muy relacionada con las características de las instituciones y el perfil de los usuarios, lo cual varía mucho de unos centros a otros. Así, aquellos que atienden a personas mayores y pacientes con patologías crónicas son los que presentan los porcentajes más elevados^{53,67}.

Uno de los trabajos más citados en la última década es el publicado por Ljunggren en 1997, no tanto por la extensión del mismo sino por ser el primero en hacer un estudio comparativo entre diversos países¹⁵². Como puede comprobarse en la tabla 1, existe una gran diferencia en los niveles de prevalencia de los países estudiados. De manera significativa destaca España, con un porcentaje de casi el 40% frente a otros países como Dinamarca donde apenas supera el 2%¹⁵².

Si bien no se discute el interés de este tipo de estudios, es necesario puntualizar que las diferencias metodológicas que suelen presentar hacen recomendable cuestionar su utilidad. La muestra de pacientes suele ser escasa y heterogénea, y las características de los centros varían de unos a otros (recursos humanos, aspectos arquitectónicos, necesidades del cuidado, etc.), no representando las instituciones analizadas a todo el sector^{67,94,153}.

Asimismo, hay que tener en cuenta que durante el proceso de recogida de datos suelen aplicarse diferentes enfoques: observación directa vs. cuestionarios, momento del día en el que se recogió la información, interpretaciones personales sobre lo que se considera una restricción y lo que no, etc.^{48,52,154}. Otra limitación importante de estos estudios es que tienden a dar una visión parcial de la situación, al no diferenciar los datos sobre el uso a largo

plazo de medidas de restricción (p. ej.: durante meses), con la aplicación puntual de las mismas (p. ej.: una vez al mes).

Tabla 1. Tipo e intensidad del uso de la restricción en 8 países. Porcentaje de restricciones usadas diariamente (*o menos que diariamente*) por país

Restricción	Dinamarca n=3.425 ^a	Francia n=235	Islandia n=770	Italia n=1.044	Japón n=1.240	España n=525	Suecia n=721	EE. UU. n=339.251
Tronco	0,7 (0,1)	5,5 (2,1)	3,1 (0,3)	3,6 (1,4)	0,4 (0,2)	3,7 (0,5)	11,6 (3,1)	12,0 (1,3)
Miembro	0,0 (0,1)	0,9 (0,9)	0,3 (0,2)	0,7 (0,0)	1,3 (0,5)	2,1 (0,2)	0,7 (0,0)	0,9 (0,2)
Silla ^b	1,6 (0,2)	14,8 (4,2)	6,5 (0,4)	13,5 (1,3)	3,2 (1,0)	37,9 (0,3)	3,6 (0,3)	5,8 (1,6)
Cualquier tipo	2,2 (0,4)	17,1 (5,8)	8,5 (0,6)	16,6 (2,1)	4,5 (1,5)	39,6 (0,7)	15,2 (3,3)	16,5 (2,4)

^a Tamaño de la muestra.

^b Para evitar que se levante.

Todas estas cuestiones justificarían la gran varianza en la prevalencia existente en los estudios, dificultando las comparaciones entre los mismos^{23,39,155}. Por esta razón los datos reflejados deben ser tomados con cautela al resultar muy complicado llegar a establecer conclusiones certeras; veamos un ejemplo de ello. Un trabajo sueco llevado a cabo en 1997 entre 409 pacientes ancianos de diferentes niveles asistenciales reflejaba una prevalencia del 29%, sin incluir el uso de barras laterales; en el caso de los pacientes ingresados en unidades de psicogeriatría la tasa se elevaba al 41%²⁴. Mientras que el citado estudio de Ljunggren, realizado en una fecha similar, mostraba para ese país una prevalencia del 15,2%¹⁵².

Con respecto a otros trabajos podemos citar el estudio realizado por Feng en cinco países. Este recoge porcentajes que oscilan entre un 6% en Suiza, un 9% en EE. UU., un 20% en Hong Kong, un 28% en Finlandia y por encima de un 31% en Canadá, excluyendo en todos los casos el uso de la barra lateral³⁹. Llama la atención en este estudio la baja prevalencia en EE. UU., relacionada probablemente con la puesta en marcha, a principios de los años noventa, de las ya citadas leyes federales dirigidas a regular el uso de estos procedimientos¹²⁴.

En 2009 se publicó en Alemania un estudio de prevalencia en el que participaron 30 centros y un total de 2.367 residentes⁴⁸. Del total de pacientes,

un 26,2% se hallaban sometidos a algún tipo de sujeción. Destaca el hecho de que el procedimiento más habitual era la barra lateral, un 24,5% del total, siendo muy excepcional el uso de otras formas de restricción física⁴⁸. En otro estudio realizado en este mismo país en una unidad de psicogeriatría con 122 pacientes, el 30% habían sido sometidos a contención física, incluyendo el uso de barras laterales. En el caso de los usuarios con graves trastornos cognitivos y/o diagnóstico de demencia, el porcentaje era del 48,3%¹⁵⁶.

Un estudio llevado a cabo en Irlanda del Norte en cuatro unidades de rehabilitación geriátricas mostró que, de 102 pacientes valorados, el 68% habían sido sometidos a alguna forma de restricción física durante el periodo de observación, siendo la barra lateral el dispositivo más utilizado⁵⁸. Trabajos realizados en Holanda en varias residencias de mayores con deterioro cognitivo indicaban que entre el 49%¹⁰⁵ y el 56% de los usuarios eran sometidos a sujeción^{52,53}. Un estudio realizado en Hong Kong reveló que el 69% de los profesionales encuestados habían utilizado algún dispositivo en los últimos tres meses¹²⁰.

Con respecto al panorama nacional, y a pesar de la creciente preocupación que existe por este fenómeno, existen pocos trabajos que aborden el problema y describan la magnitud del mismo⁵¹. En 2003 se publicó un estudio de prevalencia de pacientes sometidos a restricción física en un centro de agudos con 488 camas y en dos de larga estancia, con 75 y 88 camas respectivamente⁵⁰. La prevalencia obtenida para el hospital de agudos fue del 2,7% y la de los otros centros del 10,7% y 18,3%, respectivamente. En este estudio no se incluyeron las barras laterales como dispositivo de restricción ni se daban datos específicos sobre el nivel de deterioro funcional o cognitivo que presentaban los pacientes.

En un estudio realizado en la Comunidad Autónoma de Madrid en 2004, en el que la muestra estaba constituida por 800 residentes, se detectó una prevalencia total en el uso de restricciones físicas de un 19%¹⁵³. Hay que resaltar que dicha muestra contenía un número relativamente elevado de personas tradicionalmente clasificadas como válidas y un deterioro cognitivo inferior al de otros estudios.

En los últimos años se han realizado dos estudios de prevalencia de mayor extensión. Así, en 2008 se publicó un trabajo sobre el empleo de restricciones físicas en centros públicos para personas mayores de la Comunidad Autónoma de Madrid; en concreto se analizaron 25 residencias con una muestra de 5.346 personas. La prevalencia total fue del 8,4%, y si se incluía el uso de barras laterales ascendía al 20,8%⁵¹.

También en el 2008 fue publicado un trabajo enmarcado dentro del proyecto "Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer", en el cual se investigaron 63 residencias con una muestra total de 4.430 ancianos; la prevalencia de uso diario fue del 17,6%. En este estudio se detectó que el deterioro cognitivo

incrementaba la aplicación de sujeciones; así, en los centros en los que la mayor parte de los residentes sufrían demencia la prevalencia fue del 48,2% (sin incluir el uso de las barras laterales), mientras que en los centros en los que menos del 20% de los residentes sufrían demencia era del 9,8%⁶⁷.

Como podemos comprobar en estos estudios, la prevalencia global de utilización de dispositivos en los centros españoles ronda entre un 10% y un 20%. Esta cifra es más elevada que las que presentan los trabajos realizados en países de nuestro entorno pero inferior a los publicados en 1997 en el ya citado estudio de Ljunggren¹⁵². Si bien, considerando las graves complicaciones asociadas al uso de estos procedimientos, la mencionada tasa seguiría siendo excesiva, sugiriendo los expertos que^{39,157}, con el fin de lograr una atención de calidad, esta debería estar entre el 0% y el 5%.

1.6.2 Factores que favorecen el uso de restricciones físicas en personas mayores

Son muchas las razones que alegan los profesionales para justificar la aplicación de un procedimiento de restricción en personas mayores. En general, no es un único factor el que influye en la decisión, sino que, de forma probable, será una combinación de varios de ellos lo que condicionará su uso. Estos van a estar relacionados tanto con las características de los ancianos como con otros aspectos de la asistencia. En los apartados siguientes se revisan de forma detenida la mayor parte de los mismos.

1.6.2.1 Las características de los ancianos

La mayoría de los estudios encuentran una clara asociación entre las características de los usuarios y la probabilidad de ser sometido físicamente a una restricción física^{48,158,159}. Las personas mayores, debido a la pérdida de las capacidades que suelen sufrir con el paso de los años, se convierten en un colectivo frágil y requieren, con mayor frecuencia que el resto de la población, de apoyo y supervisión en las actividades de la vida diaria^{48,160}.

En la literatura científica se describen las características que poseen los ancianos dependientes: suele tratarse de personas de edad avanzada, con movilidad y capacidades funcionales y cognitivas mermadas, agitación y otros comportamientos definidos como molestos (p. ej.: vagabundeo), con pluripatología, riesgo de caídas, problemas de continencia, consumidores de fármacos psicoactivos y portadores de dispositivos médicos^{11,94,160}. Existe una gran evidencia de que estas personas generan importantes problemas asistenciales y de seguridad, siendo candidatas para el uso de restricciones físicas^{20,23,161}.

1.6.2.2 Razones de seguridad

Numerosos estudios señalan que la principal razón por la que los cuidadores aplican restricciones físicas en las personas mayores es para protegerlas e

incrementar su seguridad^{108,161-163}. Reducir las caídas, impedir la manipulación de dispositivos médicos, controlar la agitación y el vagabundeo, mantener la posición corporal, evitar conductas autolesivas graves o proteger a otras personas son algunas de las causas esgrimidas con más frecuencia^{23,60,160,164}.

En función de las características del anciano y las necesidades de cuidados que precise, serán unos u otros los factores que favorecerán su uso. Así, en unidades de agudos las dos principales razones son evitar interferencias con tratamientos (catéteres, drenajes, apósitos que protegen curas, etc.) y reducir las caídas^{23,50,162,165}; en centros residenciales son principalmente la de tratar de evitar caídas, seguida del control postural de las personas e impedir la interferencia con tratamientos^{50,166}.

Para tratar de determinar las causas por las que se aplicaban estos dispositivos, tanto en unidades de agudos como en el medio residencial, Evans realizó una revisión sistemática en la que analizó 310 estudios, de los cuales 23 cumplían los criterios para ser incluidos en la misma¹⁶⁷. Los resultados de dicho estudio (tabla 2) confirman los datos publicados en la literatura especializada.

Tabla 2. Razones por las que se aplican los dispositivos de restricción física

Causa	Unidades de agudos	Medio residencial
Evitar caídas	92%	90%
Controlar cuadros de agitación	62%	90%
Controlar el vagabundeo	46%	60%
Evitar la manipulación de dispositivos	85%	20%
Compensar el déficit de personal	54%	50%
Control del comportamiento	46%	20%
Mantener la posición corporal	38%	30%

Ambas columnas reflejan el porcentaje de artículos que citan las causas concretas que propiciaron el uso de restricciones en los centros estudiados.

Riesgo de accidentes y caídas

Las caídas son una importante causa de morbilidad y mortalidad en las personas mayores^{6,160,168,169}. Se han identificado alrededor de 400 factores de riesgo en este colectivo, los cuales suelen estar relacionados con cuestiones ambientales, la medicación, el estado de salud de la persona, los cambios asociados al envejecimiento, la nutrición y la falta de ejercicio^{7,170,171}. Así, se estima que alrededor de un 30-56% de los ancianos que viven en una

institución sufren una caída anualmente, variando la incidencia entre 1,1 y 3,3 caídas/año^{41,172}. Por esta razón, y con el fin de tratar de prevenir este tipo de accidentes, numerosos profesionales consideran oportuno el uso de sujeciones en los mayores^{53,56,123}.

1.6.2.3 Razones de tipo legal

A mitad del siglo pasado se produjo un cambio cultural en la sociedad con respecto a los sucesos adversos en la asistencia sanitaria, pasando de aceptarlos como un tributo por el progreso científico a cuestionarlos y denunciarlos. Dado que los profesionales tienen una responsabilidad legal en los accidentes no es de extrañar que el miedo a los litigios sea otra de las razones que puede desencadenar el uso de las restricciones físicas^{30,31,157}.

En muchos centros existe la falsa creencia de que este procedimiento disminuye los riesgos de reclamaciones y protege al personal si un usuario se lesiona^{22,45,146}; de hecho algunos juristas afirmaban hace décadas que desde el punto de vista legal era mucho más fácil defender un caso cuando las barandillas estaban subidas que si estaban bajadas¹⁷³. Por ello, no es de extrañar que la aplicación indiscriminada de restricciones físicas se considere una forma de “medicina defensiva”, basada más en cuestiones legales que en evidencias científicas⁶³.

Sin embargo algunos autores advierten que es peligroso tener ese sentimiento de confianza mientras se usan estos dispositivos ya que la posibilidad de una demanda también prevalece^{31,45,112}; en especial cuando las condiciones en las que se aplican no son las adecuadas o se origina una complicación²².

Por último debe recordarse que el desconocimiento de la escasa legislación específica ejerce asimismo una clara influencia sobre el uso de este procedimiento. En general los profesionales ignoran este marco legal, lo que puede generar la creencia de que tienen derecho a utilizar la restricción sin limitaciones justificando que lo hacen por el “bien” del paciente^{24,107}.

1.6.2.4 Razones organizativas

Otro de los mitos que ha popularizado el uso de sujeciones es que hace más eficaz la labor del cuidador^{9,112,162}. En algunas unidades hospitalarias los ancianos desorientados pueden ser vistos como usuarios “molestos” por los problemas que su cuidado ocasiona. La alimentación, la higiene, las movilizaciones, la administración de fármacos, etc., son tareas que consumen mucho tiempo del personal, que además debe realizarlas en un horario determinado, dejándole poco margen para manejar los problemas de seguridad y los aspectos psicosociales de la asistencia^{30,114}.

También es necesario considerar la opinión de los gestores de los centros. Su actitud suele verse condicionada tanto por la razonable preocupación por asegurar unos cuidados de calidad en un ambiente lo menos restrictivo posible,

como por garantizar la seguridad del paciente; siendo muchos los que se muestran escépticos sobre la viabilidad de las residencias libres de restricciones⁵⁴.

Otro aspecto relacionado con la organización son las características del entorno en el que se realiza la asistencia¹²⁵. Ello puede influir en la calidad y seguridad de los cuidados, y propiciar un mayor o menor uso de estos procedimientos^{66,174}. Así, cuando las habitaciones están alejadas del lugar en el que se encuentra habitualmente el personal, es más complicado supervisar a los pacientes de riesgo, lo que conduce a que estos sean sometidos a una sujeción con más frecuencia^{25,66}; mientras que si se sitúan próximos a las zonas de control se usa menos¹⁰⁷. De igual forma la posibilidad de contar con un mobiliario adecuado, como las camas bajas, facilita la retirada de estos dispositivos^{31,125,168}.

Debe recordarse también que es más sencillo introducir políticas de no-restricción en centros recién inaugurados que en aquellos que llevan años de funcionamiento. En estos últimos persisten hábitos muy arraigados, relacionados tanto con aspectos organizativos como con las actitudes del personal, que dificultan la puesta en marcha de nuevas iniciativas. Otro aspecto a tener en cuenta es la dimensión de la institución, habiéndose comprobado que las unidades libres de restricciones suelen ser de pequeño tamaño, lo que podría ser debido a que en ellas es más sencillo introducir cambios en las rutinas de trabajo¹⁷⁵.

1.6.2.5 La ratio de personal

Son numerosos los estudios que sugieren que la restricción física de los pacientes estaría relacionada con la ratio de personal^{122,176,177}, habiéndose ya planteado en el siglo XIX que esta se aplicaba como sustitución de los cuidados y debido al insuficiente número de profesionales^{4,138,178}.

En muchos centros la supuesta escasez de plantilla puede ser permanente o solo afectar a determinados periodos, como fines de semana, días festivos o en horario nocturno^{20,23,154}. Por ello, el uso de sujeciones en dichos espacios de tiempo para la supuesta protección de los mayores podría no estar siempre justificado, ya que realmente se estaría utilizando como una opción de bajo coste a su supervisión⁶⁰.

Sin embargo, otros profesionales aseguran que la elevada prevalencia de uso por falta de personal es, en muchos casos, un mito basado en creencias erróneas⁸⁴. Así, un estudio que comparaba centros americanos y británicos con una ratio de personal similar detectó una prevalencia en los primeros de un 25%, mientras que en los segundos, de parecidas características, la prevalencia era del 3,8%¹¹². Otros autores sustentan esta postura y afirman que el aumento de personal no suele solucionar el problema, siendo más efectiva y conveniente la redistribución de tareas¹³¹.

Otro aspecto importante es la proporción que pueda existir de enfermeras graduadas en comparación con el personal auxiliar^{100,176}. En este sentido los expertos advierten que hay menos sujeciones en los centros donde es más elevada la plantilla de enfermeras que donde la mayor parte del personal apenas tiene cualificación^{124,177}.

1.6.2.6 Escasez de investigación y formación

Los posibles riesgos y beneficios del uso de restricciones físicas no han sido todavía investigados en profundidad, al menos en nuestro país. La falta de trabajos que guíen a los cuidadores en su práctica diaria puede estar contribuyendo también a un uso desmedido de las mismas, por lo que los expertos recomiendan destinar más recursos a la investigación¹⁷⁹.

Algunos autores apuntan a que el estudio de este fenómeno es muy complejo, ya que en ocasiones genera reacciones negativas por parte de los profesionales que preferirían no colaborar en los proyectos de investigación^{67,113,180}. Por otro lado, hay expertos que recuerdan los beneficios de este tipo de estudios, habiéndose comprobado que el simple hecho de que los centros tengan que notificar la incidencia de la restricción ya reduce su frecuencia de uso¹⁸¹.

Por lo que respecta a la formación, su importancia como factor predictor en el empleo de restricciones físicas ya había sido mencionada hace más de 200 años por los pioneros en la no-restricción de pacientes, aspecto comentado en anteriores capítulos. En general, se constata una falta de formación que suele manifestarse en el desconocimiento de los cuidadores sobre las complicaciones, la aplicación de alternativas o el abordaje multidisciplinar, especialmente en lo que concierne a los problemas de comportamiento^{5,26,182}.

1.7 Consecuencias negativas del uso de restricciones físicas

A pesar de la elevada tasa de prevalencia de uso de restricciones físicas, numerosos estudios afirman que su aplicación tendría importantes efectos negativos sobre la salud de los pacientes, lo cual incrementaría la complejidad y el coste de su asistencia^{124,178,183}.

Las complicaciones asociadas al uso de estos mecanismos son ya mencionadas en textos médicos del siglo XIX; si bien, no será hasta la década de 1980 cuando, en algunos países, se tome conciencia sobre las mismas y comiencen a estudiarse^{64,121}. En la actualidad está suficientemente demostrada la relación que existe entre uso de restricción física y complicaciones físicas, psicológicas y sociales en la persona mayor^{23,44,157}.

Con respecto a la investigación de esta problemática existen diversas instituciones vinculadas con la seguridad clínica interesadas en establecer las causas y prevenir sus complicaciones. Entre ellas se encuentran: La National

Patient Safety Agency⁶² y la Medicines and Healthcare products Regulatory Agency¹⁸⁴, del servicio de salud británico, la Food and Drug Administration (FDA)¹⁸⁵ del Gobierno de EE. UU., o la organización independiente Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations¹¹⁹. Estos organismos emiten periódicamente informes sobre los peligros potenciales de los mecanismos de sujeción e indicaciones para un uso correcto. En nuestro país, la Fundación Avedis Donabedian ha publicado también una alerta sobre esta clase de riesgos¹⁸⁶.

1.7.1 Complicaciones físicas y psicológicas

Las complicaciones en personas sometidas a una contención pueden surgir, tanto por su uso prolongado, como cuando se aplica en cortos espacios de tiempo^{105,183}. Entre las físicas destacan las relacionadas con la inmovilidad, tales como úlceras por presión, pérdida de masa ósea, descenso del tono y masa muscular, pérdida de fuerza, contracturas, problemas de equilibrio y coordinación, riesgo de caídas, embolismos, infecciones, reducción del apetito, deshidratación, estreñimiento, incontinencia, etc.^{23,124,178}. Similares problemas se han detectado en los trabajos que analizaron las complicaciones por uso de restricciones químicas, debido al riesgo de sedación excesiva del paciente, que también le conduciría a su inmovilidad. De igual forma, estos fármacos suelen originar confusión, temblores, mareos o movimientos incontrolados que incrementan el riesgo de caídas^{4,150,157}.

Además de las complicaciones físicas, la privación de movimiento causa numerosos problemas psicológicos. La sensación de sentirse atado daña la dignidad de la persona y provoca una pérdida de autoestima, al tiempo que genera humillación, miedo, retraimiento y otros trastornos emocionales^{124,157,187}. Asimismo, en personas confusas no hace más que aumentar su desorientación, pudiendo ocasionarles un cuadro de agitación al no entender la situación en la que se encuentran^{44,150,188}. Sin olvidar que puede desencadenar un delirium, especialmente en los pacientes con demencia¹⁸⁹.

Por último, este procedimiento también minimiza la estimulación sensorial del usuario limitando su comunicación, propiciando el aislamiento del entorno y la incapacidad para la convivencia social^{178,181,190}.

1.7.2 Problemas que pueden surgir durante el uso de los dispositivos

Aparte de las ya citadas complicaciones, el uso de restricciones físicas se asocia a accidentes y otros graves efectos adversos, que serían causados directamente por el propio dispositivo⁶⁴.

1.7.2.1 Asfixia mecánica

Un mecanismo de sujeción mal colocado podría ocasionar en el paciente una presión en cuello, tórax o parte superior del abdomen, dificultando la entrada de aire en los pulmones. La asfixia suele ser causada por:

- Estrangulación. El dispositivo comprime el conducto aéreo contra el plano prevertebral, lo que podría causar una anoxia de origen respiratorio^{142,191,192}.
- Asfixia postural o posicional por suspensión. La persona queda colgada del mecanismo a nivel del tórax o de la zona abdominal, posición que dificultará la inhalación y reducirá el volumen pulmonar¹⁹³.
- Sofocación por compresión toracoabdominal. El usuario queda atrapado entre el colchón y la barra lateral, lo que generará una presión sobre el tórax, dificultando la inspiración^{148,183}.

Investigaciones realizadas con voluntarios no evidenciaron que necesariamente tenga que haber compromiso ventilatorio por encontrarse el cuerpo en esa situación¹⁹¹; y sugieren que se consideren otros elementos de riesgo, como el estrés, la agitación o la presencia de determinadas patologías, que, unidos a la postura en sí misma, llevarían al colapso y muerte súbita del paciente⁶⁴.

1.7.2.2 Otras posibles complicaciones

- Caídas y golpes. Suelen producirse cuando los ancianos tratan de salir de la cama pasando por encima de la barra lateral^{45,173,194}. Aquellos que están sentados también presentan un riesgo de caídas ya que determinados movimientos pueden provocar el vuelco de una silla inestable con la persona sujeta a la misma⁶⁴. Por otro lado se han descrito lesiones, como hematomas o incluso fracturas, producidas tras golpearse el usuario contra las barras^{138,148}.
- Quemaduras. Este tipo de accidentes suele estar relacionado con la circunstancia de que los pacientes se encontraban fumando en la cama, o bien trataban de destruir el dispositivo para liberarse^{66,111,183}. En estos casos la primera medida preventiva es retirar cualquier objeto que provoque una llama, como cigarrillos o mecheros^{45,185}; asimismo, es importante que los mecanismos se apliquen de forma que el paciente pueda ser liberado inmediatamente en una urgencia.
- Aspiración. Se produce en personas colocadas en posición supina, en especial aquellas con bajos niveles de conciencia^{138,181}. Podría originar una asfixia, edema de pulmón o neumonía⁴⁴.

1.7.3 Dispositivos más implicados en los accidentes comunicados

1.7.3.1 Barras laterales

Se han asociado con innumerables percances, ocurriendo los más graves cuando la persona queda atrapada en la barra con el consiguiente peligro de asfixia^{61,66,143,195}. Con el fin de prevenir dicho problema se ha propuesto la normalización de los modelos de barras y que se incorporen en el diseño recomendaciones acerca de sus dimensiones^{46,196}. La Comisión Electrotécnica

Internacional (IEC, International Electrotechnical Commission) publicó en diciembre de 2009 un documento sobre camas hospitalarias donde establece los requisitos de seguridad que debería cumplir este mobiliario¹⁹⁷. En nuestro país está prevista la elaboración de una norma UNE que contenga todos estos aspectos. El anexo 4 recoge las zonas de mayor riesgo de aprisionamiento en la cama y recomendaciones sobre las dimensiones de seguridad.

Con respecto a la valoración de las distancias de seguridad debe recordarse que estas pueden verse alteradas por diversos factores, como la altura a la que esté colocada la barra lateral, la elevación del cabecero o los pies de la cama o el grado de compresibilidad del colchón, que puede cambiar con el tiempo debido a su uso⁴⁶. Por ello, los espacios de riesgo se deben medir con el somier tanto en posición horizontal como articulado, y con las barandillas subidas completamente o en una posición intermedia¹⁹⁸.

De igual forma, a la hora de adquirir nuevo equipamiento se tienen que revisar las indicaciones del fabricante^{46,63,196}, especialmente si se van a combinar productos de diferentes empresas, como camas y colchones; si su tamaño no es el apropiado se incrementan los espacios por donde puede deslizarse y quedar atrapado un paciente de pequeña constitución⁶⁴. En este caso, una solución es colocar piezas de espuma que rellenen los huecos existentes en la cama; y con el fin de evitar que la persona se cuele entre las barras, estas se pueden recubrir con protectores acolchados^{46,63}.

Por otro lado, también deben valorarse los desgastes de ciertas partes del mobiliario, como los tornillos y abrazaderas que sujetan la barra a la cama^{64,196}. El uso cotidiano o los movimientos bruscos y continuos de los ancianos agitados suelen deteriorar estas piezas, lo que podría ocasionar la caída del dispositivo^{148,198}; de hecho, son muchos los accidentes en los que los pacientes consiguieron desencajar la barra lateral en su intento de bajar de la cama^{143,193}.

Con relación a las caídas debe tenerse en cuenta la diferencia de altura entre la parte superior del colchón y la barra protectora. Un colchón muy alto, o la colocación de uno de aire sobre otro convencional, disminuye la protección que ofrece la barra al facilitar que la persona la sobrepase¹⁹⁸; en este sentido, se recomienda disponer de barras laterales cuya altura supere la de la parte superior del colchón en, al menos, 220 mm¹⁹⁷.

Por todo esto, el diseño de los dispositivos tiene que cumplir los más exigentes controles ergonómicos y, durante el tiempo que estén en uso, ser sometidos a un mantenimiento regular^{46,62,184}, desechando aquellos que estén defectuosos. A tal fin, en algunos países se realiza una inspección periódica y obligatoria del mobiliario clínico con el fin de comprobar su estado⁶⁴.

1.7.3.2 Chalecos y cinturones abdominales de sujeción

La seguridad de estos mecanismos radica en su correcta aplicación. Así, la literatura científica sugiere que en diversos accidentes los propios profesionales,

con el fin de permitir cierta movilidad a los ancianos, originaron el problema al no colocar de manera correcta el mecanismo^{66,143}. En otros, un excesivo movimiento corporal de la persona pudo haber aflojado la fijación^{46,142}.

Un cinturón mal ajustado no inmovilizará de forma adecuada a un paciente encamado, el cual podría desplazarse hasta el lateral de la cama y acabar colgado por el dispositivo. Para mejorar la seguridad, el cinturón debe disponer de un fijador lateral que impida que la persona se mueva o gire el cuerpo en su eje longitudinal¹⁴³. Algunos expertos también recomiendan que cuando se use este tipo de restricción en pacientes encamados se instalen barras laterales^{187,192,193}. Otros plantean que se coloque la cama en su posición más baja; de ese modo, si la persona quedase suspendida del dispositivo, la proximidad al suelo permitiría que su cuerpo se apoyase en el mismo, disminuyendo el peligro de asfixia^{64,66}.

La aplicación de cinturones o chalecos de sujeción en ancianos que se encuentran en silla de ruedas también entraña riesgos^{60,183}. Los problemas suelen producirse cuando la persona se escurre hacia el suelo y queda atrapada por el mecanismo, que le comprime el cuello o el tórax. Para impedir esto, los dispositivos deben contar con una sujeción pélvico-perineal que frene el deslizamiento del cuerpo¹⁴². Asimismo, se han descrito sucesos similares en los que la asfixia la causó una bandeja que estaba acoplada a la silla¹⁸³.

Según las estadísticas, los ancianos que están sometidos a restricción en un sillón o en silla de ruedas tienen menos posibilidades de tener un accidente que los que se encuentran en la cama. Ello podría deberse a que los usuarios en silla suelen encontrarse fuera de la habitación (p. ej.: sala de estar, comedor), donde son observados con más frecuencia por el personal que aquellos que se encuentran en cama en su habitación²¹.

Si bien los fabricantes indican que los accidentes disminuirían si se aplicasen de forma correcta los dispositivos, en algunos casos se produjo el percance a pesar de haberlo hecho así. Se especula que el riesgo podría deberse al mecanismo de restricción en sí mismo, y por tanto se recomienda revisar el diseño de ciertos modelos o contraindicarlos en determinadas circunstancias¹⁴². Una alternativa son los cinturones con velcro, los cuales ayudan a posicionar al paciente al tiempo que pueden ser desabrochados con facilidad. La inclinación hacia atrás del respaldo de la silla también evita el deslizamiento de la persona y por tanto la necesidad de utilizar una contención⁶⁰.

1.7.4 El estudio de los problemas de seguridad

Si se quiere mejorar la calidad asistencial se tendrían que investigar todos los incidentes relacionados con este procedimiento^{21,198}. Con respecto a los casos de muerte los expertos advierten que existen una serie de limitaciones que hacen muy difícil su estudio^{46,193}.

- Falta de datos. Tras un accidente los profesionales suelen preocuparse más por las lesiones del paciente que por registrar con detalle lo ocurrido^{66,192}. Además, muchos creen que la persona falleció por causas naturales y quedó suspendida del mecanismo de restricción, por lo que no mencionan en la historia clínica los pormenores del incidente¹⁸³.
- Escasez de autopsias. Estas son inusuales en los ancianos¹¹⁷ y aunque se realicen, el diagnóstico puede ser erróneo si no se estudia adecuadamente el caso. Los pacientes no siempre presentan lesiones sobre las estructuras anatómicas^{191,192}, por lo que su muerte podría relacionarse más con el deterioro físico que con la restricción¹⁸³. Los forenses sugieren que para averiguar el motivo del fallecimiento, además de la autopsia, se analicen las circunstancias en las que ocurrió¹⁹¹.
- Encubrimiento. Una parte de los accidentes pasaría desapercibida al no comunicarse su existencia. La reacción de muchos cuidadores al encontrarse con el paciente es liberarlo y colocarlo en una posición natural. El miedo a las responsabilidades legales o el hecho de que la mayoría de los incidentes ocurran de noche, podría incitar a su ocultación^{21,190}.

La investigación de este tipo de problemas es necesaria, ya que permite estudiar los factores que los favorecen y facilita la elaboración de recomendaciones que ayuden a evitarlos^{66,184,190}. No solo se deben analizar los casos con consecuencias graves para el paciente; también habría que considerar aquellos hechos que estuvieron a punto de ocurrir, “casi errores”, los cuales son mucho más frecuentes^{21,63,184}. A tal fin, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios dispone de un sistema de notificación de incidentes que cualquier profesional puede utilizar para comunicar un efecto adverso provocado por un dispositivo sanitario¹⁹⁹.

1.8 Actitudes relacionadas con el uso de restricciones físicas

Como se ha visto en los capítulos anteriores los factores que pueden influir en la decisión de utilizar restricciones físicas son muy diversos. En la mayoría de los trabajos se afirma que su aplicación estaría relacionada con la falta de formación, una insuficiente ratio de personal, o la ausencia de normativa legal. Sin embargo, algunos autores han podido comprobar que la prevalencia de uso se mantiene elevada tras haber corregido los citados factores^{159,200,201}. Por ello, es necesario estudiar las razones subjetivas que subyacen en esta práctica, y en concreto la actitud del personal ante la misma; esto puede ser un factor básico si se desean cambiar ciertas rutinas de trabajo^{141,155,200,201}.

1.8.1 Concepto de actitud, características y funciones

Las actitudes juegan un papel fundamental dado su carácter de factor mediador entre la persona y el contexto al que pertenece²⁰². Su estudio despierta un gran

interés y es una de las preocupaciones de muchos trabajos de investigación en el campo de la salud. Uno de los aspectos más interesantes de las actitudes es conocer qué son, cómo se forman y cómo influyen sobre el comportamiento de cada individuo.

De una manera sencilla la actitud podría definirse como una postura que expresa un estado de ánimo o una intención; si bien, existen otras muchas definiciones sobre la misma, pudiéndose contabilizar, según Sánchez, más de doscientas²⁰³. Así, Allport la define como un “estado mental y neural de disposición para responder, organizado por la experiencia, directiva o dinámica, sobre la conducta respecto a todos los objetos y situaciones con lo que se relaciona”^{204,205}.

Por otro lado, los psicólogos sociales la describen como “un estado de disposición psicológica, adquirida y organizada a través de la propia experiencia, que incita al individuo a reaccionar de una manera característica frente a determinadas situaciones”²⁰⁶. También se ha definido como la suma de las inclinaciones, sentimientos, prejuicios, sesgos, ideas preconcebidas, miedos, amenazas y convicciones sobre un determinado asunto. O como una organización relativamente estable de creencias acerca de un objeto o situación que predispone al sujeto para responder de forma preferente en un determinado sentido. Según Sánchez, sus principales características son²⁰³:

- Conjunto organizado de convicciones (componente cognitivo). Las actitudes suelen presentarse como un conjunto de creencias, conocimientos, expectativas, etc., que está organizado y que tiene una congruencia entre sí.
- Predisposición o tendencia a responder de un modo determinado (componente conductual). Una actitud positiva o negativa ante algo implica un comportamiento congruente con la misma. Es una de las características más importantes.
- Predisposición favorable o desfavorable ante el objeto de actitud (componente afectivo). Toda actitud tiene un componente afectivo y emocional en el que pueden hallarse sentimientos positivos o negativos.
- Carácter estable y permanente. La estabilidad indica que las actitudes son un conjunto consistente de creencias; aunque ello no significa que no puedan cambiar.
- Las actitudes son aprendidas. Se adquieren principalmente por procesos de socialización. En este aprendizaje pueden intervenir factores ambientales, sociales, familiares, medios de comunicación, grupos, personalidad, etc.

Un aspecto clave de las actitudes es que se desarrollan a partir de la información cognitiva, afectiva y conductual que se tenga de un determinado

objeto; esto significa que las evaluaciones que haga el sujeto se basarán en el conocimiento que tenga sobre dicho objeto, en las reacciones emocionales y sentimientos, y en las conductas que haya tenido con anterioridad²⁰⁵. Estos elementos están relacionados entre sí y son las vías que utiliza el individuo para expresar su respuesta²⁰⁴; la mayoría de las actitudes son una combinación de dos o tres de estas categorías²⁰⁵. Así tendremos:

- Actitudes basadas en la información cognitiva. Representadas por los conocimientos o las creencias, más o menos acertadas, que puede tener la persona sobre un objeto, pero suficientes para fundamentar una actitud²⁰². En el caso de la restricción tendría relación con los conocimientos que tiene el cuidador sobre la misma (útil, adecuada, necesaria, perjudicial, innecesaria, etc.). Estas pueden basarse en experiencias personales o en la información obtenida de otras personas o instituciones²⁰⁵.
- Actitudes basadas en la información afectiva. Es el componente que suele estar más arraigado, y, según algunos autores, el fundamental²⁰², presentando por ello más dificultades para el cambio. Tras tomar contacto con un objeto es posible que ello se asocie con emociones o sentimientos de agrado o desagrado, especialmente si tiene importancia para la persona. Esta carga afectiva puede alcanzarse a través de la experiencia o de la reflexión. En el caso de la restricción el componente afectivo vendría representado por los sentimientos que experimenta el cuidador cada vez que la aplica.
- Actitudes basadas en la información conductual. Hace referencia a la tendencia a una acción determinada en relación a una actitud; incita al individuo a reaccionar de acuerdo a lo que piensa y siente sobre un objeto. Se trata de una consecuencia de la conjunción de los dos componentes anteriores²⁰⁷. En el caso de la restricción tendría relación con el comportamiento que adopta el individuo o su predisposición a realizar determinadas acciones.

Una de las funciones de las actitudes es la de prepararnos ante algo. De esa manera nos permiten categorizar los objetos ayudándonos a comprender lo que nos rodea; así, cada vez que nos encontramos con esa situación ya sabemos si es algo positivo o negativo para nosotros, sin tener que hacer una nueva reflexión o juicio deliberativo^{202,205}. Otra función es la instrumental o utilitaria, que explica que la actitud se adquiere, mantiene o expresa porque a través de ella se consigue un objetivo útil o un beneficio para la persona. Por último, la actitud cumple una función expresiva de valores, permitiendo a la persona manifestar lo que piensa o siente^{202,205}.

Hay otra serie de cuestiones que deben tenerse en cuenta con respecto a las funciones de las actitudes. Así, algunas personas presentan actitudes que van acordes con sus creencias y valores más profundos, sin importarles lo que los

demás piensan; mientras que otras pueden tener actitudes más “adaptativas”, en consonancia con la gente que le rodea y que no reflejan de manera necesaria sus convicciones más íntimas.

1.8.1.1 Actitudes y conducta

Una actitud no implica un determinado comportamiento sino una disposición previa; en otras palabras, si bien la actitud acarrea una voluntad a actuar, ello no significa que sea un predictor de la conducta²⁰⁷. Y así, una cosa son las reacciones verbales ante situaciones puestas como ejemplo, y otra muy distinta son las reacciones frente a situaciones reales^{203,205,208}. Por eso se afirma que la actitud no está directamente relacionada con la conducta sino con la intención de llevar a cabo la misma. De hecho, casi todas las definiciones tienen en común el caracterizarla como una predisposición existente en la persona y adquirida por aprendizaje, que la impulsa a comportarse de una manera concreta en determinadas situaciones²⁰⁹. Por tanto, una actitud positiva ante la restricción predispondría al cuidador a emplear este procedimiento, mientras que una actitud negativa lo haría en sentido contrario²¹⁰.

Pero dada la influencia que puede tener la actitud en el comportamiento, y por tanto en la práctica profesional relacionada con el uso de restricciones físicas, es interesante conocer qué aspectos van a afectar dicha influencia. En este sentido la teoría de la acción razonada propuesta por Ajzen sugiere que la conducta de las personas está condicionada por su intención^{205,208,211}. Dicha intención parte del balance entre nuestra actitud —es decir, lo que pensamos que debemos hacer o las creencias que tenemos ante algo— y lo que los autores llaman la norma subjetiva, que es la percepción que tenemos de lo que los otros piensan que nosotros debemos hacer (familia, responsables de la institución)^{205,208}. Indudablemente esto va a estar condicionado por la existencia de normas legales o protocolos oficiales que pudiesen establecer pautas de actuación¹⁶³.

Algunos autores han sugerido que, dados los dilemas éticos que implica la toma de decisiones sobre el uso de restricciones, deben incluirse las normas morales como condicionante de la conducta. Así Werner, en un estudio sobre actitudes e intenciones en el uso de restricciones físicas, detectó en los profesionales encuestados una fuerte obligación moral percibida de proteger a los ancianos ante posibles riesgos¹⁶³.

Otro aspecto que puede condicionar de manera determinante la actitud son las creencias y valores. Desde el campo de la sociología se afirma que cuando no disponemos del conocimiento científico necesario, la comprensión de determinados problemas o situaciones acaba siendo una cuestión de creencias y valores culturales; son como asunciones básicas, sobre las que no solemos reflexionar demasiado y que guían nuestras decisiones. La relación entre conocimiento científico y valores puede determinar la actitud de varias formas: se adopta una actitud sin ninguna referencia al conocimiento, basándose solo

en valores; o bien la actitud resulta de la interacción entre los valores y los conocimientos científicos²¹².

En definitiva, un individuo adoptará una determinada conducta cuando posea una actitud positiva hacia su propio desempeño en la misma y cuando crea que sus referentes sociales significativos piensen que debería llevarla a cabo. Dada la alta correlación entre la intención de realizar una conducta y el comportamiento, los dos componentes de la teoría, actitud y norma subjetiva, podrían predecir la conducta e informar sobre los determinantes de la misma²⁰⁸.

1.8.1.2 La medición de actitudes

La medición de actitudes en los trabajos de investigación es un proceso complejo²⁰⁹. Al no tratarse de acciones susceptibles de observación directa, ya que resultaría muy costoso, tienen que ser evaluadas por medio de las opiniones, los sentimientos o la posible reacción que tiene el entrevistado ante la situación objeto de estudio^{202,207,209}. Dicho de otro modo, las actitudes se pueden medir indirectamente mediante el uso de cuestionarios. En estos la persona ha de manifestar que es lo que piensa de las situaciones que se le presentan, y a partir de las respuestas que proporcione —de aprobación o desaprobación, de atracción o rechazo— se evaluarán sus actitudes^{204,207}.

Un método directo de medirlas es a través de la escala de Likert, que es la que se usa con mayor frecuencia por su sencillez^{207,209}. Según su autor, es posible estudiar dimensiones de actitud mediante enunciados que actúan como reactivos para el individuo. Ante estos, la persona puede posicionarse desde el punto más favorable hasta el más desfavorable²⁰⁷. Uno de los problemas que puede presentar esta medición es que el individuo cambie sus respuestas, de forma consciente o no, para que reflejen lo que el investigador quiere oír, en lugar de manifestar lo que está en realidad pensando o sintiendo²⁰⁷. Esto introduce un sesgo en el estudio que se denomina participación servil²⁰⁹.

Con respecto al uso de medidas de restricción, existen diferentes propuestas de escalas que miden las actitudes de los profesionales. La mayoría integran ítems de tipo cognitivo (ideas y creencias), afectivos (sentimientos) y conductuales. Así, con respecto al terreno de la salud mental, Husum propuso que una escala de valoración de actitudes ante este procedimiento debería contener ítems que midiesen los tres tipos de actitudes²¹³.

1. La restricción como ofensa hacia los pacientes. Estaría recogida en aquellas preguntas que son más críticas con su uso y que se centran en las intenciones de limitar su aplicación. Contiene, por ejemplo, afirmaciones que presentan este procedimiento como perjudicial para el paciente o que plantean que este podría reducirse si hubiese suficiente personal para atender a los mismos.
2. La restricción como cuidado y seguridad. Contendría ítems que plantean su aplicación por razones de seguridad. Revelan actitudes

pragmáticas ante el procedimiento, el cual se usaría no por ser algo positivo o deseado sino necesario; reflejaría una actitud que estaría en una posición intermedia.

3. La restricción como tratamiento. Esta dimensión incluiría los ítems que tienen la visión más positiva sobre su aplicación. Contendría afirmaciones donde se recogería que serían necesarios más métodos de sujeción para atender a los pacientes. Refleja actitudes que encierran grandes dosis de paternalismo.

Con respecto a las actitudes ante la restricción física en personas mayores, destacan las escalas y los cuestionarios propuestos por Scherer y Janelli²¹⁴, el Perception of Restraint Use Questionnaire (PRUQ), desarrollado por Strumpf y Evans¹⁴⁷, la escala de Karlsson²⁴, y el Maastricht Attitude Questionnaire (MAQ) elaborado por Hamers y colaboradores²⁰⁰. En las últimas dos décadas otros autores han desarrollado también cuestionarios para la medición de actitudes, si bien su utilización en estudios posteriores no ha sido tan relevante como los instrumentos citados.

1.8.2 Actitud de los profesionales y prevalencia en el uso de la restricción física

Los estudios que tratan la relación de las actitudes con la práctica profesional de la restricción son poco comunes y muestran resultados diferentes e incluso contradictorios. Así, en algunos se revela que estas no influenciarían el uso de este procedimiento, mientras que en otros casos la actitud parecería estar fuertemente conectada con su aplicación^{163,166,200}.

Es evidente que existe un cierto grado de relación entre actitud, práctica profesional y prevalencia. El ya citado estudio de Evans sobre restricción, mostró importantes diferencias en la prevalencia de centros americanos y escoceses, mucho más elevada en los primeros. Ello fue atribuido a la poca predisposición que mostraban las enfermeras británicas ante el uso de sujeciones y su mayor tolerancia hacia los problemas de conducta que presentaban los ancianos¹¹².

De igual forma, un estudio realizado en Suecia por Karlsson mostró que las enfermeras que trabajaban en unidades libres de restricción tenían una actitud más negativa ante este procedimiento con respecto a aquellas que lo hacían en servicios donde se usaba con más frecuencia. Según Karlsson estos hallazgos confirman que las actitudes del personal pueden ser uno de los factores más importantes relacionados con la decisión de aplicar estos dispositivos¹⁶⁶.

1.8.3 Actitud de la familia ante la restricción física

Son muy escasos los estudios que indaguen en la actitud de las familias ante la aplicación de sujeciones en sus allegados. En la mayoría de ellos se perciben opiniones muy diversas^{210,215-217}.

Algunas muestran una actitud positiva, lo que les lleva a considerar apropiado su uso, tanto en el entorno familiar como institucional^{34,53,210,215}. Esta actitud se suele concebir a través del asesoramiento que reciben de los profesionales, de lo que ven hacer en las instituciones, de la información que les proporcionan otros cuidadores informales y de su propia experiencia^{90,125,215}. Por el contrario, otras familias mantienen una actitud en contra de la restricción física, no consistiendo que los profesionales las apliquen en sus allegados. En estos casos, los familiares suelen argumentar que se utilizan por conveniencia del centro^{125,217} y que daña la dignidad de la persona^{216,218}.

JUSTIFICACIÓN

Entre las principales consecuencias del envejecimiento poblacional se encuentra el aumento del número de personas mayores con problemas de dependencia. El deterioro progresivo que estos suelen sufrir hace que sea necesario mantener una atención constante de los mismos, motivo por el cual, en algunos casos, deben ser ingresados en una institución.

Uno de los retos a los que tendrán que enfrentarse los profesionales durante el cuidado de estos pacientes es el de garantizar su seguridad. Y si bien el objetivo prioritario de los centros será mejorar su calidad de vida, en muchas ocasiones las rutinas asistenciales promoverán formas de trabajo que no siempre propiciarán su bienestar. Un ejemplo de ello son las diferentes estrategias que, para limitar su movilidad, se aplican de manera habitual sin analizar con sentido crítico su conveniencia.

Este estudio pretende llamar la atención sobre uno de estos procedimientos, la restricción física, que se ha usado de manera tradicional en nuestro sistema sanitario subestimando las consecuencias que pudiera tener, tanto a nivel físico y psicológico como sobre la dignidad y autonomía de las personas.

Si bien las particularidades de los usuarios y de la propia institución van a condicionar el uso de sujeciones, es bien conocido el papel que juegan los profesionales de enfermería en la toma de decisiones respecto a las mismas. De forma probable, las características de dicho personal actuarán como poderosos determinantes de su utilización, e influirán a la hora de optar por las posibles intervenciones encaminadas a responder a los problemas cotidianos de los usuarios. Es importante, por ello, investigar cuáles son las creencias y la formación que tiene este colectivo sobre la contención si se quiere abordar de manera eficaz una propuesta de racionalización de su aplicación.

En este sentido, los hallazgos de este trabajo proporcionan una descripción sobre las actitudes, conocimientos y práctica profesional de la población estudiada. Sus resultados, por tanto, pueden ser de interés para los responsables de las instituciones sanitarias, sirviéndoles de acicate para que analicen desde un punto de vista crítico los criterios con los que se aplican las sujeciones. De esta forma podría mejorarse la gestión y el proceso de

decisiones relacionado con el uso de este procedimiento en los centros asistenciales. Asimismo, estos resultados pueden constituir una información útil a la hora de desarrollar el contenido de los programas de formación, o de decidir qué estrategias serían las más adecuadas para disminuir el uso de la sujeción y mejorar la calidad de los cuidados.

De manera probable sus conclusiones y recomendaciones podrían tener también utilidad para el personal de los centros, ya que se adentran en un contexto apenas explorado, en el que hay poca información específica. De hecho, son muy escasas las publicaciones en revistas científicas de nuestro país que hayan tratado esta problemática, y eso a pesar de la ya citada frecuencia de uso.

Entre otros aspectos, este estudio fomenta la discusión sobre la manera en la que dicho personal resuelve los numerosos problemas de seguridad relacionados con el cuidado de los pacientes. Además podría servir de estímulo a los profesionales y animarles a continuar profundizando en este terreno, abriendo nuevas vías de investigación en la búsqueda de soluciones que no pasen por limitar la libertad de movimiento de los usuarios.

Debe asimismo tenerse en cuenta la pertinencia de abordar un aspecto de la asistencia que en cierto modo ha sido considerado un tema tabú durante décadas. De hecho el personal de los centros suele sentirse incómodo cuando se plantean preguntas sobre el uso de restricciones físicas; es probable que ello se deba a que se sienten cuestionados cuando se trata este asunto. Esto dificulta la labor de los investigadores, que en muchas ocasiones no cuentan con la colaboración necesaria para realizar sus trabajos.

Es interesante, por tanto, poner en marcha este tipo de estudios, ya que favorecen la creación de espacios adecuados para que los diferentes protagonistas compartan sus experiencias, conocimientos y diferentes puntos de vista. Debe también valorarse su contribución a la hora de propiciar una mayor concienciación en otros ámbitos de la sociedad, como las asociaciones de familiares o los estamentos políticos y los legislativos.

Sin duda alguna debemos mencionar en esta justificación a los principales beneficiarios; estos son las personas mayores en situación de dependencia que pueden llegar a ser sometidas, debido a su fragilidad, a procedimientos de restricción. De forma probable los resultados y conclusiones de estos estudios influirán en los conocimientos y las actitudes del personal, lo cual acabará por mejorar la práctica profesional; aspecto este que debería tener un beneficio directo sobre la calidad de vida de los usuarios objeto de nuestros cuidados.

Otro motivo que justifica el tema de esta investigación, y que ha influido en su elección, es el hecho de que se trata de un aspecto de la asistencia de gran actualidad y creciente interés. En los dos últimos años se ha iniciado un profundo debate en nuestro país sobre la contención física; así, instituciones

como la Confederación Española de Organizaciones de Mayores o la Fundación Cuidados Dignos han estimulado el mismo lanzando propuestas encaminadas a racionalizar su uso y promover la dignidad en el cuidado de las personas dependientes.

No debemos olvidar tampoco la reciente publicación en el mes de octubre de 2011 del Decreto Foral 221/2011, en la Comunidad de Navarra, que reglamenta de forma concreta el uso de procedimientos de restricciones físicas y farmacológicas en el ámbito residencial. Esta norma representa una importante novedad en el panorama legal de nuestro país, y sin duda animará la discusión sobre este procedimiento en el resto de las comunidades autónomas. En consecuencia, la presente investigación pretende ser una aportación más a dicho debate.

También debo recordar que este trabajo me ha dado la oportunidad de poder trabajar con otros profesionales y me ha abierto nuevas vías de colaboración con diversas instituciones, tanto en el ámbito local como en el contexto internacional. A la hora de abordar un aspecto de la asistencia sobre el que tan poco se ha reflexionado en nuestro país se hace necesario ampliar horizontes con el fin de conocer cuál es la experiencia de otros grupos de investigación. En este sentido, la participación en diversas actividades de formación y las estancias realizadas en otros países han enriquecido en gran manera el resultado final.

Por último, deben resaltarse los intereses personales que me han movido a realizar el estudio. Entre ellos estarían las vivencias acumuladas durante mi vida profesional relacionadas con este procedimiento. Aquellos que en las últimas dos décadas hemos trabajado en el sector de la asistencia a las personas mayores percibimos con frecuencia la necesidad de mejorar las prácticas en el uso de medidas de restricción. En numerosas ocasiones el desconocimiento, la falta de medios o las rutinas institucionales nos llevaban a aplicar procedimientos con los que no siempre estábamos de acuerdo, y que por tanto nos acababan generando un cierto grado de insatisfacción. La falta de respuestas a estas cuestiones es lo que ha inclinado la balanza a la hora de considerar la elección del tema y los objetivos de esta investigación.

OBJETIVOS

El objetivo general de esta investigación es tratar de contribuir a la clarificación de diversos interrogantes que rodean la aplicación de restricciones físicas en personas mayores que residen en centros geriátricos de las islas Canarias. A tal fin se ha estudiado la actitud, la práctica profesional y los conocimientos que presentan los profesionales acerca de este procedimiento.

Los objetivos concretos de investigación fueron:

1. Determinar la actitud del personal de enfermería ante el uso de la restricción física en personas mayores.
2. Identificar el nivel de conocimientos que presentan los profesionales acerca de dicho procedimiento.
3. Valorar el nivel de participación de los profesionales en actividades de formación relacionadas con la sujeción de usuarios.
4. Describir la práctica profesional relacionada con la utilización de restricciones físicas.
5. Conocer los principales motivos por los cuales los profesionales aplicarían un procedimiento de contención.
6. Explorar las relaciones entre las variables sociodemográficas y las actitudes, conocimientos y práctica profesional del uso de restricciones físicas.
7. Determinar la relación que puede existir entre los conocimientos, las actitudes y la práctica profesional relacionada con el uso de sujeciones en personas mayores.

Estos objetivos se han planteado de una manera abierta para permitir la incorporación de todos aquellos elementos que pudieran ser relevantes a medida que avanzaba la investigación. La revisión de la literatura científica que se realizó inicialmente fue la que permitió seleccionar los aspectos más significativos ayudando así a establecer los objetivos y situar dicha investigación.

METODOLOGÍA

Este apartado aborda el planteamiento metodológico del trabajo exponiendo el camino que se siguió para alcanzar los objetivos propuestos. En él se informa sobre el diseño de la investigación y los sujetos del estudio, definiendo cuáles han sido los centros participantes y los profesionales con los que se ha llevado a cabo. Se explican las herramientas que se han utilizado para recoger los datos y cuál ha sido el procedimiento para aplicarlas; asimismo se detalla cómo se analizaron los datos. Por último se comenta cómo se realizó la investigación documental y se exponen las consideraciones éticas del trabajo.

4.1 Diseño del estudio

Esta investigación tiene un diseño no experimental. Con el fin de alcanzar los objetivos propuestos se realizó un estudio transversal de tipo descriptivo y correlacional. Como variables a medir se estimaron los conocimientos, las actitudes, la práctica profesional, así como las razones por las cuales el personal aplicaría un procedimiento de restricción física. Además se consideraron variables sociodemográficas, indagándose acerca de la edad, sexo, nivel educativo, puesto de trabajo, tiempo que llevaba en la profesión y trabajando con personas mayores, así como otras relacionadas con este procedimiento. Se recabaron datos acerca de dichas variables y se exploró la relación que podían presentar entre sí.

Las respuestas del personal recogidas en los cuestionarios se compararon con las recomendaciones y los estándares de calidad que, relacionados con el uso correcto de este procedimiento, han establecido tanto expertos como reconocidos organismos internacionales^{119,140,185,187}.

En este estudio la población estaba acotada a todos aquellos profesionales de enfermería de Canarias que trabajasen en instituciones de personas mayores y en la asistencia directa de estos. Con el fin de poder realizar la investigación se pidió colaboración a los centros sociosanitarios de titularidad pública y gestión directa. Estos atienden a usuarios con diferentes grados de deterioro, pluripatología y tendencia a la discapacidad, que suelen precisar de cuidados continuados. Se excluyeron las entidades con gestión indirecta, ya que podrían

tener unas características diferentes (recursos humanos, materiales, filosofía asistencial, etc.).

La población de profesionales se estimó en unas 220 enfermeras y 1.100 auxiliares de enfermería. Finalmente accedieron a participar ocho instituciones, situadas en las islas de Lanzarote, Gran Canaria, Tenerife y La Palma. La plantilla de estos centros estaba constituida por 688 profesionales, 124 diplomados en enfermería y 564 auxiliares de enfermería.

Para ser incluidos, los profesionales debían cumplir como requisito, además de disponer de la titulación correspondiente, el estar dedicados al cuidado directo de personas mayores y tener por ello algún tipo de responsabilidad en el manejo de los dispositivos de restricción. Asimismo, debían estar trabajando en alguno de los centros participantes durante el periodo en que se realizó la recogida de datos. Al no tratarse de una población muy amplia la encuesta se remitió a la totalidad del personal.

Se realizó un estudio previo exploratorio entre junio y octubre de 2009. Se distribuyeron 70 encuestas entre enfermeras y auxiliares de enfermería de un centro geriátrico, recibándose cumplimentadas correctamente 45 (tasa de respuesta = 64%). Se realizaron pruebas para comprobar la fiabilidad de los cuestionarios contenidos en las encuestas, obteniéndose estimaciones muy similares a las alcanzadas posteriormente por la población encuestada. Además, se valoró si las preguntas eran comprensibles, si el tiempo necesario para rellenarlas estaba dentro de lo aceptable, si alguna cuestión generaba rechazo, etc. Los cuestionarios fueron también respondidos y sometidos a la valoración de varios expertos. Basados en estos resultados no se efectuaron modificaciones en los mismos.

Los cuestionarios definitivos se incluyeron en una encuesta autocumplimentada, que una vez diseñada e impresa se envió a los centros colaboradores para su repartición entre los profesionales. Para realizar la distribución se contó con la ayuda de un colaborador en cada uno de los centros; este fue el responsable de entregarlas a partir de un listado de personal que le fue proporcionado.

La encuesta se acompañó de una carta que describía el propósito del estudio, explicaba la voluntariedad de la participación y aseguraba la confidencialidad de las respuestas. Además, en dicha carta se identificó el investigador principal y su dirección de correo para que los profesionales pudiesen contactar con él en el caso de que lo considerasen necesario. También se entregó un sobre para introducir el cuestionario una vez cubierto y devolverlo cerrado con el fin de garantizar el anonimato del profesional. Contestar y entregar la encuesta fue interpretado como el consentimiento a colaborar en el trabajo. Con el propósito de tratar de minimizar la participación servil, en la carta se informaba a los profesionales de que no existían respuestas buenas o malas, por lo que todas serían válidas.

Durante los meses de julio de 2010 a enero de 2011 se realizó la recogida de los cuestionarios. Respondieron 410 trabajadores, descartándose los que no cumplían los criterios de inclusión o no tenían cumplimentado parte del mismo. En los meses sucesivos se volcaron los resultados en el programa informático y se procedió a su análisis.

4.2 Instrumentos de recogida de datos

El sistema empleado para recoger los datos de este trabajo ha sido la encuestación a través de cuestionarios. Se trata del método más utilizado en la investigación y permite estudiar actitudes, creencias y motivos, así como conductas y comportamientos de los entrevistados.

Se emplearon diversos cuestionarios que indagaban en las actitudes, conocimientos y práctica profesional así como las razones por las cuales el personal aplicaría los procedimientos de restricción física. Estos fueron elaborados en diferentes países por expertos en el campo de la atención a las personas mayores. Se contactó con los autores y se obtuvo permiso para su utilización.

Dado que los cuestionarios estaban publicados en inglés, para su adaptación al español se realizó una doble traducción, siguiendo las recomendaciones que existen para estos casos²¹⁹, por parte de dos proveedores de este servicio en la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Durante este proceso no se modificó su contenido, salvo la adaptación del nombre de algunos dispositivos para hacerlo comprensible según la terminología que usan los profesionales en España, pero sin realizar cambios en los ítems, ni añadir o eliminar ninguno de ellos. Tres profesionales con reconocida experiencia en este campo fueron invitados a examinar las preguntas con el fin de confirmar que el contenido era exhaustivo (validez de contenido).

- Cuestionario de actitudes. Se usó el propuesto por Karlsson²⁴, que consta de 20 afirmaciones que miden la actitud del personal hacia el uso de la restricción física. Fue desarrollado a partir de una revisión de la literatura científica, y de la experiencia y conocimientos de un grupo de profesionales expertos en la materia. Los ítems de la escala original fueron agrupados en tres áreas: la opinión sobre las razones para usar restricciones (7 ítems), la opinión acerca de sus efectos (6 ítems) y las emociones relacionadas con su aplicación (7 ítems).

Las respuestas fueron valoradas a través de una escala tipo Likert que variaba entre “1-Muy en desacuerdo” (actitud más negativa hacia el uso de restricciones) y “5-Muy de acuerdo” (actitud más positiva). Una puntuación baja indicaría una actitud en contra de la restricción, y una alta, una actitud a favor de la misma.

Debido a que existían afirmaciones en sentido positivo y otras en negativo, se recodificaron cuatro de los ítems para que todos tuvieran la misma dirección (nº 11, 14, 15 y 18). Su alfa de Cronbach era de 0,783; su coeficiente de correlación intraclase, de 0,734 (0,693-0,771). Según Karlsson²⁴, en el estudio original las pruebas de fiabilidad del cuestionario relacionadas con su consistencia interna dieron un coeficiente alfa de 0,79.

- Cuestionario de conocimientos. Se aplicó el elaborado por Janelli a partir de una revisión bibliográfica y las recomendaciones de diversos profesionales expertos en gerontología y en el cuidado de personas mayores²²⁰.

Contiene 18 afirmaciones que exploran lo que saben los profesionales acerca de la restricción física, y a las que puede responderse "Verdadero", "Falso" o "No lo sé". Las respuestas correctas se puntuaron con 1 y las incorrectas con 0; el "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 $K-R_{20}=0,633$. La validez se estimó en términos de sensibilidad y especificidad, siendo los valores de 0,767 y de 0,541 respectivamente. Este cuestionario fue usado por diversos autores en las últimas dos décadas^{43,107}.

- Cuestionario sobre práctica profesional. Se empleó el desarrollado por Suen a partir de una extensa revisión bibliográfica y las recomendaciones de diversos profesionales expertos en este campo¹⁸².

Explora cómo es la praxis del personal en relación al uso de restricciones físicas. Los participantes tenían que responder a 14 afirmaciones recogidas en una escala tipo Likert, "3-Siempre", "2-A veces" o "1-Nunca", que abordaban aspectos sobre su aplicación, el uso de medidas alternativas, cómo atender a los pacientes sometidos a estos mecanismos, ratios de personal, etc. A excepción de tres ítems, que se recodificaron, el valor 3 reflejaba la práctica más adecuada 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 previos¹⁰⁷ el alfa de Cronbach se situaba en 0,78. Este cuestionario ha sido usado por diversos autores en las últimas dos décadas^{26,107}.

- Cuestionario de percepción sobre uso de restricciones físicas (PRUQ: Perception of Restraint Use Questionnaire). Fue

desarrollado por Strumpf y Evans¹⁴⁷. Se utiliza para valorar la percepción de los profesionales ante este procedimiento. Un panel de expertos estimó que el instrumento tenía validez aparente y validez de contenido.

Consta de 17 ítems que incluyen las razones habitualmente más citadas para el uso de estos dispositivos. Las respuestas fueron recogidas a través de una escala tipo Likert, que abarcaba desde el 1 (no son importantes) hasta el 5 (son muy importantes). Una puntuación alta indicaría que la situación descrita era considerada una importante justificación para el uso de restricciones físicas, y viceversa²²¹.

En el presente estudio, la consistencia interna encontrada según el coeficiente alfa de Cronbach fue de 0,908; la correlación intraclase, de 0,835 (0,810-0,858). Diversos estudios informaron que la consistencia interna de la escala oscilaba entre 0,92 y 0,96^{147,155}. Este cuestionario ha sido usado por diversos autores en las últimas dos décadas^{120,221,222}.

Al final de la encuesta se incluyeron una serie de ítems relacionados con las características sociodemográficas y profesionales de los trabajadores, con preguntas sobre la edad, el sexo, el nivel académico, la categoría profesional, el tiempo que llevaban en la profesión, la formación recibida sobre restricción de pacientes, la importancia que le daban a este tipo de formación, si contemplaban este procedimiento como una forma de maltrato, y otras destinadas a indagar sobre aspectos generales de su aplicación.

4.3 Análisis de los 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 normalidad, la prueba de la *t* de Student; en el caso de no seguir esta distribución se utilizó metodología no paramétrica, concretamente 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 no paramétrica de Kruskal-Wallis. Las relaciones para variables numéricas se analizaron mediante el coeficiente de correlación de Pearson y Rho de Spearman.

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 estimaron al 95%.

Para medir la fiabilidad del cuestionario de conocimientos se empleó la prueba de Kuder-Richardson, fórmula 20, que suele aplicarse cuando hay ítems dicotómicos en los cuales existen respuestas correctas e incorrectas. Por esta misma razón la validez se midió en términos de sensibilidad y especificidad.

4.4 Investigación documental

Para realizar la búsqueda bibliográfica se utilizó el facilitador de acceso en internet a los recursos en línea (Faro) de la biblioteca de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Este portal permite consultar todos los recursos disponibles en la institución, tales como: bases de datos, revistas electrónicas, libros, catálogos, etc. También da acceso a aquellos que pueden utilizarse de forma gratuita en internet, tanto revistas electrónicas como bases de datos.

Otra de las herramientas usadas fue el Ovid Universal Search (OUS), que permite realizar búsquedas simultáneas en la plataforma de Ovid SP en una selección de revistas electrónicas y bases de datos del área de ciencias de la salud.

Mediante ambos sistemas se realizó una búsqueda simple y avanzada, combinando a través de operadores booleanos dos o más términos, con el fin de identificar los estudios más relevantes publicados sobre actitudes, conocimientos y práctica profesional relacionados con el uso de restricciones físicas en personas mayores, así como aquellos otros documentos que se estimasen oportunos. En primer lugar se localizaron los títulos y resúmenes de los artículos con el fin de determinar de forma rápida el interés del documento. A continuación se analizó el texto completo de aquellos que se consideraron pertinentes. Una parte de los artículos pudieron ser localizados a texto completo a través de Faro y otros fueron solicitados al Servicio de Acceso al Documento de la propia universidad.

Los términos de búsqueda se escogieron, tanto del lenguaje libre o natural, como de las listas de descriptores y palabras clave, o tesauros, de las diferentes bases de datos (p. ej.: MeSH). Los más representativos fueron: restricción física, contención física, sujeción física, restricción mecánica, barra lateral, barandilla, cinturón de restricción, anciano, persona mayor, actitud, conocimientos, práctica profesional, percepción. En inglés: *physical restraint, bedrail, restraint belt, elderly, old people, geriatric, attitudes, knowledge, practice, perception*. Durante la búsqueda se hizo uso, cuando fue necesario, de los denominados caracteres de truncamiento (*). Asimismo, se realizó una búsqueda inversa analizando las referencias bibliográficas de los artículos seleccionados.

Las bases de datos consultadas fueron:

- Medline: Desarrollada por la National Library of Medicine de Estados Unidos. Es una de las bases de datos bibliográficas internacionales más completa y actualizada en ciencias de la salud. Se accede a la misma a través del sistema PubMed.
- Web of Science: Conjunto de bases de datos bibliográficas contenido en la Web of Knowledge, portal de información científica que acoge diversas bases de datos suministradas por el Institute for Scientific Information (ISI), que forma parte de Thomson Reuters.
- Bases de datos integradas en la red de Bibliotecas Virtuales en Salud (BVS): LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud), BDENF (Base de Datos de Enfermería), IBECES (Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud), SciELO (Scientific Electronic Library Online).
- BDIE: Base de datos del Instituto de Salud Carlos III, que aporta información sobre la producción científica enfermera española.
- CUIDEN: Base de datos de la Fundación Índice de Enfermería. Contiene información acerca de la producción científica de la enfermería española e iberoamericana.
- CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature). Es el recurso más exhaustivo para enfermería; incluye tanto revistas en inglés como en otros idiomas (entre ellos el español).
- IME (Índice Médico Español): Es una base de datos de ciencias de la salud de ámbito español elaborada por el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC).
- Cochrane Library: Es una iniciativa científica internacional que proporciona información sobre revisiones sistemáticas completas y otros documentos. Consta de varias bases de datos.

Fueron consultados, sin límite de fecha, estudios descriptivos, ensayos clínicos, estudios de casos/controles, estudios cohorte, revisiones sistemáticas, así como todo aquel documento o guía de práctica profesional relacionada con esta materia.

Con respecto a los resultados de la búsqueda, debemos señalar que se localizaron 710 resúmenes de artículos. De estos se excluyeron 256 por no estar disponible en idioma español o inglés o ser irrelevante el contenido. Se revisaron los textos completos del resto de los artículos (454), incrementándose la lista a 482 tras analizar las referencias bibliográficas de los ya encontrados. Del total de documentos localizados, 251 se consideraron relevantes para este trabajo.

Definición de restricción física

Con el fin de abordar adecuadamente el estudio y la estrategia de búsqueda hubo que establecer en primer lugar qué se entendería en este trabajo por restricción física. Para ello se escogió una de las definiciones más extendidas en la literatura internacional, establecida por el Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) del Gobierno de EE. UU. Este organismo la definió como “cualquier método manual o dispositivo físico o mecánico, material o equipamiento unido o próximo al cuerpo del residente que la persona no puede retirar fácilmente y que limita su libertad de movimiento o el acceso normal a su cuerpo”³⁵. Esta definición ha sido también usada en nuestro país en estudios previos sobre este procedimiento⁵¹.

Los dispositivos que encajan con esta definición y que con más frecuencia se mencionan en la literatura científica serían: los chalecos de sujeción de tronco, los cinturones abdominales, las muñequeras y tobilleras, las sillas con bandejas acopladas, las manoplas, las sábanas inmovilizadoras homologadas y las barras laterales protectoras cuando su intención sea evitar que una persona salga de la cama.

4.5 Consideraciones éticas

La participación en este estudio por parte de los profesionales fue voluntaria y la recogida de datos anónima. Asimismo, en la carta de invitación a participar se garantizó que no se relacionarían las respuestas con las organizaciones sanitarias colaboradoras.

Aun así, se solicitó la aprobación del estudio al Comité de Bioética de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, de quien se recibió la siguiente respuesta: “La ausencia de toda muestra biológica de origen humano o animal en los análisis y metodología a aplicar, durante el desarrollo del proyecto, no hacen necesaria su consideración en términos bioéticos ni su evaluación por este comité”.

RESULTADOS

5.1 Centros participantes y características de los profesionales

La encuesta fue enviada a un total de 688 profesionales, 124 diplomados en enfermería y 564 auxiliares de enfermería, de los distintos centros colaboradores. Contestaron a los cuestionarios 410 trabajadores, siendo la tasa de respuesta de un 60%. En el caso de las enfermeras fue del 79,8% y en el de las auxiliares del 53,3%. Fueron desechados 32 por no cumplir los criterios de inclusión o no tener cumplimentado parte del cuestionario, por lo que, finalmente, resultaron 378 participantes, 94 enfermeras y 284 auxiliares (tabla 3).

Las características demográficas de la población, su nivel de formación, así como las respuestas recabadas sobre su experiencia en el uso de restricciones físicas, se describen en la tabla 4.

Tal como figura en dicha tabla el 85,6% del total eran mujeres (n=322) y el 14,4% varones (n=56). En el caso de las auxiliares el porcentaje de mujeres fue del 87,9% (n=248), y en el de las enfermeras, del 79,3% (n=74). La media de edad del total era de 40,9 años (39,9-42). En las auxiliares la edad media fue de 37,9 años (35,8-40) y en las enfermeras, de 41,9 años (40,7-43,7). Los profesionales llevaban trabajando en la profesión una media de 14 años (13,04-14,90); las auxiliares presentaban una experiencia de 14,34 años (13,30-15,38) frente a los 12,76 años (10,69-14,82) de las enfermeras.

El tiempo trabajado específicamente en el cuidado de personas mayores era de 12,36 años (11,51-13,20). En el caso de las enfermeras el valor fue considerablemente menor, obteniendo una media de 9,52 años (8,18-10,86) frente a los 13,26 años (12,24-14,27) de las auxiliares de enfermería.

Con relación al nivel de formación académica la totalidad de las enfermeras disponía, como es obvio, de titulación universitaria. En el caso de las auxiliares la mayor parte (58,7%) tenía título de formación profesional de primer grado, seguida de un 34% que poseía título de bachillerato o de formación profesional de segundo grado.

Tabla 3. Centros participantes y cuestionarios recibidos de las enfermeras y auxiliares de enfermería

Centro	Plantilla	Cuestionarios recibidos
Hospital de la Santísima Trinidad. La Orotava. Tenerife. Nº camas: 99	Enfermeras: 8 Auxiliares: 37	Enfermeras: 7 Auxiliares: 19 Total: 26 (57,7%)
Hospital Febles Campos. Santa Cruz de Tenerife. Tenerife. Nº camas: 267	Enfermeras: 32 Auxiliares: 190	Enfermeras: 31 Auxiliares: 51 Total: 82 (36,9%)
Residencia de Ofra. Santa Cruz de Tenerife. Tenerife. Nº camas: 172	Enfermeras: 7 Auxiliares: 20	Enfermeras: 3 Auxiliares: 14 Total: 17 (62,9%)
Hospital Nuestra Señora de los Dolores. La Laguna. Tenerife. Nº camas: 99	Enfermeras: 11 Auxiliares: 39	Enfermeras: 10 Auxiliares: 32 Total: 42 (84%)
Centro Sociosanitario El Sabinal. Las Palmas de GC. Gran Canaria. Nº camas: 190	Enfermeras: 27 Auxiliares: 118	Enfermeras: 24 Auxiliares: 74 Total: 98 (67,5%)
Residencia de Pensionistas. Santa Cruz de La Palma. La Palma. Nº camas: 200	Enfermeras: 9 Auxiliares: 22	Enfermeras: 3 Auxiliares: 18 Total: 21 (67,7%)
Hospital Ntra. Sra. de los Dolores. Santa Cruz de La Palma. La Palma. Nº camas: 144	Enfermeras: 10 Auxiliares: 64	Enfermeras: 7 Auxiliares: 45 Total: 52 (70,2%)
Hospital Insular de Lanzarote. Arrecife. Lanzarote. Nº camas: 133	Enfermeras: 20 Auxiliares: 74	Enfermeras: 14 Auxiliares: 48 Total: 62 (65,9%)

Por lo que respecta a la formación sobre uso de restricciones, esta era muy limitada (tabla 5). Un 63% del total apenas había participado en actividades de formación, frente a un 17,5% que refería haber recibido entre 5 y 10 horas de formación y un 19,5% que habría recibido más de 10 horas.

Con relación a las diferencias de formación entre colectivos un 31,8% de las enfermeras manifestó haber recibido más de 5 horas (5-10 horas un 20,9% y más de 10 horas un 10,9%), frente a un 38,5% de las auxiliares que habría recibido más de 5 horas (un 16,7% entre 5-10 horas y un 21,8% más de 10 horas).

Similares resultados se obtuvieron cuando se indagó sobre el número de artículos u otro tipo de documentos que, relacionados con la restricción física en personas mayores, hubiese consultado el personal. En este caso solo un 24,3% del total habría leído más de tres documentos al respecto, frente a un 37,6% que habría leído uno o dos y el 38,1%, que no recordaba.

Tabla 4. Características sociodemográficas y experiencia laboral de las enfermeras, auxiliares de enfermería y del total de participantes

	Total (n=378)	Enfermeras (n=94)	Auxiliares (n=284)	P
Edad (años)	40,9 (39,9-42)	41,9 (40,7-43,7)	37,9 (35,8-40)	p<0,01 (^a)
Sexo				
Mujer	322 (85,6%)	74 (79,3%)	248 (87,9%)	p<0,05 (^b)
Varón	56 (14,4%)	20 (20,7%)	36 (12,1%)	
Nivel educativo				
Graduado escolar	10 (2,6%)		10 (3,6%)	-----
FP primer grado	167 (44,2%)		167 (58,7%)	
FP segundo grado/ bachillerato	97 (25,7%)		97 (34%)	
Título universitario	104 (27,5%)	94 (100%)	10 (3,7%)	
Tiempo trabajado con personas mayores (años)	12,36 (11,51-13,20)	9,52 (8,18-10,86)	13,26 (12,24-14,27)	p<0,01 (^a)
Tiempo de ejercicio profesional (años)	13,97 (13,04-14,90)	12,76 (10,69-14,82)	14,34 (13,30-15,38)	p=0,28

(^a) Prueba de la *t* de Student. (^b) Prueba de la ji-cuadrado.

Por lo que respecta a las diferencias entre colectivos, un 27,5% de las enfermeras afirmó haber leído más de tres documentos que tratasen el tema de la restricción (entre tres y cinco documentos un 13,2%, y más de cinco un 14,3%), frente a un 22,8% de las auxiliares, que habría leído más de tres documentos (un 9,4% entre tres y cinco, y un 13,4% más de cinco).

Con relación a la formación relacionada con la restricción física un 69,8% del total creía que no era buena. Existe diferencia significativa entre los colectivos, habiendo asegurado una amplia mayoría de las enfermeras, un 80,2%, que su formación no era buena, frente a un 65,4% de las auxiliares que opinaba lo mismo (p<0,01). La mayor parte del total de profesionales (95,9%) consideró 'muy o bastante importante' la formación relacionada con el uso de restricciones físicas.

Tabla 5. Resultados relacionados con la formación sobre restricciones físicas de las enfermeras, auxiliares de enfermería y del total de profesionales (%)

Ítem	Opciones	Total (%) n=378	Enfermeras (%) n=94	Auxiliares (%) n=284	p
¿Ha recibido formación específica sobre la restricción física en personas mayores?	Más de 3 cursos, o más de 10 horas de formación	19,5	10,9	21,8	p=0,16 (^a)
	1 o 2 cursos, o entre 5 y 10 horas	17,5	20,9	16,7	
	Alguna charla ocasional	50,2	55,6	48,5	
	No recuerdo en este momento	12,8	12,6	13,0	
¿Ha leído artículos o documentos específicos sobre la restricción física en personas mayores?	Más de 5	13,8	14,3	13,4	p=0,17 (^a)
	Entre 3 y 5	10,5	13,2	09,4	
	1 o 2	37,6	41,8	36,9	
	No recuerdo en este momento	38,1	30,7	40,3	
¿Cree que es suficiente la formación que posee sobre el uso de dispositivos de restricción física?	Sí	30,2	19,8	34,6	p<0,01 (^b)
	No	69,8	80,2	65,4	
¿Cree que es importante la formación relacionada con los dispositivos de restricción física?	Mucho	60,0	68,1	57,5	p=0,08 (^a)
	Bastante	35,9	30,8	37,5	
	Algo	03,1	01,1	03,7	
	Muy poco o nada	01,0	00,0	01,3	

(^a) Prueba de Kruskal-Wallis. (^b) Prueba de la ji-cuadrado.

5.2 Resultados de los cuestionarios sobre actitudes, conocimientos, práctica profesional y percepción

En la tabla 6 se resumen los valores de los cuestionarios de actitudes, conocimientos, práctica y percepción (PRUQ) por grupos profesionales y del total de la población, pudiendo observarse que todos los contrastes que figuran en la última columna son significativos; lo que refuerza la idea de que se trata de dos colectivos diferenciados.

Tabla 6. Resultados de los cuestionarios de actitudes, conocimientos, práctica profesional y PRUQ de las enfermeras, auxiliares de enfermería y del total de profesionales

	Total (N=378)	Enfermeras (N=94)	Auxiliares (N=284)	P
Actitud hacia el uso de restricciones físicas (1-5)	2,85* (2,44-3,15)	2,60 (2,17-2,90)	2,95 (2,56-3,20)	p<0,01 (a)
Práctica profesional relacionada con las restricciones físicas (1-3)	1,94* (1,78-2,07)	2,06 (1,89-2,17)	1,89 (1,78-2,06)	p<0,01 (a)
Conocimientos sobre restricciones físicas (0-18)	11,91** (11,69-12,13)	12,85 (12,39-13,31)	11,62 (11,37-11,86)	p<0,01 (b)
PRUQ Percepción sobre uso de restricciones físicas (1-5)	3,43* (3,36-3,50)	3,06 (2,92-3,20)	3,55 (3,47-3,63)	p<0,01 (b)

(a) Prueba U de Mann-Whitney. (b) Prueba de la t de Student.

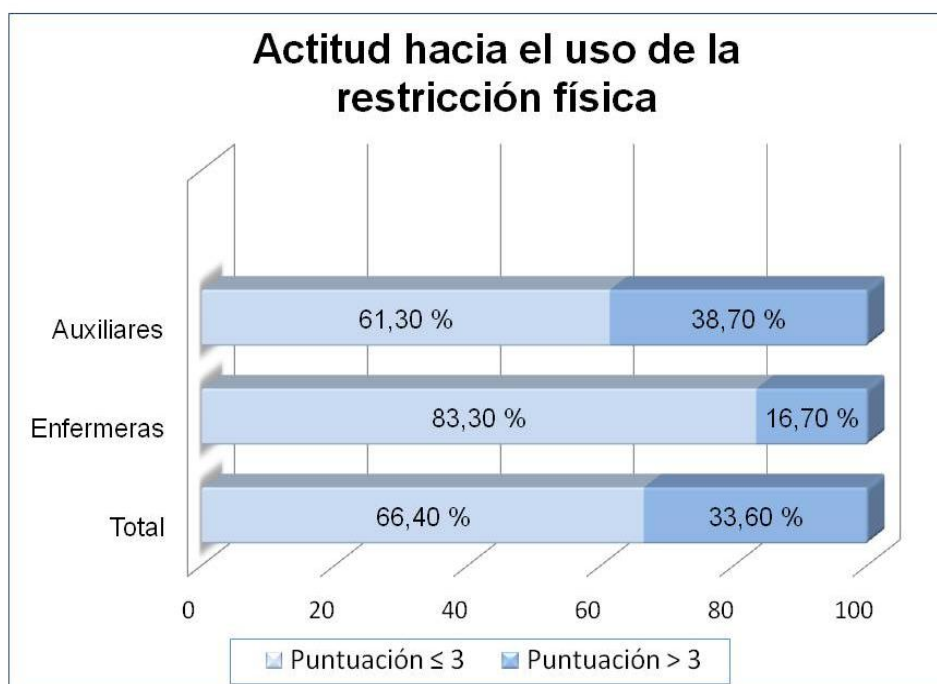
* Mediana y cuartiles. ** Media e IC 95%.

5.2.1 Cuestionario de actitudes

La puntuación del total de profesionales con respecto al cuestionario que medía la actitud fue de 2,85 (rango: 2,44-3,15). Los valores bajos indicarían una actitud más bien en contra de la restricción y los altos reflejarían actitudes a favor de la misma.

Con relación a las enfermeras la puntuación fue de 2,60 (2,17-2,90). En el caso de las auxiliares, de 2,95 (2,56-3,20). Existe diferencia estadísticamente significativa (p<0,01) apreciándose que las auxiliares mostraban una actitud más favorable hacia el uso de la restricción (tabla 6). Asimismo, en la figura 1 puede comprobarse cómo el porcentaje de auxiliares que presentaba valores superiores al punto de corte (fijado en 3) era de un 38,7%, frente al 16,7% de las enfermeras que obtenían esas cifras.

Figura 1. Resultados sobre actitudes de las enfermeras, auxiliares y del total de profesionales (valores superiores e inferiores al punto de corte)



En la tabla 7 se recogen los porcentajes obtenidos por el total de profesionales en los ítems más representativos del cuestionario de actitudes, mientras que las tablas 8 y 9 reflejan la postura de enfermeras y auxiliares.

Con relación a estos resultados debemos señalar que buena parte de los profesionales consideraba necesario aplicar procedimientos de restricción para evitar caídas. Así, tal como indica el ítem nº 11, un 73,8% del total no estaría de acuerdo con no colocar un dispositivo si existiese un riesgo de caída; postura que mantenían tanto las enfermeras (69,3%) como las auxiliares de enfermería (75,2%). Esta respuesta contradice, en cierto modo, la dada al ítem nº 2 donde solo un 14,3% de las enfermeras afirmaba estar muy o bastante de acuerdo con la aplicación de restricciones a un paciente para prevenir caídas, si bien un 36% de las auxiliares apoyaba dicha afirmación.

Debe mencionarse también que en el caso de los pacientes que sufren demencia las respuestas mostraban nuevamente una actitud favorable al uso de estos procedimientos. Así, según indica el ítem nº 7, un 61,8% del total estaría muy o bastante de acuerdo con aplicar una restricción a estos usuarios cuando se agitasen y existiese el riesgo de que se cayesen; en el caso de las enfermeras la respuesta era ligeramente menos favorable, un 52,8%, que la de las auxiliares (el 64,6% era partidario de su aplicación en estos casos). Con respecto al uso de barras laterales, tal como indica el ítem nº 5, un 43,8% del total de profesionales estaba muy o bastante de acuerdo con que esta era la única manera de proteger a un paciente de una posible caída de la cama.

Dicha medida fue más apoyada por el colectivo de auxiliares, un 48,3%, que por el de enfermeras, que lo hacía solo en un 28,9%.

Por el contrario, buena parte de los profesionales estaba muy o bastante en desacuerdo en considerar la restricción como un buen método para tratar los pacientes que chillasen y gritasen (77,4%); en esta hipotética situación las enfermeras eran en su mayoría menos favorables a su aplicación (87,9%) que las auxiliares (74,2%).

Interesan también las respuestas relacionadas con lo que sentían los profesionales a la hora de tener que aplicar sujeciones a un paciente. El ítem nº 13 refleja que una parte importante del total, un 40,7%, se sentía mal cuando debía utilizar este procedimiento. Porcentajes similares presentaban las enfermeras (43,3%) y las auxiliares (39,9%). Por otro lado, el ítem nº 9 muestra que un 32,5% del total se sentía más tranquilo cuando se empleaban restricciones físicas, porcentaje prácticamente idéntico al mostrado por auxiliares y enfermeras.

Por último destaca que, como señala el ítem nº 12, el 37,3% del total de profesionales estaba muy o bastante de acuerdo con el hecho de que cuando fuesen mayores les colocasen una restricción física si estuviesen nerviosos. En este caso, las enfermeras se mostraban menos partidarias (23,3%) que las auxiliares (41,7%), lo que de nuevo muestra que este último colectivo presentaría una actitud ligeramente más positiva ante la restricción.

Tabla 7. Resultados del cuestionario de actitudes del total de profesionales (%)

Total (n=378)	Muy o bastante de acuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	Muy o bastante en desacuerdo
1. En ocasiones, cuando un paciente deambula erráticamente hay que colocarlo en una silla con un cinturón de sujeción para protegerlo de una caída.	35,3%	26,2%	38,5%
2. Un paciente con problemas para caminar debería ser sometido a restricción para prevenir caídas.	30,9%	31,3%	37,8%
3. A un paciente que se ha caído una vez, no se le debería dejar sin restricciones si está solo.	39,9%	22,5%	37,6%
4. La restricción física en sillas y el aislamiento son buenos métodos para tratar a los pacientes inquietos que chillan y gritan.	06,2%	16,4%	77,4%
5. La única manera de proteger a los pacientes de una caída de la cama es utilizando barandillas.	43,8%	19,7%	36,5%
6. A un paciente agresivo se le deberían sujetar las manos.	30,2%	31,0%	38,8%
7. Los pacientes con demencia que se agitan deben estar sometidos a restricción si son propensos a caerse.	61,8%	19,5%	18,7%
8. La restricción no afecta negativamente a los pacientes con demencia.	27,8%	28,8%	43,4%
9. Todo el mundo se siente más tranquilo cuando se aplican restricciones a los pacientes.	32,5%	33,4%	34,1%
10. Un paciente que muestra signos de rechazar el que le coloquen en una geri-silla (silla que lleva una bandeja acoplada delante) no debe ser sometido a esta.	31,0%	46,8%	22,2%
11. Creo que es mejor no colocarle una restricción a un paciente, incluso aunque haya riesgo de caída.	07,7%	18,5%	73,8%
12. Cuando sea mayor, no me importará que los profesionales me coloquen una restricción si estoy nervioso.	37,3%	31,2%	31,5%
13. Me siento mal cuando tengo que aplicar restricciones a un paciente.	40,7%	27,1%	32,2%

Tabla 8. Resultados del cuestionario de actitudes de las enfermeras

Enfermeras (n=94)	Muy o bastante de acuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	Muy o bastante en desacuerdo
1. En ocasiones, cuando un paciente deambula erráticamente hay que colocarlo en una silla con un cinturón de sujeción para protegerlo de una caída.	24,1%	23,2%	52,7%
2. Un paciente con problemas para caminar debería ser sometido a restricción para prevenir caídas.	14,3%	29,6%	56,1%
3. A un paciente que se ha caído una vez, no se le debería dejar sin restricciones si está solo.	29,7%	13,1%	57,2%
4. La restricción física en sillas y el aislamiento son buenos métodos para tratar a los pacientes inquietos que chillan y gritan.	02,2%	9,9%	87,9%
5. La única manera de proteger a los pacientes de una caída de la cama es utilizando barandillas.	28,9%	22,2%	48,9%
6. A un paciente agresivo se le deberían sujetar las manos.	15,6%	33,3%	51,1%
7. Los pacientes con demencia que se agitan deben estar sometidos a restricción si son propensos a caerse.	52,8%	19,7%	27,5%
8. La restricción no afecta negativamente a los pacientes con demencia.	12,1%	24,2%	63,7%
9. Todo el mundo se siente más tranquilo cuando se aplican restricciones a los pacientes.	34,1%	31,8%	34,1%
10. Un paciente que muestra signos de rechazar el que le coloquen en una geri-silla (silla que lleva una bandeja acoplada delante) no debe ser sometido a esta.	42,3%	41,1%	16,6%
11. Creo que es mejor no colocarle una restricción a un paciente, incluso aunque haya riesgo de caída.	14,2%	16,5%	69,3%
12. Cuando sea mayor, no me importará que los profesionales me coloquen una restricción si estoy nervioso.	23,3%	34,5%	42,2%
13. Me siento mal cuando tengo que aplicar restricciones a un paciente.	43,3%	25,6%	31,1%

Tabla 9. Resultados del cuestionario de actitudes de las auxiliares de enfermería

Auxiliares (n=284)	Muy o bastante de acuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	Muy o bastante en desacuerdo
1. En ocasiones, cuando un paciente deambula erráticamente hay que colocarlo en una silla con un cinturón de sujeción para protegerlo de una caída.	39,1%	26,8%	34,1%
2. Un paciente con problemas para caminar debería ser sometido a restricción para prevenir caídas.	36,0%	31,7%	32,3%
3. A un paciente que se ha caído una vez, no se le debería dejar sin restricciones si está solo.	43,0%	25,3%	31,7%
4. La restricción física en sillas y el aislamiento son buenos métodos para tratar a los pacientes inquietos que chillan y gritan.	07,3%	18,5%	74,2%
5. La única manera de proteger a los pacientes de una caída de la cama es utilizando barandillas.	48,3%	19,1%	32,6%
6. A un paciente agresivo se le deberían sujetar las manos.	34,7%	30,3%	35,0%
7. Los pacientes con demencia que se agitan deben estar sometidos a restricción si son propensos a caerse.	64,6%	19,4%	16,0%
8. La restricción no afecta negativamente a los pacientes con demencia.	32,6%	30,1%	37,3%
9. Todo el mundo se siente más tranquilo cuando se aplican restricciones a los pacientes.	32,0%	34,0%	34,0%
10. Un paciente que muestra signos de rechazar el que le coloquen en una aeri-silla (silla que lleva una bandeja acoplada delante) no debe ser sometido a esta.	27,6%	48,5%	23,9%
11. Creo que es mejor no colocarle una restricción a un paciente, incluso aunque haya riesgo de caída.	05,7%	19,1%	75,2%
12. Cuando sea mayor, no me importará que los profesionales me coloquen una restricción si estoy nervioso.	41,7%	30,2%	28,1%
13. Me siento mal cuando tengo que aplicar restricciones a un paciente.	39,9%	27,5%	32,6%

5.2.2 Cuestionario de conocimientos

La puntuación global del cuestionario que medía conocimientos fue de 11,91 (11,69-12,13). El rango de puntuaciones variaba entre 0 y 18, constituyendo este último valor el mayor nivel de conocimientos.

Con respecto a las auxiliares la puntuación fue de 11,62 (11,37-11,86); en el caso de las enfermeras fue de 12,85 (12,39-13,31); nuevamente puede comprobarse que hay una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,01$) entre ambos colectivos, presentando las enfermeras un mejor nivel de conocimientos que las auxiliares. En las tablas 10, 11 y 12 pueden observarse dichos valores.

Con relación a estos resultados señalamos que parte de los profesionales mostraba una cierta desinformación en alguno de los aspectos abordados por el cuestionario. Así, con relación al ítem nº 1, solo un 55,4% del total consideró falsa la afirmación de que la restricción debía ser utilizada cuando no se pudiese vigilar de cerca al paciente. El porcentaje de enfermeras que dieron la respuesta correcta (60,4%) fue ligeramente superior al de las auxiliares (53,9%). Otra respuesta reveladora es la contenida en el ítem nº 6, en la cual un 53,7% erró al ignorar que las sábanas no pueden ser utilizadas como forma de restricción. En este caso, un 47,3 % de las enfermeras desconocía ese hecho frente a un 55,7% de las auxiliares.

También destacamos que solo un 31,8% del total conocía que existen buenas alternativas al uso de restricciones físicas, cuestión planteada en el ítem nº 8. En esta ocasión un 46,1% de las enfermeras respondieron adecuadamente, frente a un 27,5% del personal auxiliar. Asimismo, debe subrayarse la respuesta dada al ítem nº 9 en la cual solo el 30,6% de los profesionales parecía conocer que la restricción física podría causar la muerte de pacientes. Nuevamente un mayor porcentaje de enfermeras, 42,4%, contestó adecuadamente, frente a un 27% del personal auxiliar.

Otras preguntas del cuestionario reflejaron un mejor nivel de conocimientos. Con respecto a la necesidad de una orden médica la mayoría del personal (96,9%) afirmó que esta era precisa para poder aplicar una restricción (ítem nº 3). También contestó de forma correcta un 94,6% de los profesionales al señalar que es necesario registrar en cada turno de trabajo las novedades relacionadas con los pacientes sometidos a restricción física (ítem nº 7). De la misma forma un 83,8% del total relacionó correctamente el uso de restricciones con las lesiones cutáneas o con el aumento de la agitación de los pacientes (ítem nº 5); en esta ocasión la práctica mayoría de las enfermeras (98,9%) respondió de forma adecuada, frente a un 79,3% del colectivo de auxiliares.

Tabla 10. Resultados del cuestionario de conocimientos del total de profesionales

Total (n=378)	Verdadero	Falso	No lo sé
1. Las restricciones deberían ser utilizadas cuando no se pueda vigilar muy de cerca al paciente.	37,6%	55,4% (*)	07,0%
2. Los pacientes tienen derecho a negarse a que se les aplique una restricción.	56,2% (*)	19,0%	24,8%
3. Una restricción física requiere una orden médica.	96,9% (*)	00,8%	02,3%
4. La confusión o la desorientación es la principal razón para usar una restricción.	25,0%	66,5% (*)	08,5%
5. Cuando un paciente se encuentra bajo restricción, pueden producirse lesiones cutáneas o puede aumentar su agitación.	83,8% (*)	10,8%	05,4%
6. Puede ser necesario en ocasiones usar restricciones mediante sábanas.	41,4%	46,3% (*)	12,3%
7. En cada turno de trabajo deberán registrarse las novedades relacionadas con los pacientes sometidos a restricción.	94,6% (*)	01,8%	03,6%
8. No existen buenas alternativas a las restricciones.	30,0%	31,8% (*)	38,2%
9. Se ha relacionado la muerte de pacientes con el uso de dispositivos de restricción.	30,6% (*)	29,6%	39,8%

(*) Respuesta correcta.

Tabla 11. Resultados del cuestionario de conocimientos de las enfermeras

Enfermeras (n=94)	Verdadero	Falso	No lo sé
1. Las restricciones deberían ser utilizadas cuando no se pueda vigilar muy de cerca al paciente.	35,2%	60,4% (*)	04,4%
2. Los pacientes tienen derecho a negarse a que se les aplique una restricción.	62,6% (*)	15,4%	22,0%
3. Una restricción física requiere una orden médica.	95,6% (*)	01,1%	03,3%
4. La confusión o la desorientación es la principal razón para usar una restricción.	26,7%	70,0% (*)	03,3%
5. Cuando un paciente se encuentra bajo restricción, pueden producirse lesiones cutáneas o puede aumentar su agitación.	98,9% (*)	01,1%	00,0%
6. Puede ser necesario en ocasiones usar restricciones mediante sábanas.	35,2%	52,7% (*)	12,1%
7. En cada turno de trabajo deberán registrarse las novedades relacionadas con los pacientes sometidos a restricción.	100% (*)	00,0%	00,0%
8. No existen buenas alternativas a las restricciones.	28,6%	46,1% (*)	25,3%
9. Se ha relacionado la muerte de pacientes con el uso de dispositivos de restricción.	42,4% (*)	14,1%	43,5%

(*) Respuesta correcta.

Tabla 12. Resultados del cuestionario de conocimientos de las auxiliares de enfermería

Auxiliares (n=284)	Verdadero	Falso	No lo sé
1. Las restricciones deberían ser utilizadas cuando no se pueda vigilar muy de cerca al paciente.	38,4%	53,9% (*)	07,7%
2. Los pacientes tienen derecho a negarse a que se les aplique una restricción.	54,2% (*)	20,1%	25,7%
3. Una restricción física requiere una orden médica.	97,3% (*)	00,7%	02,0%
4. La confusión o la desorientación es la principal razón para usar una restricción.	24,5%	65,4% (*)	10,1%
5. Cuando un paciente se encuentra bajo restricción, pueden producirse lesiones cutáneas o puede aumentar su agitación.	79,3% (*)	13,7%	07,0%
6. Puede ser necesario en ocasiones usar restricciones mediante sábanas.	43,3%	44,3% (*)	12,4%
7. En cada turno de trabajo deberán registrarse las novedades relacionadas con los pacientes sometidos a restricción.	93,0% (*)	02,3%	04,7%
8. No existen buenas alternativas a las restricciones.	30,4%	27,5% (*)	42,1%
9. Se ha relacionado la muerte de pacientes con el uso de dispositivos de restricción.	27,0% (*)	34,3%	38,7%

(*) Respuesta correcta.

5.2.3 Cuestionario sobre práctica profesional

La puntuación total del cuestionario que medía la práctica profesional fue de 1,94 (rango: 1,78-2,07). Los valores más próximos a 3 reflejarían la práctica más adecuada y los próximos a 1 la menos adecuada.

Con relación a las enfermeras esta fue de 2,06 (1,89-2,17), y la de las auxiliares de 1,89 (1,78-2,06). Al igual que en conocimientos y actitudes, existía diferencia significativa en la práctica de ambos colectivos ($p < 0,01$), siendo más adecuada la de las enfermeras que la de las auxiliares. En las tablas 13, 14 y 15 se presentan los ítems más representativos.

A la vista de estos resultados, y tal como puede verse en el ítem nº 1, se confirmaría la inclinación del personal a utilizar restricciones físicas solo cuando se dispusiese de una orden médica, respondiendo de esa manera el 79,9% del total de profesionales. El personal auxiliar parecería estar más de acuerdo con esta forma de proceder (84,4%) que las enfermeras (65,2%).

Con relación a la frecuencia con la que el personal informaba a los familiares, y tal como recoge el ítem nº 2, un 82,7% de las enfermeras afirmó que siempre comunicaba a los mismos por qué se habría sometido al paciente a una restricción; por el contrario, solo el 24,3% de los auxiliares comentaba dicha cuestión con las familias. En esa línea, un 66,3% de las enfermeras informaba al paciente del motivo por el que se le había aplicado ese procedimiento, mientras que esa misma postura la tenía un 50,7% de las auxiliares (ítem nº 3).

Con respecto al ítem nº 5, que relaciona el uso de restricciones con la ratio de personal, un 39,2% de las enfermeras manifestaba que se utilizaban más las restricciones cuando estaban escasos de personal que cuando tenían la plantilla completa; mientras que solo un 29,1% de las auxiliares mantenía esa aseveración.

Por otro lado, tal como muestra el ítem nº 7, solo un 46,7% de las enfermeras registraba de forma constante en la historia del paciente los datos relacionados con el uso de dispositivos de restricción. Un porcentaje similar evaluaba siempre el efecto que estos tenían cuando se aplicaban en los pacientes.

Tabla 13. Resultados del cuestionario sobre práctica profesional del total de la población

Total (n=378)	Nunca	Algunas veces	Siempre
1. Cuando coloco una restricción a un paciente, tomo esta decisión solo si dispongo de una orden médica.	07,1%	13,0%	79,9%
2. Informo/comento a los familiares por qué se ha sometido al paciente a restricción.	30,5%	31,6%	37,9%
3. Explico al paciente por qué se le aplica la restricción.	07,4%	38,3%	54,3%
4. Informo al paciente de cuándo le será retirada la restricción.	25,8%	41,8%	32,4%
5. Cuando estamos escasos de personal se utilizan más las restricciones que cuando tenemos la plantilla completa.	68,5%	23,1%	08,4%
6. Informo/comento con la familia cuándo le será retirada la restricción al paciente.	63,7%	22,5%	13,8%

Tabla 14. Resultados del cuestionario sobre práctica profesional de las enfermeras

Enfermeras (n=94)	Nunca	Algunas veces	Siempre
1. Cuando coloco una restricción a un paciente, tomo esta decisión solo si dispongo de una orden médica.	01,1%	33,7%	65,2%
2. Informo a los familiares por qué se ha sometido al paciente a restricción.	04,3%	13,0%	82,7%
3. Explico al paciente por qué se le aplica la restricción.	01,1%	32,6%	66,3%
4. Informo al paciente de cuándo le será retirada la restricción.	05,4%	45,1%	49,5%
5. Cuando estamos escasos de personal se utilizan más las restricciones que cuando tenemos la plantilla completa.	60,8%	35,9%	03,3%
6. Valoro de forma frecuente si la restricción física debe ser retirada.	03,3%	42,4%	54,3%
7. 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.	07,6%	45,7%	46,7%
8. Con frecuencia evalúo y registro el efecto de la restricción física cuando se aplica a un paciente.	14,2%	39,1%	46,7%
9. Informo a la familia de cuándo le será retirada la restricción al paciente.	19,8%	40,7%	39,5%

Tabla 15. Resultados del cuestionario sobre práctica profesional de las auxiliares de enfermería

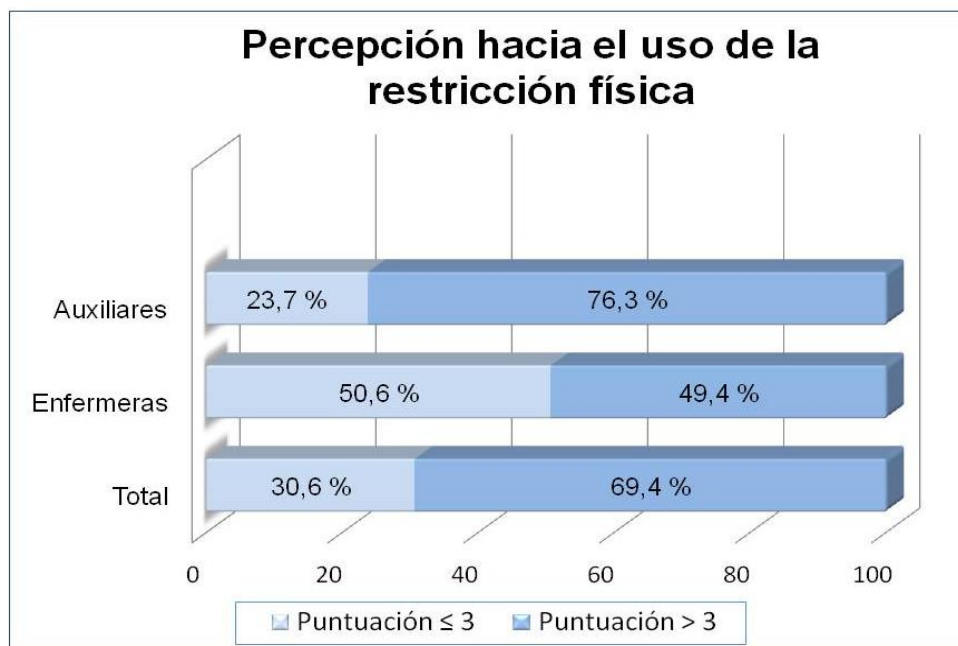
Auxiliares (n=284)	Nunca	Algunas veces	Siempre
1. Cuando coloco una restricción a un paciente, tomo esta decisión solo si dispongo de una orden médica.	09,0%	06,6%	84,4%
2. Comento a los familiares por qué se ha sometido al paciente a restricción.	38,5%	37,2%	24,3%
3. Explico al paciente por qué se le aplica la restricción.	09,3%	40,0%	50,7%
4. Informo al paciente de cuándo le será retirada la restricción.	31,9%	40,9%	27,2%
5. Cuando estamos escasos de personal se utilizan más las restricciones que cuando tenemos la plantilla completa.	70,9%	19,1%	10,0%
6. Comento de forma frecuente con la enfermera si una restricción física podría ser retirada.	12,3%	49,8%	37,9%
7. Cuando se colocan restricciones físicas, trato de informarme de cuáles son los cuidados de enfermería que van a ser necesarios.	05,7%	31,6%	62,7%
8. Comento con la familia cuándo le será retirada la restricción al paciente.	77,0%	17,0%	06,0%

5.2.4 Cuestionario de percepción

La puntuación del total de profesionales con respecto al cuestionario de percepción (PRUQ), que medía la importancia que le daba el personal al uso de medidas de restricción en un determinado contexto, fue de 3,43 (3,36-3,50). Las puntuaciones más altas indicarían que la situación descrita sería considerada una importante justificación para el uso de restricciones físicas.

Con relación a las enfermeras esta fue de 3,06 (2,92-3,20) y con respecto a las auxiliares, de 3,55 (3,47-3,63). Existe diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,01$) apreciándose que las auxiliares consideraban más importante el uso de la restricción en muchas de las situaciones mencionadas (tabla 6). Asimismo en la figura 2 puede comprobarse cómo el porcentaje de auxiliares que presentó valores superiores al punto de corte, fijado en 3, fue de un 76,3%, frente a un 49,4% de las enfermeras que obtuvo esas cifras.

Figura 2. Resultados del cuestionario PRUQ de las enfermeras, auxiliares y del total de profesionales (valores superiores e inferiores a 3)



Por lo que respecta a los resultados se confirmaría nuevamente el valor que le da el personal al uso de las restricciones para tratar de evitar determinados percances. Así, tal como figura en el ítem nº 2 de la tabla 16, el 80,3% del total creyó que estos dispositivos serían ‘muy o bastante importantes’ para proteger a los ancianos de una caída desde una silla. En el caso de las auxiliares, un 82,3% valoró ‘muy o bastante importante’ su uso, frente a un 73,7% de enfermeras, que opinó de la misma forma (tablas 17 y 18). Similares resultados se obtuvieron en el ítem nº 1, donde el 78,6% del total juzgó que las medidas de restricción serían ‘muy o bastante importantes’ para evitar las caídas de las camas, presentando los dos colectivos una ligera diferencia.

Con relación a los problemas debidos a la manipulación de los dispositivos sanitarios por parte del paciente los valores fueron también elevados. Tal como figura en el ítem nº 10, el 84,9% del total consideró que las restricciones físicas serían ‘muy o bastante importantes’ para evitar que un anciano se arrancase un catéter venoso (tabla 16). En este caso nuevamente el personal auxiliar le otorgó más valor, un 89,7%, que las enfermeras, ya que menos del 70% apoyó esa afirmación. Como puede verse en las tablas 16, 17 y 18, similares resultados presentan los ítems 8 y 9, que indagan sobre la importancia que le daría el personal al uso de medidas de sujeción para evitar manipulaciones de sondas vesicales o de alimentación por parte de los pacientes.

Por otro lado, tal y como reflejan los ítems 4 y 13, solo un tercio de los profesionales consideró ‘muy o bastante importante’ el uso de restricciones para controlar a pacientes hiperactivos o prevenir la deambulación errática. Nuevamente en esta ocasión las enfermeras las creyeron menos necesarias

que el personal auxiliar. Similares resultados presenta el ítem 14, que aborda el uso de estos procedimientos para proporcionar seguridad a los pacientes confusos. En este caso el porcentaje de enfermeras que los consideraba 'muy o bastante importantes', el 35,5%, fue también ligeramente inferior al del personal auxiliar, un 43%.

5.3 Otros resultados relacionados con el uso de restricciones físicas

Las tablas 19 y 20 contienen una serie de ítems que inciden en cuestiones generales relacionadas con el uso de restricciones físicas. Con respecto a las mismas destaca que el 99% de los profesionales las había utilizado en algún momento; y más concretamente un 57,4% del total afirmó haberlo hecho 'muchas veces'. En algunos casos el personal no siempre conocía las razones por las que aplicaba la restricción, respondiendo así el 30,2% de las auxiliares; mientras que la proporción de enfermeras que se encontraba en esa situación era mucho menor un 7,6%.

También resulta significativo que una parte del personal usase en algunas ocasiones estos procedimientos por miedo a tener un problema legal si el paciente sufriese algún percance. Esta situación parecía darse en un 57,8% de las enfermeras y en un 77,1% de las auxiliares. Por otro lado solo una parte de los encuestados, el 37,7%, tenía claro que sería necesario solicitar el consentimiento de la familia antes de aplicar una contención.

Por lo que respecta a quién debía tomar la decisión de aplicar una medida de restricción los resultados fueron de igual forma dispares. Así, el personal auxiliar creía que sería el médico en primer lugar (51,2%), seguido del equipo multidisciplinar (28,1%). Por el contrario, las enfermeras juzgaban más relevante la figura del equipo (41,8%), seguida de la del médico (30,8%).

En cuanto a la presencia de protocolos solo un 39,9% de los profesionales afirmó con seguridad que sus centros disponían de los mismos. Llama la atención que parte del personal que reconoció su existencia no lo había leído, un 28,4%. También puede verse en la tabla 20 que, a pesar de disponer de ellos, un 26,1% no siempre lo aplicaba durante su práctica profesional.

Con relación a la idoneidad de los recursos con los que contarían los centros la respuesta fue bastante clara en este sentido, al afirmar tan solo un 16,4% del total que estos serían suficientes para atender a las personas mayores dependientes sin utilizar restricciones físicas. En lo que respecta a valorar este procedimiento como una forma de maltrato, la opinión fue asimismo mayoritaria, ya que un 71,5% del total nunca lo contemplaría como tal. En este caso existía una diferencia en cuanto a la respuesta dada por los auxiliares, donde un 76% no lo consideraría una forma de maltrato, frente al 41,1% de las enfermeras, que creía que sí lo sería en algunos casos.

Tabla 16. Resultados del cuestionario PRUQ del total de profesionales

Total (n=378)	Poco o nada importantes	Con cierta importancia	Muy o bastante importantes
Las restricciones físicas son importantes para			
1. Proteger a un anciano de caerse de la cama.	03,5%	17,9%	78,6%
2. Proteger a un anciano de caerse de la silla.	03,8%	15,9%	80,3%
3. Proteger a un anciano de la deambulaci3n inestable.	12,8%	26,9%	60,3%
4. Prevenir la deambulaci3n errática (vagabundeo) de un anciano.	41,0%	25,6%	33,4%
Las restricciones físicas son importantes para evitar que un anciano			
5. Coja objetos de otras personas.	67,2%	17,2%	15,6%
6. Acceda a sitios o cosas peligrosas.	16,6%	23,6%	59,8%
7. Confuso moleste a otros.	58,2%	25,9%	15,9%
8. Se arranque una sonda vesical.	03,3%	17,4%	79,3%
9. Se arranque la sonda de alimentaci3n.	02,4%	17,9%	79,7%
10. Se arranque un catéter venoso.	02,3%	12,8%	84,9%
11. Manipule una herida.	07,9%	19,9%	72,2%
12. Manipule un apósito o vendaje.	11,0%	31,2%	57,8%
Las restricciones físicas son importantes para			
13. Proporcionar descanso a un anciano hiperactivo.	36,2%	30,2%	33,6%
14. Proporcionar seguridad a pacientes confusos.	25,9%	32,8%	41,3%
15. Sustituir la vigilancia del personal.	71,3%	16,1%	12,6%
16. Proteger al personal o a otros residentes de agresiones físicas.	19,7%	30,3%	50,0%
17. Controlar la agitaci3n.	26,9%	36,2%	36,9%

Tabla 17. Resultados del cuestionario PRUQ de las enfermeras

Enfermeras (n=94)	Poco o nada importantes	Con cierta importancia	Muy o bastante importantes
Las restricciones físicas son importantes para			
1. Proteger a un anciano de caerse de la cama.	07,7%	16,4%	75,9%
2. Proteger a un anciano de caerse de la silla.	05,5%	20,8%	73,7%
3. Proteger a un anciano de la deambulaci3n inestable.	22,2%	22,3%	55,5%
4. Prevenir la deambulaci3n errática (vagabundeo) de un anciano.	59,3%	30,8%	09,9%
Las restricciones físicas son importantes para evitar que un anciano			
5. Coja objetos de otras personas.	85,7%	11,0%	03,3%
6. Acceda a sitios o cosas peligrosas.	29,7%	25,2%	45,1%
7. Confuso moleste a otros.	77,8%	18,9%	03,3%
8. Se arranque una sonda vesical.	04,4%	28,5%	67,1%
9. Se arranque la sonda de alimentaci3n.	05,5%	26,3%	68,2%
10. Se arranque un catéter venoso.	04,4%	26,3%	69,3%
11. Manipule una herida.	15,4%	27,4%	57,2%
12. Manipule un apósito o vendaje.	22,0%	30,7%	47,3%
Las restricciones físicas son importantes para			
13. Proporcionar descanso a un anciano hiperactivo.	56,7%	24,5%	18,8%
14. Proporcionar seguridad a pacientes confusos.	36,7%	27,8%	35,5%
15. Sustituir la vigilancia del personal.	84,6%	09,9%	05,5%
16. Proteger al personal o a otros residentes de agresiones físicas.	25,6%	38,8%	35,6%
17. Controlar la agitaci3n.	35,2%	31,8%	33,0%

Tabla 18. Resultados del cuestionario PRUQ de las auxiliares de enfermería

Auxiliares (n=284)	Poco o nada importantes	Con cierta importancia	Muy o bastante importantes
Las restricciones físicas son importantes para			
1. Proteger a un anciano de caerse de la cama.	02,3%	18,4%	79,3%
2. Proteger a un anciano de caerse de la silla.	03,3%	14,4%	82,3%
3. Proteger a un anciano de la deambulaci3n inestable.	10,0%	28,3%	61,7%
4. Prevenir la deambulaci3n errática (vagabundeo) de un anciano.	35,4%	24,1%	40,5%
Las restricciones físicas son importantes para evitar que un anciano			
5. Coja objetos de otras personas.	61,5%	19,1%	19,4%
6. Acceda a sitios o cosas peligrosas.	12,6%	23,1%	64,3%
7. Confuso moleste a otros.	52,3%	28,0%	19,7%
8. Se arranque una sonda vesical.	03,0%	14,0%	83,0%
9. Se arranque la sonda de alimentaci3n.	01,3%	15,3%	83,4%
10. Se arranque un catéter venoso.	01,7%	08,6%	89,7%
11. Manipule una herida.	05,7%	17,6%	76,7%
12. Manipule un apósito o vendaje.	07,7%	31,3%	61,0%
Las restricciones físicas son importantes para			
13. Proporcionar descanso a un anciano hiperactivo.	30,0%	32,0%	38,0%
14. Proporcionar seguridad a pacientes confusos.	22,7%	34,3%	43,0%
15. Sustituir la vigilancia del personal.	67,2%	18,1%	14,7%
16. Proteger al personal o a otros residentes de agresiones físicas.	18,0%	27,7%	54,3%
17. Controlar la agitaci3n.	24,3%	37,7%	38,0%

Tabla 19. Resultados de otros ítems relacionados con la restricción física por parte de las enfermeras, auxiliares y del total de profesionales

Ítem	Opciones	Total (%) n=378	Enfermeras (%) n=94	Auxiliares (%) n=284	P
A lo largo de su vida profesional, ¿ha aplicado algún dispositivo de restricción física?	Muchas veces	57,4	42,9	61,9	p=0,01
	Algunas veces	35,1	47,3	31,4	
	Muy pocas veces	06,7	09,8	05,7	
	Ninguna vez	00,8	00,0	01,0	
Si la familia del paciente desea que sea sometido a restricción, esto puede hacerse sin una orden médica.	Verdadero	08,2	06,6	08,6	p=0,15
	Falso	75,7	81,3	74,1	
	No lo sé	16,1	12,1	17,3	
Si se va a utilizar una restricción física se debe pedir a un familiar que firme un documento de consentimiento.	Verdadero	37,7	43,5	35,9	p<0,01
	Falso	30,8	39,1	28,2	
	No lo sé	31,5	17,4	35,9	
Conozco las razones por las cuales se aplica la restricción a los pacientes que tengo a mi cargo.	Nunca	03,1	01,1	03,7	p<0,01
	Algunas veces	21,8	06,5	26,5	
	Siempre	75,1	92,4	69,8	
Aplico la restricción física para evitar que el paciente sufra algún percance que me pueda ocasionar un problema legal.	Nunca	27,4	42,2	22,9	p<0,01
	Algunas veces	44,5	37,8	46,5	
	Siempre	28,1	20,0	30,6	
Si yo fuera el paciente, creo que debería tener el derecho de rechazar o resistirme cuando me colocaran restricciones.	Estoy de acuerdo	44,3	48,9	43,0	p=0,03
	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	26,3	24,4	26,8	
	No estoy de acuerdo	29,4	26,7	30,2	

Tabla 20. Resultados de otros ítems relacionados con la restricción física por parte de las enfermeras, auxiliares y del total de profesionales

Ítem	Opciones	Total (%) n=378	Enfermeras (%) n=94	Auxiliares (%) n=284	P
¿Quién considera que debería tomar la decisión de aplicar una medida de restricción física?	Enfermero	07,5	14,2	05,0	p=0,02
	Auxiliar	03,1	00,0	04,0	
	Médico	46,4	30,8	51,2	
	Equipo multidisciplinar	31,3	41,8	28,1	
	Otros	12,7	13,2	11,6	
¿Existe en su centro un protocolo o guía de procedimiento relacionado con el uso de las restricciones físicas?	Sí	39,9	42,9	39,0	p=0,11
	No	20,2	26,4	18,3	
	No lo sé	39,9	30,7	42,7	
Si la respuesta anterior fue afirmativa, ¿lo ha leído?	Sí	71,6	79,5	69,0	p=0,12
	No	28,4	20,5	31,0	
Si la respuesta anterior fue afirmativa, ¿lo aplica en su práctica profesional?	Normalmente sí	73,9	64,5	77,5	p=0,21
	A veces sí, a veces no	23,4	35,5	18,8	
	Normalmente no	02,7	00,0	03,7	
¿Considera la restricción física como una forma de maltrato?	Siempre	00,8	02,2	00,3	p<0,01
	En algunos casos	27,7	41,1	23,7	
	Nunca	71,5	56,7	76,0	
¿Cree que con los recursos actuales con los que cuenta su centro es posible atender a las personas mayores dependientes sin utilizar sujeciones?	Sí	16,4	20,9	15,0	p=0,21
	No	71,3	68,1	72,3	
	No lo sé	12,3	11,0	12,7	

5.4 Relaciones entre las variables estudiadas

No se encontraron correlaciones entre las características sociodemográficas y las variables actitud, conocimientos o práctica profesional, aunque sí entre estas tres últimas.

Con respecto a dicha relación, y tal como puede verse en la tabla 21, los conocimientos influirían en las actitudes en sentido negativo; por lo que cuanto más bajos eran los resultados obtenidos en el cuestionario de conocimientos, más altos fueron los del cuestionario de actitudes (inclinación hacia el uso de medidas de restricción). Asimismo, los valores del cuestionario de conocimientos estaban relacionados con los de práctica profesional, por lo que cuanto mejores fueron los resultados sobre conocimientos, más elevados eran los valores recogidos en el cuestionario de la práctica profesional.

También se encontró relación entre conocimientos y valores del cuestionario PRUQ, que reflejaba la percepción que tienen los profesionales ante la restricción, mostrando la importancia que le dan en determinadas situaciones; a este respecto, cuanto más altos eran los valores de conocimientos, menos importante se consideraba el uso de las restricciones en las circunstancias descritas por el cuestionario.

Tabla 21. Relación entre resultados del cuestionario de actitudes, conocimientos, percepción y práctica profesional del total de profesionales (n=378)

Ítem	Práctica profesional	Conocimientos	Percepción	Actitudes
Práctica profesional		,156 (**)		-,155 (**)
Conocimientos	,156 (**)		-,201 (**)	-,261 (*)
Percepción		-,201 (**)		,517 (*)
Actitudes	-,155 (**)	-,261 (*)	,517 (*)	

Coeficiente de correlación de Pearson

(*) La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

(**) La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Los resultados del cuestionario de actitudes estarían también relacionados de forma negativa con los de práctica profesional, por lo que cuanto más favorables fueron las actitudes hacia el uso de la restricción, peores resultados se obtuvieron en el cuestionario de práctica profesional. Asimismo, se encontró relación entre los resultados de actitudes y percepción, por lo que cuanto más elevados eran los valores de la actitud, más se incrementaban los que medían la importancia que le daban los profesionales al uso de la sujeción.

Con el fin de estimar la correspondencia entre el nivel de tolerancia de los profesionales ante ciertas conductas del anciano y su actitud ante el uso de la restricción física se estudió la posible relación entre los datos obtenidos en los cuestionarios de actitudes y los ítems del cuestionario PRUQ que describían problemas de comportamiento (tabla 22). Se comprueba que el personal que mantiene una actitud más negativa ante la restricción (contrarios a su uso y reflejado en valores bajos en el cuestionario) sería más tolerante con ciertos comportamientos de los ancianos (esto es, considera según el PRUQ poco importante su aplicación en determinadas situaciones).

Tabla 22. Relación entre resultados del cuestionario de actitudes e ítems del cuestionario PRUQ relacionados con el comportamiento del total de profesionales

Ítem	Total n=378	Actitudes Enfermeras n=94	Actitudes Auxiliares n=284
Las restricciones físicas son importantes para prevenir la deambulacion errática de un anciano.	,406 (**)	,443 (**)	,328 (**)
Las restricciones físicas son importantes para evitar que un anciano coja objetos de otras personas.	,404 (**)	,435 (**)	,356 (**)
Las restricciones físicas son importantes para evitar que un anciano acceda a sitios o cosas peligrosas.	,396 (**)	,410 (**)	,324 (**)
Las restricciones físicas son importantes para evitar que un anciano confuso moleste a otros.	,380 (**)	,382 (**)	,328 (**)

Coefficiente de correlación de Pearson

(**) La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

También se exploró la relación que podría existir entre la práctica profesional y la existencia de protocolos en los centros. Así, aquellos profesionales que aseguraron que existía protocolo en su centro obtuvieron mejores valores en el cuestionario de práctica profesional que aquellos en cuyos centros no existía dicho protocolo o lo ignoraban.

Si consideráramos que tendrían una buena práctica profesional aquellos que hubiesen superado el percentil 75% (alcanzando en el cuestionario una puntuación superior a 2,25), se comprobó que este dato tendría relación con la existencia de protocolos en el centro, obteniéndose una *odds ratio* de 1,43, IC 95% (1,00-2,04) prueba de la ji-cuadrado $p=0,05$; lo que se ha interpretado como que existen indicios de que en aquellos centros donde disponen de protocolo la práctica profesional sería mejor.

DISCUSIÓN

Este capítulo contiene una interpretación de los resultados hallados en el estudio. En especial, explica y comenta las respuestas más significativas dadas por el personal en los cuestionarios de actitudes y conocimientos relacionados con la restricción física; además se valora cómo es su práctica profesional y la importancia que le dan al uso de este procedimiento en un determinado contexto. Dicho análisis se ha hecho desde la perspectiva del conocimiento previo que existe sobre esta materia presente en la literatura científica; asimismo, se han comparado los datos obtenidos con los de otros autores. Antes de abordar las citadas cuestiones, se comentarán de manera general las características de la población estudiada y otros aspectos relacionados con la puesta en marcha de este trabajo.

6.1 La población estudiada y el índice de respuesta

Tras revisar los resultados de la muestra encuestada puede afirmarse que nos encontramos ante una población joven con una trayectoria laboral importante. El personal auxiliar tenía una experiencia ligeramente superior a la de las enfermeras tanto en la atención a este tipo de usuarios como en el ejercicio profesional en general.

El perfil que resulta del análisis de los datos obtenidos en ambos colectivos muestra que se trataba de un profesional del sexo femenino, con una media de edad de 40 años, que llevaba trabajando unos 14 años en esta profesión y prácticamente 12 en la asistencia de personas mayores. En el caso de las auxiliares el nivel académico de la mayoría era la formación profesional de primer grado, mientras que todas las enfermeras tenían formación universitaria. Se debe comentar, además, que si bien en el colectivo de enfermeras se apreciaba un mayor número de profesionales varones, los resultados globales confirmaron la feminización de las plantillas de trabajadores (tabla 4).

Otro aspecto relevante es el reducido número de enfermeras con relación al personal auxiliar, situación que parece repetirse en todos los centros tal como puede verse en la descripción de la muestra (tabla 3). Este hecho suele ser habitual en la mayoría de las instituciones donde se atienden a personas

mayores, lo que podría influir en la calidad de los cuidados que se prestan en las mismas^{114,154}, tal como se comentará más adelante.

En general, se detectó que se trataba de dos grupos profesionales diferentes, pues prácticamente todos los contrastes de la última columna de la tabla 4 resultaron significativos; se evidenció una mayor homogeneidad en el grupo de enfermeras.

Tras analizar el índice de respuesta de las diferentes instituciones participantes cabe comentar que este ha sido bastante satisfactorio, al haber contestado a los cuestionarios seis de cada diez trabajadores. En el caso de las enfermeras esta tasa rozó el 80%, mientras que en el de las auxiliares fue sensiblemente inferior, sobre un 54%. Hay que tener en cuenta que, en muchos centros, los profesionales se encuentran saturados con estudios y encuestas, y por ello no siempre muestran predisposición para colaborar.

Con respecto al efecto que produjo esta investigación en las instituciones, debe comentarse que desde el momento en el que se comenzaron a distribuir los cuestionarios se suscitó en ellas un debate relacionado con el uso de procedimientos de restricción física en personas mayores. Ello nos sugiere las siguientes reflexiones.

Que la realización de estudios sobre restricciones físicas beneficia a los centros, ya que plantean preguntas que invitan a los profesionales a reflexionar sobre su quehacer diario. No debe olvidarse que la aplicación de este procedimiento se convierte en ocasiones en un acto rutinario, casi automático, durante el cual los cuidadores no suelen deliberar sobre los beneficios y las consecuencias de dicha medida³⁰.

Además, parece existir una cierta inquietud sobre la manera en la que se están aplicando estos procedimientos. Por ello, los profesionales suelen tener la necesidad de discutir sobre esta cuestión con el fin de tratar de consensuar cuál es la manera más adecuada de hacer las cosas. Algunos de los colaboradores afirmaron haber percibido lo que en psicología se conocería como “efecto Hawthorne”; en este caso, la simple puesta en marcha del trabajo de investigación parecía haber contribuido a disminuir el uso de dispositivos en algunos pacientes del centro⁷. Todo ello nos sugiere la conveniencia de proyectar futuros estudios que analicen esas inquietudes y ayuden a dar respuesta a las numerosas dudas que se les presentan a los profesionales.

6.2 Las actitudes

Tal como ya se señaló en la primera parte tanto las características de los residentes como de las instituciones suelen ser importantes predictores del uso de restricciones físicas¹⁶⁶. Sin embargo, algunos expertos también apuntan a que la filosofía de cuidados, así como las actitudes y creencias de los profesionales, podrían tener una influencia mayor, y actuar como poderosos

determinantes a la hora de contemplar su aplicación^{30,141,182}. Por ello, dado el importante papel que juegan a la hora de mediar entre la persona y el contexto en el que se desenvuelve, su estudio despierta un gran interés y es una de las preocupaciones de muchas investigaciones en el campo de la salud²⁰².

Pese a la relevancia que esta cuestión tiene en el ámbito internacional, en nuestro país son escasos los trabajos que profundicen en las actitudes que tiene el personal acerca del uso de restricciones físicas. Esto hizo que a la hora de plantearnos los objetivos de este estudio se considerase muy necesaria su exploración. El análisis de las opiniones que subyacen en la mente de los profesionales acerca de dichos procedimientos podría ayudar a entender la forma en la que actúan; y quizás esto permita encontrar las claves que expliquen el porqué de su frecuente utilización en muchos centros.

A la vista de los resultados generales sobre actitudes se confirma que el personal mantenía una postura ligeramente en contra del uso de las restricciones físicas (tabla 6). Así, la media obtenida por la totalidad de la muestra es de 2,85 (2,44-3,15), recordando que el valor 1 representaría la actitud más negativa hacia las sujeciones y el 5 la más positiva, estando el punto medio o neutro en el valor 3.

Por otro lado, el análisis realizado no mostró correlaciones estadísticas significativas entre las características sociodemográficas (edad, sexo, años trabajados, etc.) y la actitud, por lo que no parece que dichas variables pudieran influir en gran manera en la forma de pensar del personal con respecto a estos procedimientos.

Los investigadores sugieren que ante la falta de relación estadística entre las características sociodemográficas y las actitudes, habría que valorar la importancia que posee el ambiente y la cultura organizacional como condicionantes de las mismas, influyendo sobre toda la plantilla en su conjunto^{106,214,223}. En este contexto, la cultura tendría que ver, entre otros aspectos, con todo aquello que los seres humanos adquirimos y heredamos de nuestros semejantes, y por lo tanto incluiría las reglas de comportamiento y los valores que se aplicarían a determinadas situaciones^{211,212}. Por su parte Yan también apuntó a la influencia del entorno y las condiciones de trabajo como otro importante modelador de la actitud de ambos colectivos¹²⁰.

Al contrario que en nuestro trabajo, otros autores han identificado una relación estadística significativa entre las características sociodemográficas y las actitudes, en el sentido de que a mayor edad y experiencia el personal era menos favorable a la contención de los pacientes^{214,224}. Así por ejemplo, con respecto a la relación entre la variable edad y el uso de estos procedimientos un estudio realizado en Hong Kong mostró que los profesionales jóvenes presentaban una mayor predisposición a su aplicación¹²⁰. Ello podría deberse a que el personal con más experiencia posee un mayor repertorio de estrategias

para manejar a los pacientes de riesgo sin tener que utilizar dichos dispositivos^{29,120}.

En lo referente a las diferencias entre los dos colectivos estudiados se observó que los auxiliares mostraban una mayor predisposición para el uso de sujeciones, existiendo diferencia significativa entre ambos ($p < 0,01$). Así, los valores medios de las auxiliares se posicionaron en un 2,95 frente a un 2,60 de los de las enfermeras (tabla 6). La figura 1 refleja cómo el porcentaje de auxiliares que presentaba una puntuación por encima de 3 (actitud más favorable) es muy superior al de las enfermeras.

Estas diferencias, según algunos autores, podrían deberse a que el personal auxiliar, al estar más próximo al paciente, se siente más responsable de su seguridad, por lo que sería más partidario de la restricción física^{163,166,180,221}. Por su parte, Sullivan-Marx, en un trabajo sobre predictores en el uso de este procedimiento, concluyó que los profesionales con menor nivel de formación suelen considerar más apropiada su aplicación ante determinadas situaciones de riesgo, especialmente cuando se enfrentan a escenarios nuevos o complicados¹²³. Janelli por su parte no detectó que el perfil del personal tuviese una relación estadística en este sentido¹⁰⁶.

Por lo que respecta a los resultados de otros trabajos que abordaron esta temática McCabe comprobó que los profesionales presentaban una actitud más bien neutra ante el uso de las restricciones físicas en personas mayores (medido mediante PRUQ: 2,8). Y, al igual que en nuestro estudio, las enfermeras mostraron una actitud ligeramente menos favorable (PRUQ: 2,6) que las auxiliares de enfermería (PRUQ: 3,0)²²¹.

Sin ninguna duda el uso de estos mecanismos en ancianos suele generar un amplio debate en el que se plantea tanto la necesidad de protegerlos como la de respetar su dignidad y autonomía^{95,217}. Quizás por ello, los valores recogidos en los diferentes ítems del cuestionario de actitudes muestran una gran disparidad, pudiéndose encontrar posturas en desacuerdo, indecisas, o de acuerdo con esta medida.

Esta gran variabilidad podría deberse a que, en el fondo, el personal no tuviese una actitud formada, o a que esta fuese ambigua, influenciada tanto por aspectos positivos como negativos ante el objeto. En estos casos la puntuación suele dirigirse al punto de indiferencia o punto neutro. De hecho en nuestro estudio el valor general obtenido ha sido de 2,85 (siendo el punto neutro de 3). Podría especularse que los profesionales preferirían señalar los valores intermedios y no posicionarse en una determinada postura, ya que entenderían que para poder hacerlo habría que conocer bien las circunstancias del caso⁹⁵.

Weiner también apunta a que la actitud podría variar, dependiendo de si nos encontramos ante una situación real, donde los profesionales quizás acordasen el uso de una contención dada la necesidad de solucionar un problema

asistencial; o en una situación ideal, como se presenta a la hora de responder a una serie de preguntas, y en la cual resulta más sencillo manifestar una actitud negativa ante este procedimiento⁹⁵.

Pero volviendo a los resultados del cuestionario, vamos a comentar alguno de los ítems que reflejarían una actitud contraria al uso de las restricciones físicas. Una de las respuestas, por ejemplo, reveló que un 40,7% del personal se sentiría mal cuando las aplicaba (tabla 7). Este dato coincide con otros estudios en los que se detectó que los profesionales presentaban en ocasiones sentimientos negativos, como lástima por el paciente, e incluso se veían afectados emocionalmente cuando tenían que utilizar estos procedimientos^{22,131,150,165}.

Según Barton dichos profesionales consideran los derechos de los usuarios como un valor a defender, por lo que adoptan una actitud más bien negativa frente a la restricción²²⁵. En general, creen que su aplicación limita de manera severa la calidad de vida de las personas, como ocurre en aquellas que padecen deterioro cognitivo y que apenas van a poder interactuar con el entorno¹⁰⁹; o incluso opinan que el individuo sometido a una sujeción corre el riesgo de convertirse en un objeto, por lo que no se respetaría ni su libertad individual ni se tendrían en cuenta otras necesidades¹⁰⁹⁻¹¹¹. Por ello, a la hora de tener que utilizar estos dispositivos se produce en ellos una sensación de malestar y frustración, en especial cuando actúan contra la voluntad del paciente, llegando incluso a afirmar que a veces “se sienten más como carceleras que como enfermeras”⁸⁴. Dada por tanto la preocupación que suele causarles el someter a una persona a una sujeción preferirían no tener que hacerlo y muestran por ello una actitud en contra de la misma⁵⁴.

Es interesante observar cómo, en general, los profesionales que mantienen una actitud contraria a la contención suelen ser más tolerantes con ciertos comportamientos de los ancianos, viéndolos como un reto que se les plantea y que hay que tratar de saber llevar²²⁶.

En este sentido, y tal como se observa en la tabla 22, el personal de nuestro estudio que ha obtenido valores bajos en el cuestionario de actitudes (contrarios al uso de la restricción) también ha juzgado poco importante su aplicación en determinadas situaciones según el cuestionario PRUQ (deambulación errática, que coja objetos de otra persona, que moleste a otros, etc.), habiéndose encontrado relación estadística entre dichos valores ($p < 0,01$).

Según Hantikainen los motivos por los que los profesionales no interferirían en la conducta de los ancianos son varios. Por un lado creerían que se trata de comportamientos que hay que saber aceptar, y que para el residente podrían tener sentido, (p. ej.: vagabundeo); incluso verían como normal ciertos conflictos ya que formarían parte de las relaciones entre personas²²⁶. Por otro lado considerarían que ciertas conductas tendrían que ver con las decisiones de la persona sobre cómo vivir su vida y por ello estos profesionales preferirían

ser lo menos proteccionistas posible, respetando la voluntad del mayor^{108,226}. De hecho para muchos la preservación de la movilidad y autonomía justificaría ciertos riesgos, especialmente si estos han sido aceptados por el anciano, o por su familia en el caso de que aquel estuviese incapacitado. Más aún, dichos profesionales pensarían que las graves consecuencias tanto físicas como psicológicas que ocasiona el uso de estos dispositivos no compensarían los hipotéticos beneficios⁹⁹.

En algunas culturas este tipo de valores siempre fueron prioritarios. Así, en Gran Bretaña el ambiente terapéutico fue desde el punto de vista histórico más flexible que en otros países, con un mayor énfasis en el apoyo y la tolerancia hacia el comportamiento de los pacientes que en su control. Un ejemplo es la aceptación del hecho de que los ancianos con deterioro mental deambulen de forma errática e incluso que se produzcan caídas. Ante ello, la intervención suele consistir en adaptar el entorno para limitar la gravedad de dichos riesgos, no siendo la restricción física de las personas una de las opciones prioritarias²⁹.

Pero si bien la postura de la mayoría del personal encuestado se posicionaba, en general, en contra de la sujeción, no debe olvidarse que al mismo tiempo una parte creía oportuno utilizarlas en determinadas situaciones. Así, un 33,6% de la muestra obtuvo una puntuación superior a 3, que reflejaría una actitud positiva o a favor del uso de estos procedimientos (figura 1). Especialmente significativas resultaron las respuestas relacionadas con las caídas, donde una mayoría los consideró necesarios. Esto puede constatarse tanto en el cuestionario de actitudes (tabla 7), como en el PRUQ (tabla 16). De forma probable estos profesionales piensen que su aplicación incrementa la seguridad y evita complicaciones⁴¹, aspecto que se tratará en detalle en el apartado que aborda los conocimientos y la práctica profesional.

Otro resultado que reflejaría una actitud favorable a las sujeciones lo constituye el dato de que un 32,2% del total de los encuestados no se sentía mal aplicándolas, lo que es más, un 32,5% afirmó estar más tranquilo cuando las utilizaba. De hecho, un tercio de los profesionales opinó que cuando fuesen ancianos no les importaría que se les colocase un dispositivo de restricción cuando estuviesen nerviosos (tabla 7).

Estas respuestas van en la línea de los resultados obtenidos por otros autores. Así, un trabajo realizado por Chien detectó que la mayoría de los profesionales declaraban no sentirse culpables o avergonzados por tener que usar este procedimiento¹⁰⁷, habiendo llegado Suen a una conclusión análoga²²⁷. Scherer también descubrió que aunque un 82% del personal manifestó sentirse mal cuando el residente se quejaba a la hora de serle aplicada la restricción, un 80% expresó al mismo tiempo sentirse más tranquilo cuidando a una persona cuando estaba sometida a este procedimiento²¹⁴.

En general, y a tenor de lo manifestado por los expertos, muchas de estas contradictorias respuestas podrían verse como un intento de racionalización de

una práctica asistencial que, si bien es difícilmente aceptable, es vista de forma habitual como inevitable^{107,216}. De hecho, algunos estudios sobre actitudes han detectado que los profesionales suelen pensar que “tienen el deber moral y legal de proteger a los ancianos de cualquier daño”^{106,107}. Por ello tienden a justificar las conductas que limitan la libertad y mantienen una actitud positiva ante el uso de la restricción física^{110,200,228}.

En la misma línea un estudio realizado por Scherer mostró cómo, en general, los profesionales pensaban que los residentes deberían ser sometidos a una sujeción cuando su seguridad pudiese verse afectada, incluso si ello significase que su dignidad se viese comprometida²¹⁴. De forma probable, en estos casos, los efectos adversos que generase sobre los pacientes, a nivel funcional, psicológico y emocional, serían considerados solo desafortunadas e inevitables consecuencias¹⁸⁰.

Este tipo de creencias suelen verse alimentadas por una visión estereotipada del mayor como ser vulnerable e incapaz por el simple hecho de ser viejo^{34,229}, fenómeno que es conocido también como ageísmo o edadismo^{116,230}. Se trata de una perspectiva paternalista con profundas raíces históricas que da lugar a que se sobrevaloren los riesgos, por remotos que sean, y se vea a los ancianos como un colectivo débil al que hay que intentar salvaguardar a cualquier precio, con lo cual se corre el peligro de que se les deshumanice^{55,92,109}. Según Pardo, esta sobreprotección podría definirse como la actitud de querer proteger a los ancianos de todo riesgo físico adoptando posturas restrictivas, especialmente con aquellos que tienen algún grado de dependencia y al margen de las capacidades funcionales que todavía conserven¹¹⁵.

Evans y Strumpf, dos de las principales referencias mundiales en restricción física de pacientes en la década de 1990, también mencionaban la existencia de una serie de mitos basados en la falsa creencia de que todos los ancianos son frágiles¹¹², lo que alimentaría las expectativas del personal ante su uso. Por otra parte, un estudio que midió la actitud ante este colectivo y la actitud ante la contención, pudo comprobar que existía una relación estadística significativa entre ambas; así los profesionales que tenían una visión negativa de los mayores mostraban una postura más favorable hacia el uso de estos procedimientos.

Montorio incluso afirmó que “los profesionales pueden llegar a utilizar la edad como un indicador para variar el diagnóstico y el tratamiento de las personas mayores en comparación con adultos de menor edad”²³⁰. Esta actitud de juzgar a los ancianos de forma diferente a los jóvenes ha sido descrita igualmente por otros autores²²⁹.

Las razones por las cuales el personal trataría de intervenir sobre las conductas de los ancianos pueden ser varias²²⁶. Un primer motivo sería por las consecuencias, ya que puede interpretarse que determinados comportamientos son peligrosos y ponen en riesgo su seguridad o la de las personas que tiene

alrededor. Otro motivo sería por su irracionalidad, por lo que las actitudes que predisponen a la restricción pueden estar influenciadas por la interpretación de lo que se considerase como un comportamiento aceptable (p. ej.: desnudez). Y por último por su injusticia, ya que los profesionales pueden entender que no tienen por qué aceptar conductas que atenten contra su propia autoestima (p. ej.: tocamientos por parte de una persona con trastorno mental), ya que si bien el usuario tiene derechos, ellos también los tienen como trabajadores²²⁶.

Un ejemplo de actitud claramente favorable al uso de la restricción fue la mostrada por los profesionales norteamericanos a lo largo de buena parte del siglo XX. En este país se enfatizaba el control y la autoridad que los cuidadores debían mantener ante los pacientes, especialmente cuando se produjesen problemas de conducta y situaciones de riesgo que pudieran dar lugar a responsabilidades legales. Esto, además, se conjugaba con una visión de los ancianos como seres que debían ser protegidos, dando prioridad a los criterios de seguridad frente a cualquier problemática ética que pudiera plantearse^{29,229}.

En otro orden de cosas, y coincidiendo con la opinión de diversos autores^{38,221,223}, los resultados de nuestro estudio indicarían que los profesionales, más que actitudes positivas o negativas, mostrarían posturas ambiguas, por las que, a pesar de no estar del todo de acuerdo con estos procedimientos, considerarían aplicarlos cuando fuese necesario.

Saarnio plantea que, con el fin de sobrellevar el malestar que puede ocasionar esta situación, el personal generaría argumentos para tratar de justificar la decisión; entre ellos estarían la necesidad de cumplir con la tarea que les han impuesto, y el ver el uso de este procedimiento como un mal menor que forma parte del trabajo³³. Además, en muchas ocasiones los profesionales perciben que, si bien colocar una sujeción para vencer la resistencia del paciente puede ir en contra del principio de autonomía, al mismo tiempo ayuda a salvaguardar su dignidad (p. ej.: personas con juegos fecales)¹⁰. Por ello llegan a verlo como un procedimiento rutinario que no genera en ellos una excesiva inquietud a la hora de aplicarlo ni se plantean que pueda vulnerar los derechos de los mayores^{31,107,231}.

Por otro lado, Blakeslee añade que a medida que el personal convive con las restricciones se van reduciendo sus sentimientos negativos hacia ellas y con el tiempo es como si dejara de verlas y las aceptara como parte del ambiente¹¹¹. Y podría ocurrir que, en aquellas unidades donde su empleo estuviese muy arraigado, la actitud ante el procedimiento se racionalizase hasta el punto de cesar todo debate sobre la dignidad y autonomía del paciente²². Es más, muchos profesionales estarían convencidos de que la sujeción simplificaría las dificultades del trabajo diario y las tareas se volverían menos preocupantes^{54,111}, sintiéndose más tranquilos una vez aplicada al creer que la persona está más segura^{22,224}. Tal como señalamos con antelación el 32,5% de los encuestados en el estudio se manifestaría en un sentido similar (tabla 7).

En algunas ocasiones, de hecho, los cuidadores encuestados ni siquiera saben el verdadero motivo por el que el paciente está sometido a restricción física^{24,34}. En este estudio, un 30,2% de las auxiliares no siempre conocía la razón por la que se aplicaban restricciones en los pacientes a su cargo (tabla 19). Todo ello podría implicar que dejaran de cuestionar su conveniencia y, por tanto, no llegasen a considerar posibles alternativas a su uso^{22,113}. De forma probable en los centros donde el personal lleve muchos años trabajando de esta manera, será muy difícil cambiar las actitudes hacia esta práctica²³¹.

En definitiva, esta visión de la vejez hace prevalecer la seguridad frente a la autonomía y orienta la intervención de los cuidadores hacia conductas en las cuales no se quieren asumir riesgos inherentes al disfrute de las actividades básicas de la vida diaria de los ancianos (p. ej.: permitir que caminen a pesar de que exista un cierto riesgo de que se caigan). Además, se relegan a un segundo plano sus capacidades y voluntades. Por tanto, determinados comportamientos de la persona se ven como un problema que necesita ser controlado, lo que favorece la limitación de su movilidad²²⁶.

Para poder evolucionar hacia una asistencia sin sujeciones Blakeslee afirma que es esencial modificar las actitudes de los profesionales, proceso que atravesaría tres fases. Una primera de desbloqueo, en la que el personal debe estar dispuesto a tratar el problema y reconocer el deseo de cambiar, eliminando al mismo tiempo los mitos establecidos con respecto a este procedimiento. Una segunda fase conlleva variar los hábitos y ciertas rutinas de trabajo; finalmente, una tercera fase en la que se produce el refuerzo necesario para asegurar que las nuevas actitudes y conocimientos sean permanentes¹¹¹. En esta línea, otros autores también afirman que el primer motor de cambio hacia un entorno libre de restricciones no suele estar en los factores externos sino en los profesionales en sí mismos²²⁶.

Por tanto, dada la influencia de la actitud sobre el uso de restricciones físicas es importante que los centros intervengan con el fin de lograr que las enfermeras cambien su determinación ante las mismas, ya que son las responsables directas de los cuidados, y las que en primera instancia deciden utilizar este procedimiento⁹⁵. De forma probable el personal favorable a su aplicación no modificará su actitud hasta que no se pongan en marcha las estrategias necesarias para reducir las situaciones de riesgo que propician su uso. Por ello los programas formativos deberían primero centrar sus esfuerzos en adiestrar a los profesionales en el manejo de estos problemas antes que tratar de modificar sus actitudes hacia la contención de los usuarios.

6.3 Los conocimientos

Los profesionales de enfermería tienen un papel relevante en la toma de decisiones relacionadas con la aplicación de restricciones físicas, por ello los conocimientos que posean serán fundamentales para hacer un uso racional de las mismas^{30,180}.

En la actualidad muchas instituciones se encuentran con la incertidumbre de no saber cómo actuar a la hora de aplicar una sujeción. No hay un consenso claro en lo que se refiere a su concepto, a cuándo se debe usar, qué significa exactamente proteger, o cuáles son las responsabilidades que tiene el personal al respecto. Indudablemente los conocimientos de los profesionales influirán en su forma de actuar, por lo que habrá que comenzar por analizar los mismos si se quieren introducir cambios en la práctica asistencial^{26,182}.

Con relación a los conocimientos de la población estudiada en este trabajo el nivel de aciertos se situó sobre el 66%, con una puntuación en el cuestionario de 11,91 en un rango de 0 a 18, reflejando este último valor un total dominio de los conceptos (tabla 6). En lo referente a las diferencias entre los dos colectivos se observó que el nivel de las enfermeras era superior al del personal auxiliar (12,85 frente a 11,62) siendo esta diferencia significativa ($p < 0,01$). A pesar de que estos resultados eran previsibles la diferencia entre ambos grupos no ha sido tan amplia como pudiera esperarse; dado que el personal de enfermería posee un mayor nivel de formación académica que el auxiliar habíamos supuesto que los resultados de las enfermeras serían mejores. Por otro lado, no se encontró correlación estadística significativa entre años de experiencia o edad en dichos colectivos con respecto a los conocimientos.

Tras examinar los resultados se detectó que, si bien los profesionales tenían un nivel aceptable de conocimientos acerca del uso de medidas de restricción física, se apreciaba una cierta desinformación en algunos aspectos de especial relevancia, datos similares a los hallados en otros estudios^{107,182,220,227}. Por esta razón se compararon sus respuestas con las recomendaciones y los estándares de calidad que, relacionados con el uso correcto de este procedimiento, han establecido expertos y reconocidos organismos internacionales^{119,140,185,187}.

Con respecto a la pregunta sobre si las restricciones deberían ser utilizadas cuando no se puede vigilar muy de cerca al paciente, un 44,6% del total de los encuestados afirmó estar de acuerdo o que no lo sabía (tabla 10). Esa forma de proceder, sin embargo, incumpliría diversas recomendaciones que señalan que la contención no es una opción a la supervisión de los pacientes^{119,131}.

Los expertos insisten en que la limitación de la movilidad tiene que ser considerada un procedimiento extraordinario y no una alternativa de bajo coste a la vigilancia que debe ejercer el cuidador^{60,119}. Esto es incuestionable incluso para los fabricantes de dispositivos, como la compañía Posey, la cual advierte que: "Las sujeciones no pueden utilizarse nunca como sustitutos de una buena asistencia clínica o por conveniencia del personal"¹¹¹. Además, debemos recordar que su aplicación en un paciente desorientado, o que se inquieta con frecuencia, no necesariamente disminuirá los problemas, sino que, incluso, puede hacer que se incrementen y se vean agravados por la propia sujeción, tal como se verá en un apartado posterior^{119,185,187}.

Suplir la vigilancia de un usuario mediante una contención física podría tener relación con la manera en la que se organiza el trabajo. En las instituciones suele darse prioridad a ciertas rutinas (p. ej.: higiene, alimentación, toma de constantes, etc.) que tienen que ser realizadas en un horario determinado, y que además consumen mucho tiempo. Esto deja poco margen para atender otras necesidades, relacionadas con la deambulaci3n, la estabilidad corporal, el sue1o, la orientaci3n o la conducta, por lo que cuando surgen problemas estos se suelen resolver limitando la movilidad del residente^{4,30,114}.

El hecho de que los profesionales den por v3lida esa forma de actuar podr3a estar tambi3n condicionado por las caracter3sticas arquitect3nicas de las unidades. En ocasiones, las habitaciones de los residentes est3n alejadas del lugar en el que se encuentra habitualmente el personal, lo que dificultar3a su supervisi3n^{25,107}. Con respecto a esta cuesti3n hay que recordar que una parte de los centros participantes en este estudio se encuentran ubicados en instalaciones obsoletas y, en cierto modo, desfasadas, como suele corresponder a edificios que tienen m3s de medio siglo de antigüedad.

Esa tendencia a sujetar cuando no se puede vigilar de cerca al usuario podr3a tener relaci3n con el miedo a las responsabilidades legales, ante una ca3da por ejemplo, siendo muchos los cuidadores que creen que la restricci3n disminuye los riesgos en ese sentido^{22,45,146}. Tambi3n debe tenerse en cuenta la importancia que juega la ratio de personal, insuficiente en muchos momentos para atender de manera adecuada a los usuarios^{29,113,114}. Ambos aspectos se comentar3n de manera detallada en un apartado posterior.

Otra respuesta que ha llamado nuestra atenci3n es la que se refiere a los problemas ocasionados por estos dispositivos. Por un lado, un 83,8% del total de profesionales era consciente de que cuando un paciente se encontrase bajo restricci3n podr3an producirse complicaciones, como las lesiones cut3neas o el aumento de la agitaci3n, dato que hay que considerar positivo ya que ayudar3a a que el personal est3 alerta a los cuidados que deben realizarse al respecto (tabla 10).

Pero por otro lado hay que resaltar que un 69,4% del total de la muestra no sab3a que dicho procedimiento estuviese asociado con la muerte de pacientes (tabla 10). En el caso de las enfermeras, esta informaci3n era desconocida por un 57,6% (tabla 11), mientras que en el de las auxiliares lo era por un 73% (tabla 12). El hecho de que buena parte de este personal ignorase esa problem3tica es relevante, ya que, al ser el colectivo que est3 m3s tiempo con los usuarios, deber3a identificar con absoluta claridad las situaciones de riesgo.

Este hallazgo tambi3n coincide con otros estudios^{107,182,223}. Suen, por ejemplo, detect3 que muchos profesionales erraban a la hora de reconocer algunos de los graves efectos negativos relacionados con el uso de dispositivos de restricci3n^{182,227}. Seg3n esta autora la falta de formaci3n podr3a conducir a que

estuviesen más preocupados por la protección del paciente, tratando por ejemplo de evitar una caída, que por las consecuencias de la contención¹⁸².

Si bien la restricción física ha sido considerada por buena parte del personal encuestado como una medida necesaria para garantizar la seguridad de los ancianos más frágiles, son numerosos los trabajos publicados en las últimas dos décadas que advierten que su uso puede ocasionar importantes complicaciones, tanto de tipo físico como psicológico.

Engberg estudió una muestra de 12.820 ancianos ingresados en residencias y encontró asociación entre el uso de medidas de restricción física y el bajo rendimiento cognitivo, el deterioro en las actividades de la vida diaria, y los problemas para la deambulaci3n, lo cual era manifiesto a los tres meses de haber iniciado su aplicaci3n¹⁷⁸. En un trabajo de Molasiotis se informaba que los pacientes ingresados en unidades de agudos a los que se les habr3a aplicado este procedimiento alargaron el tiempo de hospitalizaci3n frente a aquellos que no fueron sometidos al mismo (20 d3as frente a 8 d3as)⁴⁴; asimismo, seg3n otros autores, este tipo de paciente tendr3a menos posibilidades de sobrevivir al alta^{108,138,181}.

Un estudio longitudinal realizado por Castle sobre datos de más de 250.000 usuarios reveló que el uso de estos procedimientos contribuy3 al deterioro físico y psicol3gico de muchos de ellos. Así, aquellos que hab3an sido sometidos a restricción presentaban más problemas de comportamiento, dependencia a la hora de realizar las actividades de la vida diaria (especialmente caminar), contracturas, úlceras por presi3n, etc., en comparaci3n con aquellos que no hab3an sido inmovilizados¹²⁴.

Pero la literatura especializada advierte que el uso de restricciones físicas puede generar no solo problemas derivados de la inmovilidad, sino también otros graves efectos adversos, tal como vimos en la primera parte de este trabajo^{64,124}. Así, se ha relacionado dicho procedimiento con la muerte súbita de pacientes debido al estrés que produce; este desencadenaría una fuerte descarga de glucocorticoides y catecolaminas que sobre-estimularían el corazón pudiendo provocar una arritmia fatal en personas con enfermedad vascular previa¹⁹³.

Además de la muerte súbita pueden producirse accidentes, que ocurren cuando los ancianos quedan atrapados por los dispositivos en una posici3n que tiene riesgo de asfixia^{142,143,193}. Este tipo de percances suceden de manera especial en las personas con deterioro cognitivo, agitaci3n y alteraciones del sueño, especialmente a consecuencia de una demencia¹⁹².

La desorientaci3n que padecen estos usuarios favorece los contratiempos, dado que, en caso necesario, ser3an incapaces de liberarse del dispositivo por sí mismos o de avisar al cuidador¹⁴³; riesgos que también presentan los pacientes con hemiplejia y dificultades para la comunicaci3n como

consecuencia de un trastorno cerebrovascular¹⁹⁸. Especial precaución habrá que tomar con los que tienen problemas de continencia, ya que se inquietan y tratan de salir de la cama de forma constante^{46,232}; y con aquellos que de manera repetida hayan sido encontrados en una situación peligrosa, por la alta probabilidad de que vuelva a ocurrir^{143,192}.

Con respecto a los estudios sobre accidentes ocasionados por la aplicación de restricciones físicas, en las dos últimas décadas se han publicado estimaciones sobre su frecuencia, especialmente de casos vinculados con la muerte de pacientes. Miles afirmó que alrededor del 1‰ de los fallecimientos en centros geriátricos eran por este motivo¹⁸³. Por su parte la FDA estimaba que en EE. UU. se producían anualmente unas 100 muertes o graves lesiones por uso de contenciones¹⁸⁵. Por otro lado, Hamers señaló que unos cuatro ancianos morían cada año en Holanda como consecuencia de la aplicación inadecuada de barras laterales¹⁰⁵. Si bien el número de incidentes es reducido con respecto a la elevada prevalencia de uso, no puede obviarse que todo efecto adverso asociado con un procedimiento pensado para la seguridad del paciente es siempre significativo.

Llama la atención que este tipo de percances, a pesar de su gravedad, apenas ha sido estudiado en nuestro país, encontrándose la mayoría de las publicaciones en revistas de ámbito internacional. Esto podría ser uno de los motivos por los que muchos profesionales de nuestro entorno desconocen esta problemática, lo que les llevaría a sobrevalorar la utilidad de las contenciones y subestimar el peligro que supone su aplicación⁶⁴. En este sentido se insiste en que los programas de formación incluyan recomendaciones relacionadas con el uso seguro de estos dispositivos.

Otra respuesta reveladora fue la referida al uso de sábanas como dispositivos de restricción, contemplando esa posibilidad como válida más de un 40% del total de los encuestados (tabla 10). Esta forma de contención fue muy común en las últimas dos décadas, siendo ello probablemente debido tanto al desconocimiento de los riesgos que implicaba como a la falta de recursos materiales que solía haber en las instituciones. Así, Janelli detectó que un 50% de los profesionales creía que se podrían usar sábanas para inmovilizar al paciente²²⁰. Resultados similares fueron hallados por Maruschock en un estudio sobre conocimientos, donde el 41% de los participantes afirmó que podían aplicarse artilugios caseros como forma de sujeción⁴³. Un trabajo publicado en nuestro país en 2003 confirmó que en uno de los centros estudiados se utilizaban dispositivos no homologados en más del 80% de los residentes sometidos a restricción⁵⁰.

Hoy en día esta forma de actuar habría que valorarla como irresponsable, dado que es bien conocido el peligro que entraña. De hecho, en la bibliografía especializada se describen accidentes mortales en los que se habían utilizado utensilios “artesanales”, normalmente sábanas o vendas, a modo de cinturón^{138,181}. En países como el Reino Unido el uso de dispositivos anticuados

o de prácticas inseguras, o que puedan poner en riesgo la vida del usuario (p. ej.: usar sábanas como forma de sujeción), son consideradas una forma de abuso⁴⁰.

Por ello los expertos insisten en que cuando haya que aplicar una restricción se use material homologado que cumpla los requisitos esenciales de seguridad, o cualquier otro que pueda establecer la normativa para su comercialización, y que ostenten el distintivo *CE* en su etiquetado¹⁹⁹. Sin olvidar que también estos dispositivos pueden ocasionar accidentes, por lo que siempre deberán acompañarse de las advertencias de seguridad de los fabricantes, las cuales tienen que ser conocidas por quienes vayan a atender a estos pacientes^{64,187}.

Otro dato significativo del estudio fue que solo un 31,8% del total de participantes creyó que existirían alternativas a la restricción física (tabla 10). Esta desinformación fue confirmada de igual forma por otros autores. Hardin constató en sus investigaciones que el 65% de las enfermeras entrevistadas fue incapaz de citar alternativa alguna¹⁴⁶. Asimismo Huang detectó que el 74% del personal estaba de acuerdo en que la contención sería su primera opción si tuviese que atender a un paciente problemático, y solo el 45% afirmó que intentaría aplicar una alternativa de forma previa²⁶. Chien, por su parte, comprobó que menos de la mitad de los profesionales encuestados habría intentado usar alguna vez una alternativa a la sujeción¹⁰⁷.

En general, los profesionales tienen un repertorio muy limitado de estrategias para controlar los problemas de seguridad ocasionados por personas mayores con trastornos conductuales o desorientación frecuente^{5,40,51,114}. Muchos tienen el convencimiento de que cuidar sin aplicar restricciones es imposible y de que no existen buenas opciones al respecto^{27,227}, lo que explicaría su resistencia y escepticismo ante las iniciativas para reducir su uso. Tampoco es de extrañar que algunos profesionales se nieguen a participar en los estudios, ya que los consideran irrelevantes ante la creencia de que la utilización de sujeciones es inevitable¹⁸⁰.

Estas situaciones suelen ser habituales en aquellos centros con una elevada prevalencia de uso, y donde los cuidadores apenas conocen alternativas, por lo que muchos de ellos solo pueden mencionar el “hablar con el paciente”, o el “observarlo de forma regular” como únicas opciones^{107,138}. En estos casos la restricción, al ser fácil de aplicar y tener un efecto inmediato de control sobre la persona, representa una solución rápida para los profesionales menos formados que no saben resolver de otra forma los problemas. De esta manera se convierte no solo en la primera sino en la única estrategia de cuidado^{5,141}.

Sin embargo los entornos libres de restricción son ampliamente demandados como estándar de buenos cuidados⁴⁸. Con respecto a sus beneficios, algunos estudios han detectado que cuando estos procedimientos dejan de aplicarse en las instituciones, mejora la calidad de vida y la capacidad funcional de los residentes¹²⁴. Por ello, es necesario considerar con atención las

investigaciones que avalan que la restricción física podría ser retirada con seguridad en parte de los usuarios de los centros geriátricos.

En uno de estos trabajos, realizado en 16 instituciones con una alta prevalencia de uso de sujeciones, se identificaron los dispositivos que se estaban aplicando y se plantearon alternativas para cada uno de ellos. Estas intervenciones pusieron énfasis en la valoración mediante un equipo interdisciplinar, en el cuidado individualizado de los pacientes, en su rehabilitación para mejorar la independencia funcional, así como en la formación, tanto de los profesionales como de las familias. Al cabo de dos años, el uso de estos procedimientos descendió de un 41% (858 residentes) a un 4% (89 residentes)¹⁵⁷.

Otro proyecto, puesto en marcha en cuatro residencias en las que la mayoría de los usuarios tenía un deterioro funcional y cognitivo, localizó más de 1.200 alternativas para reducir el riesgo de caídas en camas, eliminando el uso de muchas de las barras laterales que hasta ese momento se aplicaban con excesiva frecuencia²³². Estos datos ponen en evidencia que, con un enfoque adecuado, pueden encontrarse opciones al uso de restricciones físicas.

Sin embargo, dada la complejidad de las situaciones que propiciarían esta cuestionada práctica, se plantea la importancia del enfoque interdisciplinar; algunos autores han encontrado que aplicándolo en la toma de decisiones se facilita su reducción, especialmente en las situaciones de difícil resolución^{53,182,201}. En el anexo 8 se recogen algunas estrategias para minimizar el uso de estos procedimientos.

6.3.1 La formación de los profesionales

Es incuestionable que la formación es un factor que condiciona el nivel de conocimientos de los profesionales, teniendo por tanto una relación directa con la calidad de los cuidados. Por ello, en uno de los cuestionarios de esta investigación se incluyeron varias preguntas sobre la instrucción recibida por el personal y sobre cuál era su opinión acerca del nivel de formación que poseían en materia de restricción de pacientes.

Al analizar los resultados llama la atención que un 63% del total de la muestra encuestada afirmó que apenas había asistido a cursos o actividades de formación. También sorprende que solo el 24,3% hubiese leído más de dos documentos sobre esta cuestión (tabla 5).

Por lo que respecta a la percepción que tenían sobre su nivel de formación un 69,8% del total creía, lógicamente, que no era bueno (tabla 5). Estos datos resultan todavía más significativos cuando se comprueba que, a pesar de su escasez de formación, el 99% del total había aplicado restricciones en alguna ocasión; en concreto un 57,4% afirmó haberlo hecho muchas veces (tabla 19).

Resultados similares a estos han sido obtenidos por otros autores lo que confirmaría que, en general, la formación en este terreno es muy escasa^{182,220,227}. Un estudio realizado por Janelli sobre los conocimientos de las enfermeras mostró que un 54,9% no había leído en el último año ningún tipo de documentación (revistas, informes, folletos) relacionada con el uso de restricciones físicas²²⁰. Asimismo, un 86% no había participado en ninguna actividad de formación específica sobre esta materia. Cuando se les preguntó si creían poseer los conocimientos adecuados solo un 19,6% contestó afirmativamente²²⁰.

Esta carencia formativa podría influir no solo en que el personal sea incapaz de encontrar opciones a la contención, sino también ser una de las razones por las que, a pesar de tener una actitud negativa, siga considerando su uso. Por otro lado, se ha detectado que aquellos profesionales con mejores conocimientos y formación sobre alternativas aplican menos este procedimiento. Así, un estudio realizado en Suecia confirmó que en las unidades libres de restricciones el personal poseía una mayor formación que en aquellas donde la prevalencia era más elevada¹⁶⁶. En la misma línea, un estudio¹¹² transcultural realizado en centros de características similares de Estados Unidos y Escocia reveló que en las instituciones americanas, con una tasa de prevalencia siete veces mayor, las enfermeras solo fueron capaces de citar 2,2 alternativas a la sujeción, mientras que las británicas nombraron un promedio de 5,1.

En nuestro país son escasas las actividades docentes que tratan específicamente sobre la sujeción física y sus alternativas. Por el contrario, en países como el Reino Unido la situación es diferente, y sus leyes son claras en este terreno. Así, el Comité de Derechos Humanos de la Cámara de los Comunes advirtió que “ningún miembro de la plantilla debería implicarse en el uso de procedimientos de restricción a menos que haya sido adiestrado para ello”^{25,40}. En el caso de las enfermeras esto es básico, ya que suelen ser las responsables de aplicar este procedimiento y, en cierto modo, quienes impulsan su indicación.

Con respecto a la efectividad de las actividades de formación los resultados son dispares. Un estudio realizado en varios centros noruegos demostró su eficacia al verse reducida un 54% la prevalencia de uso de restricciones en el grupo donde se había realizado la intervención; mientras que en el grupo control se incrementó un 18%⁶⁹. Otra investigación realizada en Suecia reveló que tras la formación del personal las sujeciones físicas habían descendido en un 34,6%¹⁵⁵. Huang comprobó también que incluso una sesión de 90 minutos de duración ayudaba a las enfermeras a mejorar sus conocimientos, conseguía cambiar su actitud e influía sobre la práctica²⁶.

Si bien, en contraste con esto, otros trabajos no han podido demostrar que la formación tenga siempre una significación estadística sobre la práctica profesional y las actitudes del personal^{152,201,231,233}.

En un estudio holandés realizado en 15 unidades de psicogeriatría se formó al personal durante dos meses con el objetivo de investigar si ello conduciría a una reducción en el uso de contenciones. El programa tenía como finalidad estimular a las enfermeras para que adoptaran una filosofía de no-restricción y que se familiarizaran con las prácticas basadas en unos cuidados individualizados. Tras concluir el estudio se comprobó que la intervención no fue efectiva, ya que la actitud de los profesionales no había cambiado⁵².

Estos decepcionantes resultados pudieron deberse a que, si bien el personal de enfermería juega un importante papel en la aplicación de restricciones, quizás hubiera sido más adecuado implantar un programa multidisciplinar de formación que incluyese al resto de los profesionales implicados en la atención de los pacientes⁵². Otra explicación vendría dada por el hecho de que los principales predictores de la sujeción, el deterioro funcional y mental, se agravan a medida que la persona va envejeciendo. Por ello, sería de esperar que en una determinada unidad los ancianos se fuesen volviendo cada vez más frágiles, precisando de un mayor uso de procedimientos de restricción⁵².

Por otro lado, en este tipo de intervenciones es difícil llegar a saber en qué grado los profesionales se beneficiaron de la formación, ya que bien pudiera ser que los conocimientos adquiridos no fuesen suficientes para poder desarrollar una auténtica política de no-restricción. Hay que tener en cuenta que los programas suelen variar en gran manera de unos a otros, especialmente en lo que se refiere a duración y contenido^{49,140}; y según Suen, parte del fracaso se debe a que se plantean de manera errónea, conclusión a la que también han llegado otros autores^{106,182}.

Con el fin de proporcionar una amplia visión del tema, las actividades de formación deberían incluir, en primer lugar, contenidos relacionados con el manejo correcto de la persona sometida a restricción física. La aplicación de estos dispositivos puede generar efectos adversos y situaciones de riesgo, con lo cual la formación del personal será fundamental para tratar de prevenirlos o minimizarlos. A continuación deben abordarse las creencias erróneas relacionadas con su aplicación, así como las consideraciones éticas y legales.

Pero de manera especial estos programas deben centrarse en la minimización de su uso; por ello es importante que sus contenidos incluyan alternativas, lo que ayudará a garantizar la seguridad de los usuarios sin dañar su dignidad y derechos^{140,180,201}. Una revisión sistemática sobre terapias no farmacológicas en la enfermedad de Alzheimer concluyó que la formación de cuidadores profesionales en medidas alternativas a la restricción física consiguió reducir el uso en pacientes institucionalizados en comparación con los grupos control²³⁴.

Suen sugiere que para conseguir resultados favorables no solo es importante seleccionar correctamente los contenidos de los programas, sino que debe darse también importancia a la metodología. Esta debería incluir técnicas de *role-playing*, estudio de casos, simulaciones, debates y discusiones sobre

situaciones específicas¹⁸². Asimismo, Kuske propone incluir tras la formación un refuerzo continuo de los conocimientos mediante sesiones de *feedback* y charlas recordatorias; también advierte sobre la importancia de complementar la formación con cambios en las condiciones de trabajo —a través de planes de cuidados individualizados, mayor tiempo de personal y mejoras en el entorno— que aumenten la seguridad y potencien la autonomía de los ancianos²³³.

Por su parte Pellfolk sostiene que para garantizar la eficacia de la formación, además de los contenidos, debe tenerse en cuenta la duración de los programas⁴¹. Así, según la literatura especializada aquellas iniciativas que se desarrollaron durante al menos seis meses^{69,128} tuvieron más éxito que las que duraron menos de dos meses⁵², siendo probable que el tiempo mínimo necesario para asegurar su efectividad sea de tres meses⁴¹.

Por otro lado deben tenerse en cuenta las recomendaciones de algunos autores que aseguran que los beneficios de estos programas son mayores cuando los profesionales disponen del apoyo de una enfermera consultora que, con posterioridad a la actividad formativa, les asesore en aquellas situaciones de compleja resolución^{5,41,232}. Durante un ensayo clínico efectuado en varias residencias a lo largo de 12 meses se comprobó que el grupo control experimentó una reducción del 11% en el uso de restricciones; en el grupo que había recibido formación la reducción fue del 23%; mientras que en el grupo donde se compaginó formación con el soporte de un experto la reducción fue del 56%¹²⁸.

Este estudio demostró que la combinación de la educación con el apoyo de una enfermera especialista consultora era más efectiva para disminuir la aplicación que cuando se realizaba únicamente formación. Las consultas consistieron en reuniones multidisciplinarias donde se evaluó el uso que se hacía de la restricción, se discutieron las dificultades para conseguir un modelo de cuidados libre de sujeciones en el que se estimulase el uso de alternativas, y se debatió sobre la atención de pacientes con problemas de conducta o historia de múltiples caídas^{49,128}. Estas estrategias han sido consideradas también esenciales por otros autores^{52,182}.

Otros investigadores advierten que la eficacia de los programas de formación se incrementa cuando se cuenta con el soporte del personal directivo de los centros^{5,69,128}. Su implicación es primordial, dado que son los encargados de promover que los conocimientos adquiridos se implanten en la práctica asistencial^{120,146,182}. Deben apoyar tanto las medidas que supongan cambios en los procedimientos de trabajo como las que se refieran a mejorar los recursos existentes. Asimismo deben ayudar a mitigar las dudas y temores que presente el resto del personal¹¹¹.

Por último habría que recordar que la falta de formación es también una materia pendiente en los centros de enseñanza relacionados con las ciencias de la salud, los cuales no suelen incluir en sus programas asignaturas que aborden

en profundidad esta problemática. De hecho, los estudiantes que no han recibido todavía formación práctica clínica desconocen este procedimiento, mientras que aquellos que han rotado por unidades hospitalarias afirman que se les ha aleccionado en el uso del mismo¹³⁸.

Es necesario, por tanto, incluir en el currículo de los futuros profesionales estrategias formativas que aborden la utilización de alternativas a las restricciones físicas; asimismo deberían ser adiestrados no solo en el control de la conducta, sino también en la valoración de las causas de los problemas de comportamiento que suelen conducir a la aplicación de una contención. Esta formación debería además contener los principios éticos de respeto por las personas que tendrían que primar en la asistencia, y todo ello combinado con estancias en centros libres de restricciones²³¹.

6.4 La práctica profesional

Es evidente que la manera en la que los profesionales emplean las restricciones físicas va a condicionar la salud y la calidad de vida de las personas sometidas a estos procedimientos. Los estudios que plantean las razones por las que se utilizan y la manera en la que esto se hace muestran una gran disparidad entre los diferentes centros^{26,182,200,221}. Por este motivo en el presente trabajo se ha considerado interesante examinar, por un lado, cómo aplican este procedimiento los profesionales que tienen una responsabilidad directa en el cuidado de los mayores; y por otro, analizar las razones que les llevan a usarlas.

Con respecto al resultado general del cuestionario de práctica profesional que ha explorado la praxis de la población estudiada la puntuación total obtenida ha sido de 1,94 en un rango de 1 a 3, reflejando este último valor la práctica más adecuada (tabla 6). Por lo que respecta a las diferencias entre los dos colectivos, se observa que el nivel de las enfermeras es superior al del personal auxiliar (2,06 frente a 1,89) existiendo una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,01$). Por el contrario, no se encontró correlación entre años de experiencia o edad en ambos grupos con respecto a la práctica profesional.

Tras analizar los resultados se ha detectado que, si bien la práctica relacionada con el uso de restricciones podría considerarse en general aceptable, en algunos aspectos las respuestas del personal contradicen las recomendaciones y los estándares de calidad establecidos al respecto^{119,140,185,187}.

Así por ejemplo resulta significativo el dato de que solo el 66,3% de las enfermeras encuestadas explicaba siempre al paciente el motivo por el que se le aplicaba este procedimiento (tabla 14). Otros estudios realizados en este sentido también mostraron que hasta un 40% de las enfermeras no llegaban a comentar con el usuario estas cuestiones, siendo las que poseían menor experiencia profesional las que informaban con menos frecuencia²³⁵.

Se debe considerar que el hecho de que un anciano ingrese en un centro no significa que se haya extendido un talón en blanco para que el personal actúe libremente. Por lo tanto, uno de los requisitos legales que habrá que formalizar antes de ejecutar determinadas prácticas profesionales será solicitar su consentimiento^{99,101}. Si el usuario se encuentra capacitado y orientado se le podrá pedir la autorización antes de aplicarle la restricción. Y aún en el supuesto de que no esté en disposición de prestar su consentimiento nada impide al personal comentarle por qué se hace y cuándo está previsto retirarlo.

Los estudios al respecto indican que, en ocasiones, los profesionales no creen necesario requerir dicho consentimiento o informar al residente sobre el posible uso de una restricción física, de forma que ellos mismos toman la decisión. Así, un trabajo realizado por Zanza detectó que en un 63,9% de las historias revisadas no existía consentimiento del paciente o tutor legal¹¹³. De igual forma otros estudios advierten que raramente los profesionales discuten con el paciente o la familia el uso de dichos procedimientos²³⁵.

Estos datos van también en la línea de los resultados recogidos en nuestro cuestionario de conocimientos, donde solo un 56,2% del total del personal estaba de acuerdo con la afirmación de que el paciente puede rechazar el uso de restricciones (tabla 10); resultado que debemos calificar de desalentador. Asimismo Janelli detectó que una mayoría de los entrevistados en su estudio no eran conscientes de que la persona podría tener derecho a rechazar que le aplicasen un procedimiento de restricción. De forma paradójica, estos mismos profesionales quisieran disponer de ese derecho si ellos fuesen los pacientes²⁰¹. Igualmente en nuestro trabajo un 44,3% del total de profesionales consideró que debería tener derecho a rechazar el uso de restricciones si fuesen pacientes (tabla 19).

Precisamente uno de los objetivos de la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente, es reducir el riesgo de que este tipo de medidas se tomen de manera unipersonal y con poco criterio³⁸. Dicha ley señala que toda actuación en el ámbito de la salud necesita el consentimiento del afectado o de las personas vinculadas a él.

En los centros de atención a personas mayores son muchos los usuarios que no se encuentran capacitados para dar su autorización, por lo que en esos casos será el tutor legal o la familia los que tengan que darla^{101,228}. Con respecto a esta cuestión la mayoría de las familias quiere ser informada antes de que se tomen ciertas medidas, como puede ser la de aplicar una restricción^{53,217}.

Sin embargo, una parte de los encuestados afirmó que no comunica a la familia los motivos por los que se usa la restricción, siendo especialmente llamativa, desde nuestro punto de vista, la respuesta de las auxiliares, donde solo un 24,3% afirmó comentar siempre con la familia esta cuestión (tabla 15). Por otro lado se detectó que más de un 60% del total de la muestra no veía tampoco necesario pedir el consentimiento informado (tabla 19).

Esta forma de proceder ha sido también detectada en otros trabajos^{106,107}. Así, en uno de ellos el 71% de los profesionales opinaba que la familia no tenía derecho a rechazar el uso de esta medida¹⁰⁶. No obstante, otros estudios han hallado resultados opuestos, identificando que la mayoría de las enfermeras encuestadas (98%) había consultado con los familiares la necesidad de aplicar restricciones físicas²²⁴. Por otro lado Kanski comprobó que un 48% de las familias hubiese deseado que los profesionales proporcionasen más información con respecto a la restricción de sus allegados²¹⁸.

En este sentido el consentimiento informado representa una oportunidad para discutir con todas las partes implicadas la conveniencia de utilizar un procedimiento de restricción. Pero no debemos olvidar que este trámite debe ser analizado cuidadosamente, ya que, en muchos casos, tanto los familiares como los profesionales podrían basarse únicamente en sus propios valores a la hora de tomar decisiones, y proceder en contra de la voluntad y deseos del usuario^{96,106}.

De hecho en algunos países, como Australia, la familia o el representante del paciente no tienen la capacidad legal para requerir la restricción física del mismo, ya que se trata de una decisión clínica que debe ser tomada por expertos. Estos deben documentar todo el proceso de toma de decisiones, incluyendo las razones de las mismas, teniendo en cuenta que son responsables legales de las medidas adoptadas y de sus consecuencias¹³⁹.

En otros casos, como el de Alemania, la ley no permite su uso ni siquiera con la autorización de expertos o de parientes cercanos, incluido el cónyuge. El código penal de este país indica que los familiares tampoco tienen autoridad para aplicar medidas de privación de libertad⁶⁵. Con el fin de evitar que tanto la familia como los profesionales tomen decisiones por el propio paciente algunos autores sugieren que este elabore, mientras se encuentre capacitado, un documento de instrucciones previas o voluntades anticipadas^{101,102,104}.

A la hora de solicitar el consentimiento informado, Zanza también señala la importancia de que los profesionales eviten el enfatizar los riesgos que suelen mostrar las personas mayores, así como presentar la restricción física como única solución o no informar sobre las posibles alternativas¹¹³. En esos casos el consentimiento podría prestarse bajo la creencia de que se trataría de un procedimiento necesario, con un total desconocimiento de las complicaciones que su uso implica²¹. Además, habrá que comprobar si se está solicitando para situaciones puntuales y temporales, o bien se trataría de consentir *sine die* y sin especificar los motivos concretos que provocarían su aplicación¹¹³.

En la actualidad en las instituciones de personas mayores de nuestro país empieza a ser habitual pedir el consentimiento informado de la familia o del paciente para aplicar una restricción física. Incluso algunos centros, si no cuentan con ella, optan por comunicar al juez la decisión tomada al respecto^{51,131}.

Otro dato preocupante hallado en este estudio es que solo el 46,7% de las enfermeras afirmó que registraba siempre en la historia del paciente las novedades relacionadas con el uso de dispositivos de restricción física (tabla 14); si bien, y tal como reflejaba el cuestionario de conocimientos, todas reconocían que era necesario hacerlo en cada turno de trabajo (tabla 11).

La literatura científica muestra datos dispares al respecto; así, mientras que un estudio de Chien indicaba que un 76% de las enfermeras era consciente de la necesidad de registrar esta clase de información¹⁰⁷, otro realizado por Janelli señalaba que solo el 47% lo creía necesario²⁰¹. Por su parte un trabajo relacionado con la frecuencia con la que se registra en la historia mostraba que un 57% de las enfermeras lo hacía siempre, un 38% lo hacía en algunas ocasiones, y un 5% no lo hacía nunca²³⁵.

En este sentido queremos recordar que todo proceso que suponga la aplicación de una sujeción debería ser registrado adecuadamente en la historia del paciente; esto implicaría que se está asumiendo la debida responsabilidad en la gestión de este procedimiento²³⁵. Pero en general la documentación relacionada con la restricción suele ser somera y poco precisa^{33,201}. No es por ello infrecuente encontrar historias en las que no se documenta de forma adecuada su uso (duración, medidas aplicadas, consentimiento informado, etc.), ni figura la correspondiente prescripción facultativa^{50,138,150}.

Esto puede ser debido, según Karlsson, a que no se considere una intervención con la suficiente relevancia como para ser documentada²⁴, y a que se vea más como un cuidado menor en el que no serían necesarios los registros ni una orden de prescripción. Sin embargo debe recordarse que la ausencia de registros limita la posterior valoración de la efectividad de esta medida, lo que incrementa el riesgo de que una vez se comienza a aplicar se perpetúe en el tiempo²⁴. De hecho solo una parte de las enfermeras encuestadas en nuestro trabajo reevalúan en un momento dado la posibilidad de retirar el dispositivo (tabla 14), aspecto que será comentado con posterioridad.

A diferencia de España, donde tal como vimos en la primera parte apenas se ha legislado al respecto, en otros países las leyes contienen referencias concretas sobre los datos que deben figurar en las historias clínicas con relación a la aplicación de restricciones. Así, en el Reino Unido, la Mental Health Act ya establecía en 1983 que se incluyesen en la historia las razones por las que se utilizaba el procedimiento, en qué circunstancias se haría, con qué dispositivo y de qué manera sería revisado todo ello⁴⁰. Diversos organismos han elaborado también recomendaciones sobre la información que debería constar en la historia, como la Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)¹¹⁹, que pueden consultarse en el anexo 5 de este documento.

Al igual que otros autores, creemos que una de las formas de promover el registro de toda la información sobre el uso de las restricciones físicas es

disponer de un protocolo que así lo establezca^{98,150}. Sin embargo, solo un 39,9% del total de profesionales encuestados en este trabajo afirmó que en su centro existía un protocolo o guía relacionado con su aplicación (tabla 20), dato similar al hallado en otras investigaciones. Así, un estudio realizado entre 157 enfermeras holandesas mostró que únicamente un 19% afirmaba disponer de un protocolo en su institución, mientras que el resto lo desconocía (65,4%) o alegaba que no existía (15,6%)⁵³.

Nos ha llamado también la atención el hecho de que, tal como recoge la tabla 20, parte del total de profesionales encuestados que manifestaron disponer de protocolo no lo habían leído (28,4%) o no lo aplicaban siempre (26,1%). Pensamos que esta falta de interés podría estar vinculada con la creencia de que el uso de restricciones físicas incrementa la seguridad de los cuidados y disminuye el riesgo de problemas, por lo que, como manifiesta Hill, no se aceptan fácilmente normas que limiten su uso¹⁸⁰.

Pero a tenor de los expertos, una rigurosa protocolización en materia de restricción impide que las decisiones se tomen en base a opiniones inspiradas en formas de cuidado tradicionales, que perviven sin haberse demostrado su efectividad, en lugar de considerar unos criterios científicos que validen la actuación^{9,98,150}. De hecho, aquellos profesionales que en nuestro estudio aseguraron que existía protocolo en su institución, presentaban una mejor práctica profesional que aquellos en cuyos centros no existía o lo ignoraban.

Dada la ausencia de leyes específicas, creemos que en España sería conveniente que todos los centros contasen con directrices que regulasen la aplicación de sujeciones. Estas deberían basarse en políticas de no contención que pudieran combinarse con el uso de medidas restrictivas para aquellos casos en los que fuese realmente necesario; y que además se estableciesen a partir de los principios éticos de autonomía, beneficencia y no maleficencia, y teniendo en cuenta los valores del paciente o familia. Para su elaboración podrían tomarse como referencia los códigos de las asociaciones profesionales y de las sociedades científicas, tanto de ámbito nacional como internacional^{25,89,110,139}. Quizás con ello se conseguiría hacer un uso más racional de este procedimiento impidiendo que se utilizase en personas en las que no estuviese indicado.

Otro aspecto relacionado con la restricción física que resulta de gran interés es el que vincula el uso de la misma con la ratio de personal. Con respecto a esto un 68,5% del total de los profesionales encuestados respondió que no se utilizaban más cuando había escasez de personal que cuando estaba la plantilla completa (tabla 13). Aunque por otro lado, solo un 16,4% pensaba que los recursos con los que contaba su centro eran suficientes para atender a las personas mayores dependientes sin aplicar sujeciones (tabla 20).

Existe la creencia generalizada de que en las instituciones de personas mayores el número de profesionales necesarios para poder prestar cuidados

suele ser escaso. Esta situación, según Rees, podría causar prácticas poco éticas, como la innecesaria aplicación de una restricción²²⁹. Una revisión sistemática realizada para determinar las razones por las que se utilizaban estos dispositivos, concluyó que en un 54% de los trabajos analizados los profesionales alegaron que se hacía para compensar la falta de personal¹⁶⁷. De hecho un estudio de Scherer detectó que un 81% de las enfermeras consideraba que esta, y no las necesidades de los pacientes, era la principal razón por la cual se aplicaban²²⁴. Un trabajo sobre la percepción de las familias ante la restricción también indicaba que estas justificaban su uso dada la escasez de enfermeras para cuidar de los usuarios²¹⁶.

Saarnio apunta a que si bien en las instituciones hay establecido una ratio de personal que debería ser suficiente para atender las necesidades de los residentes, en muchas ocasiones esa cifra disminuye, especialmente los fines de semana³³. En un estudio realizado en nuestro país los autores evidenciaron que las unidades disponían de un número excesivo de camas para las capacidades de los recursos humanos asignados¹¹³. Ello da lugar a que en muchos momentos el personal no pueda estar con los ancianos debido a que debe realizar otras tareas, y, por tanto, se vean obligados a recurrir a la sujeción para controlarles y evitar que sufran algún percance¹³¹. Argumentos similares son planteados en otros trabajos^{54,201,228}.

También puede recogerse en la literatura especializada que, en general, las residencias libre de restricciones disponen de una mayor ratio de enfermeras-paciente que aquellas que más aplican este procedimiento¹⁷⁵. Y de hecho expedientes abiertos a centros por deficiencias relacionadas con el uso de contenciones físicas muestran que en aquellos donde existe un menor número de enfermeras diplomadas hay un mayor número de denuncias por mala calidad asistencial vinculada a esta práctica¹²². Por su parte algunos directivos reconocen que las opciones son costosas, ya que consumen mucho tiempo del personal, y afirman no tener financiación para implementarlas^{54,157,236}.

Es evidente que además de la ratio, un aspecto importante es la proporción de enfermeras graduadas con relación al personal auxiliar, así como su experiencia^{100,175-177}. Tal como se ha mencionado con anterioridad, la población de enfermeras de los centros participantes en nuestro estudio (124) es sensiblemente menor a la de las auxiliares (564), algo habitual en la mayoría de los centros.

Con respecto a esto hay que recordar que los residentes suelen presentar complejas necesidades que requieren la presencia de profesionales cualificados y entrenados en el manejo de problemas de conducta y prestación de cuidados individualizados^{123,177}. Por tanto, la reducción de enfermeras frente a otro tipo de cuidador puede disminuir el pensamiento crítico y la calidad de la atención^{30,177}. Esta situación es muy evidente en los centros donde hay numerosos ancianos con demencia y gran número de auxiliares, o donde el personal más cualificado disminuye en ciertos periodos debido a la organización de los turnos^{36,124,154,177}.

Mohr afirma que el cuidado de los pacientes vulnerables ha estado tradicionalmente delegado en los profesionales con menor formación, los que menor salario reciben, los que padecen una mayor rotación por los servicios y los que, además, suelen tener una actitud más favorable a la restricción¹⁰⁰. Estudios previos han confirmado que dicho personal, por desconocer qué intervenciones psicosociales podrían implementarse, suele tener bajas expectativas acerca de la calidad de vida que pueden llegar a tener los ancianos frágiles³⁶. Por ello, buena parte de los expertos recomiendan que si se quiere modificar esta tendencia y minimizar la aplicación de contenciones, no solo bastará con plantearse el incremento de plantilla sino que también habrá que tener en cuenta su cualificación profesional^{114,124,177}.

Frente a la creencia de que el uso de restricciones permite reducir la ratio de personal, algunos autores recuerdan que para atender a un usuario sometido a ellas habría que contar con cuidadores suficientes para movilizarlo de forma frecuente, cubrir sus necesidades de eliminación, supervisarlos, etc.^{125,236}. Por tanto, el tiempo necesario para efectuar estos cuidados podría ser superior al empleado cuando no se aplica este procedimiento^{54,112,178,236}. Según un estudio realizado al respecto, aquellos pacientes a los que se les aplicaba una restricción física precisaban de una cobertura media de cuidados de 4,5 horas al día, mientras que en aquellos no sometidos a ella el tiempo era de 2,7 horas¹¹¹. Similares resultados se describieron en otros trabajos que afirmaban que los usuarios sometidos a una sujeción consumirían un 40-60% más de tiempo de cuidados²³⁶.

En base a esto habría que considerar que quizás el aumento de plantilla en los centros no necesariamente disminuirá el uso de restricciones físicas ni cambiará la actitud del personal hacia ellas¹⁵⁹. De hecho, en un estudio sobre programas de formación dirigidos a minimizar su uso, Evans comprobó que se podía conseguir ese objetivo sin tener que incrementar el personal¹²⁸. Bradley, por su parte, evidenció que tras un proyecto educacional de varios meses pudo reducirse este procedimiento sin que ello requiriese personal adicional para atender a aquellos residentes que habían sido liberados del mismo²²². Otro estudio realizado en 16 centros de larga estancia detectó que se consiguió disminuir la prevalencia de uso de un 40,5% a un 4,1% sin aumentar la ratio de personal⁵⁴.

De igual forma deben mencionarse otros trabajos que sugieren que las características de la plantilla no serían un factor predisponente al uso de una restricción tan importante como las características del residente^{48,159,166}. De hecho en las unidades que carecen de enfermeras también sería posible reducir su aplicación mejorando la formación del resto del personal y realizando un abordaje interdisciplinar^{122,176}. Todo esto indicaría que, además de la ratio y la cualificación profesional, podría haber otros factores igualmente determinantes en el uso de este procedimiento, aspecto que sería interesante estudiar en el futuro.

Otro de los ítems relacionado con la práctica profesional era el que indagaba sobre la reevaluación de esta medida por parte de las enfermeras encuestadas. Los resultados mostraron que solo el 54,3% valoraba siempre si el dispositivo podría ser retirado en un momento dado (tabla 14). Un trabajo publicado de forma reciente en nuestro país detectó que, con respecto al total de sujeciones empleadas en el centro estudiado, un 71,4% se aplicaba de forma permanente; los autores pensaron que ello podía ser debido a la falta de reevaluaciones periódicas de la situación del residente⁵¹. Similares resultados han sido encontrados en otras investigaciones, donde el personal afirmó que los residentes solían ser sometidos a una contención durante años sin que en ningún momento se hubiese planteado su retirada¹²⁵.

Por el contrario, otro trabajo indicaba que un 64% de los centros encuestados valoraba periódicamente el uso de la restricción, un 35% lo hacía en ocasiones y un 1% nunca. En ese mismo estudio se comprobó que la discusión entre los profesionales sobre su aplicación incrementaba el registro de la información en la historia del paciente. Según Saarnio un debate activo permitiría al personal expresar sus diferentes puntos de vista ante esta práctica asistencial, de la cual poco se habla en la mayoría de los centros²³⁵.

En este sentido creemos que la aplicación de restricciones debería no solo ser consensuada por el equipo, sino que además tendrían que revisarse de forma periódica los beneficios de continuar con dicha medida: un procedimiento que fue eficaz en un momento dado puede resultar inapropiado a medida que cambian las condiciones del usuario; opinión que comparten otros autores^{94,103}.

Con el fin de complementar la información sobre la práctica profesional se incluyeron una serie de ítems relacionados con aspectos de tipo ético y legal. En uno de ellos se preguntaba a los participantes si consideraban el uso de una restricción física como una forma de maltrato. La respuesta fue bastante categórica: un 71,5% del total afirmó que nunca la valoraría como tal, mientras que un 27,7% respondió que en algunos casos (tabla 20). Se apreció una notable diferencia entre los colectivos; así un 76% del personal auxiliar nunca la contemplaría como una forma de maltrato, frente a un 56,7% de las enfermeras. Una posible explicación a ello es que quizás estas analizasen de una manera más crítica las razones dadas para el uso de la restricción, y creyesen que no siempre su aplicación estaría justificada.

Con respecto a esta cuestión algunos autores mantienen que la utilización de estos procedimientos en personas mayores, especialmente aquellas con deterioro cognitivo, podría llegar a ser inhumana y vejatoria¹⁰⁴. Ello es evidente cuando se aplica por conveniencia de los cuidadores y sin que haya una causa que verdaderamente la justifique. Una revisión sistemática sobre maltrato en ancianos mostró que uno de cada cuatro estaría en riesgo de sufrir un abuso físico que incluiría alguna forma de restricción²³⁷. De hecho, hay profesionales de enfermería que la consideran como una de las causas de abuso más habituales en los ancianos dependientes¹³⁷.

Para establecer si una determinada actuación constituye o no una mala práctica habrá que valorar cuánto se acerca o aleja de los estándares profesionales. Para ello podemos servirnos de protocolos que nos ayudarán a evitar que las decisiones se tomen en base a juicios personales, y disminuirán el riesgo de un uso indiscriminado o negligente, idea que comparten otros autores^{51,137}.

Sin embargo no debe olvidarse que el hecho de aplicar un procedimiento de restricción no tiene por qué ser calificado como algo inaceptable o incorrecto. Puede que en determinadas situaciones sea necesario para eludir ciertos problemas (p. ej.: paciente que deambula hasta el agotamiento y al que sería recomendable inmovilizar periódicamente para que descanse). En nuestra opinión, el uso abusivo o malicioso sería lo que habría que calificar de incorrecto, o incluso de maltrato.

Otro aspecto sobre el que se indagó en esta investigación es acerca de la necesidad de disponer de una orden médica para poder aplicar una sujeción. A tenor de lo respondido en el cuestionario de conocimientos, ambos colectivos parecen estar totalmente de acuerdo con dicha cuestión (tabla 10). Sin embargo en el cuestionario de práctica profesional se perciben diferencias en este sentido (tablas 14 y 15). Así, frente a un 6,6% de auxiliares que algunas veces decidiría aplicar una restricción sin consentimiento médico, hay un 33,7% de las enfermeras que actuarían de la misma forma. Pensamos que esta respuesta podría estar relacionada con la urgencia que puede tener el caso o con que las enfermeras creen tener el suficiente criterio profesional para aplicarla.

De hecho, si bien en la mayoría de los países es preciso disponer de prescripción facultativa para poder colocar una restricción^{20,45,145,151}, algunos profesionales siguen viéndola como un dispositivo de protección que no requiere de dicha orden^{149,150,238}. Un estudio realizado en Turquía muestra que el 53,5% de las enfermeras entrevistadas no juzgaba necesaria la autorización médica y en el 98,4% de los casos no se disponía de la misma, pese a lo cual los profesionales no lo consideraban un problema¹³⁸.

También existen diferentes opiniones en la respuesta dada por el personal encuestado respecto a quién debería tomar la decisión de aplicar una restricción física. En el caso de las auxiliares esta responsabilidad se la adjudicarían en primer lugar al médico (51,2%) y en segundo lugar al equipo multidisciplinar (28,1%). Con relación a las enfermeras (tabla 20) el equipo sería la referencia para la mayoría de la muestra (41,8%), y en segundo lugar el médico (30,8%). Nuevamente parece que las enfermeras darían relevancia al papel que puedan tener otros profesionales en la decisión de utilizar restricciones, y no solo al facultativo.

Hasta hace menos de una década en los centros de personas mayores, tanto de nuestro país como en el ámbito internacional, solían ser la enfermera o el auxiliar de enfermería las que tomaban la decisión de aplicar este tipo de dispositivos^{113,146-148}. Un trabajo desarrollado en 2003 señalaba que en las

unidades de agudos era la enfermera, con la posterior ratificación del médico, la que adoptaba la iniciativa; en las residencias de ancianos, por el contrario, solía ser el auxiliar de enfermería. Probablemente ello fuese debido a que en este tipo de instituciones dicho personal constituía el colectivo más numeroso, al no haber casi enfermeras tituladas⁵⁰.

Hoy en día, en España, esta decisión tiende a ser consensuada por el equipo multidisciplinar y la familia, y debe ser prescrita por un facultativo en la historia clínica del paciente^{50,51,131}. En este sentido, consideramos básico que todo el personal, especialmente las enfermeras, se implique en la toma de decisiones, ya que, si bien el médico tiene la responsabilidad, las consecuencias van a comprometer a todos.

Además creemos que una buena interacción del equipo con el facultativo es fundamental, ya que, aunque este profesional sea el responsable de prescribir el uso de la restricción, en ocasiones su presencia en las unidades es circunstancial, especialmente en las residencias de ancianos¹⁵¹. Por ello, de cara a establecer las medidas más adecuadas para tratar a un paciente, se debería tener en cuenta el criterio del resto del personal; eso sí, evitando tomar decisiones basadas más en la conveniencia que en el interés del usuario.

Otro de los ítems que indagaba sobre los aspectos legales, preguntaba a los profesionales si aplicarían una restricción física para evitar un problema legal en el caso de que el paciente sufriese algún percance (tabla 19). En este sentido un 72,6% del total respondió que siempre o algunas veces. Por lo que respecta a las auxiliares el porcentaje fue del 77,1%, mientras que en el caso de las enfermeras fue del 57,8%. Nuevamente la explicación a esta importante diferencia podría ser que el personal auxiliar, al estar más tiempo con los usuarios, se sienta más responsable por los posibles percances que puedan ocurrir y tenga miedo de que se le culpe en caso de que suceda algún problema.

La literatura científica confirma que el temor a un litigio es una de las razones que puede desencadenar el uso de las restricciones físicas^{30,31,157}. Así, una revisión sistemática realizada para determinar cuáles eran las causas por las que se aplicaban estas medidas, concluyó que en el 50% de los estudios los profesionales alegaron que lo hacían para reducir el riesgo de responsabilidad legal¹⁶⁷. Hantikainen comenta que los profesionales muestran sus miedos ante dicha responsabilidad en expresiones como: “si alguien se levanta por la noche y de repente aparece tirado en el suelo, es a mí a quien van a acusar porque no he vigilado correctamente a esta persona”³⁰.

Con respecto a esto Gallinagh señaló que es inaceptable una protección a todo coste vinculada más con el miedo a un problema legal que con el bienestar del usuario⁵⁵. Además, por lo general, la ley entiende que la perfección no puede ser demandada ni concibe que un profesional prevea todas las posibles consecuencias que los actos de un paciente pueden provocar. De hecho, en países como EE. UU. apenas existen demandas por lesiones originadas por la

no aplicación de contenciones cuando se demuestra que se han seguido los estándares de cuidados establecidos para esa situación¹⁰³; mientras que, por otro lado, sí son habituales las denuncias por lesiones relacionadas con el uso de las mismas¹⁰⁸.

6.4.1 Razones para el uso de la restricción física

En general, los profesionales suelen alegar numerosas razones para fundamentar y justificar la aplicación de procedimientos de restricción en personas mayores. Muchas de estas se apoyan en conceptos erróneos más que en conocimientos científicos relacionados con el bienestar del paciente³⁰. Como ya afirmó Evans hace más de dos décadas, las falsas creencias también son poderosos determinantes de la conducta del personal¹¹².

Con el fin de complementar la discusión sobre la práctica profesional se examinaron los motivos que podrían impulsar al personal a usar los dispositivos de sujeción. Para esto, aparte de valorar las preguntas relacionadas con los conocimientos y las actitudes, que recogían aspectos vinculados con esta cuestión, se analizaron los resultados del cuestionario de percepción sobre uso de restricciones físicas (PRUQ). Dicho instrumento contiene ítems sobre la importancia que se le da al uso de estos procedimientos en determinadas circunstancias.

Sin duda alguna, los principales motivos por los que los profesionales aplicarían una restricción física serían las razones de seguridad, y de manera especial los riesgos de caídas^{27,107,228}, apreciándose en el cuestionario de actitudes una tendencia en ese sentido (tabla 7).

Por lo que respecta a los resultados globales del PRUQ los datos son todavía más claros. La mayor parte de la muestra consideró bastante o muy importante el uso de restricciones físicas para proteger a un anciano de una caída de la cama o de una silla (tabla 16). Con relación a las diferencias entre los dos colectivos las enfermeras las juzgaron, en general, menos importantes que el personal auxiliar. Así, por ejemplo, mientras que un 82,3% de estos valoraba las restricciones como importantes para prevenir caídas desde una silla, algo menos del 74% de las enfermeras mantenía la misma opinión (tablas 17 y 18).

Un estudio de McCabe, realizado con este cuestionario, presentó similares resultados, estimando los profesionales el uso de restricciones físicas como muy importantes para prevenir las caídas. También en ese trabajo el colectivo de auxiliares de enfermería obtuvo una puntuación ligeramente superior al de las enfermeras. Según dicho autor ello podría deberse a que este personal poseería una menor formación o a que se sentiría más culpable cuando se producía la caída de un paciente, cuestión ya comentada en un apartado anterior²²¹.

Otros trabajos confirman que en la mayoría de los países los profesionales mantienen posturas similares ante este tipo de riesgo. Una investigación de

Tinetti realizada sobre una muestra de 1.756 personas mayores ingresadas en 13 centros resaltaba que en un 72% de los casos el motivo de la restricción era prevenir caídas, en un 41% controlar la agitación, en un 20% evitar el vagabundeo y en un 14% mantener la posición corporal en personas que se encontraban sentadas¹⁷⁰. Hamers, por su parte, afirmaba que también las caídas eran el motivo por el que se aplicaban en un 80% de los casos¹⁰⁵. Hallazgos similares fueron presentados en otros trabajos^{47,57}.

En general, el riesgo de caídas suele provocar en los profesionales y en las familias estrés y ansiedad²²⁸. Ante un accidente son muchos los que consideran que quizás se podría haber hecho algo para evitarlo y que por ello alguien tendría que ser el culpable. Las caídas son, por tanto, causa frecuente de reclamación e incluso de demanda judicial y una de las principales fuentes de preocupación del personal⁷.

Si bien, como podemos comprobar en los resultados de la encuesta, una de las principales razones por las que se aplicaban restricciones físicas era evitar las caídas, debemos recordar que no existe evidencia científica que demuestre que estos dispositivos prevengan con efectividad dichas situaciones, estando demostrado que los pacientes continúan cayéndose a pesar de su uso^{56,86,172,239}. Las razones son varias.

Las personas con deterioro cognitivo, dada su incapacidad para entender lo que ocurre, tienden a agitarse, y por tanto aumenta el riesgo de caídas^{56,171,173}. También suelen ser consumidores de ciertos fármacos, como neurolépticos, sedantes o hipnóticos, que pueden condicionar su estabilidad^{56,160,171}. Con respecto a las camas los estudios muestran que los ancianos se caen al intentar salir trepando por encima de las barras laterales⁶⁴. En el caso de cinturones o chalecos, los problemas se producen cuando los usuarios se desatan y comienzan a caminar sin ayuda¹¹²; en algunas ocasiones el accidente se origina al enredarse el paciente en el propio dispositivo. Otra explicación al hecho de que continúen cayéndose a pesar de la contención es que sean supervisados con menos frecuencia, lo cual reduciría la posibilidad de evitar un percance²³⁸.

Está también demostrado que aquellos mayores a los que se les ha retirado la restricción son más proclives a sufrir un accidente cuando tratan de deambular de forma autónoma^{169,238,240}. Ello es debido a que la sujeción prolongada incrementa la debilidad y el deterioro funcional, como consecuencia de la pérdida de fuerza muscular, coordinación y equilibrio²⁴¹; y además, reduce los mecanismos de autoprotección de la persona que deberían activarse cuando se produce la caída⁸⁶.

Por otro lado, debe señalarse que los ancianos que no son sometidos a restricción no se caen más que aquellos que son inmovilizados con frecuencia^{127,168,239}, o al menos, si se caen, las consecuencias no son tan

graves^{61,114,147,167}. Veamos algunos datos relacionados con todos los aspectos comentados.

Un trabajo realizado en Inglaterra por Rubenstein detectó que en los centros donde no se utilizaban dispositivos de restricción en las camas, la prevalencia de fracturas era del 0,7-1,7%, mientras que en EE. UU., donde se usaban de manera frecuente, era del 1,8-3,8%⁸⁷. Por su parte Tinetti encontró que un 17% de los usuarios sometidos a este procedimiento había sufrido una caída que ocasionó una grave lesión, mientras que solo el 5% de los que no habían sido sometidos a sujeción había tenido una lesión similar²⁴¹. También Capezuti confirmó que en aquellos centros donde se aplicaron restricciones físicas hubo un 50% más de caídas y más del doble de lesiones menores en comparación con aquellos que no las utilizaron¹⁶⁹.

En dos residencias de mayores que nunca usaron restricciones Blakeslee detectó que se registraban menos lesiones por caídas que en aquellas instituciones que las aplicaban; en las primeras las caídas afectaban al 37,3% mientras que en los centros que las empleaban afectaban al 50,6%¹¹¹. En otro trabajo realizado en una unidad de psicogeriatría las fracturas de cadera que se produjeron durante la realización de la investigación implicaron tan solo a pacientes sometidos a una sujeción¹⁵⁶.

Por otro lado, en un estudio sobre 859 residentes, en los cuales la restricción física pasó de un 41% a un 9%, se comprobó que tras dicha reducción no aumentó el número de caídas desde las camas con consecuencias graves²³⁹. A su vez, Leeuwen realizó un trabajo retrospectivo en el que analizó 419 caídas, de las que 136 ocurrieron desde la cama. De estas, un 60% (n=55) se produjeron mientras las barras laterales se encontraban alzadas, concluyendo que las caídas sucedían tanto con ellas como sin ellas¹⁷³; por lo que habría que preguntarse si su uso en determinados pacientes evita los accidentes.

En este sentido, en 1998, el Servicio de Salud Británico solicitó a los proveedores información sobre la finalidad de las barras laterales, afirmando la mayoría que su propósito era actuar únicamente como un producto de apoyo²⁴². Por tanto, debe recordarse que estas no se han diseñado para impedir que una persona salga de la cama si es su voluntad, y mucho menos cuando se encuentra desorientada o agitada; en estos casos suelen resultar ineficaces^{62,173,198} además de peligrosas, tal como se ha dejado claro en apartados anteriores.

Dada la falta de evidencia de que estos dispositivos eviten los percances, nos deberíamos preguntar si son un método adecuado para prevenir problemas de seguridad, especialmente si tenemos en cuenta la cantidad de complicaciones que genera¹²⁷. Quizás su utilización pueda deberse más a la repetición de un modelo tradicional y rutinario, apoyado en una falsa creencia, que a una certeza basada en la evidencia científica^{30,86}. De hecho, hay ancianos que se caen

después de haberles aplicado medidas de restricción física, mientras que otros no se caen a pesar de carecer de ellas^{194,222,243}.

Otro aspecto a recordar es que, si bien los centros tienen la obligación de proporcionar un entorno seguro para los cuidados, el no riesgo no existe, por lo que deberíamos estimar que nunca se van a poder eliminar totalmente las innumerables amenazas que podrían presentarse¹⁰⁹. Tal como dice Ana Pardo, la protección de una persona mayor debe comportar la asunción de algunos riesgos¹¹⁵.

En un documento recientemente publicado por el Área de Acción Social del Ayuntamiento de Barcelona sobre los derechos y libertades de los ancianos, se afirma que: “La persona mayor con dependencia ha de poder disfrutar de la autonomía que le permitan sus capacidades físicas y mentales, aun al precio de un cierto riesgo”²⁴⁴. También el *Manual de Buena Práctica para Residencias de Personas Ancianas* de la Diputación Foral de Álava señala que: “Toda persona mayor tiene derecho a llevar, en la medida de sus deseos, una vida lo más normal posible, el derecho a la oportunidad de vivir, aprender, disfrutar del ocio y del tiempo libre sin ser automáticamente excluida de los riesgos inherentes de la vida diaria”²⁴⁵.

Por tanto, y en conformidad con esas declaraciones, apoyamos la idea de que los ancianos frágiles, a pesar de su deterioro, posean el derecho de moverse con cierta libertad debiendo los profesionales y las familias asumir la posibilidad de que ocurra un accidente.

Otras causas a las que, junto con la prevención de caídas, alude con frecuencia el personal para aplicar restricciones físicas son el control de la conducta y evitar la interferencia con tratamientos, especialmente los catéteres de alimentación^{150,165,221,243}.

Con relación a la pregunta de si estos dispositivos son necesarios para evitar que un anciano se arranque o manipule una sonda vesical o de alimentación, o un catéter venoso, alrededor del 80% del total de profesionales encuestados respondieron que lo consideraba muy o bastante importante (tabla 16). En lo que respecta a las diferencias entre colectivos, se aprecia que las auxiliares le daban más relevancia (una media de un 84%) que las enfermeras (una media del 70%). De nuevo este dato pone de manifiesto que el personal auxiliar tiene una postura más favorable hacia este procedimiento, de forma probable por las razones ya mencionadas con anterioridad (tablas 17 y 18).

Otros estudios confirman esta tendencia. Así por ejemplo Gillick comprobó que un 71% de los ancianos con demencia que usaban sondas de alimentación estaban sometidos a restricción²⁴⁶. También resulta muy significativo el trabajo de investigación realizado por Di Giulio, el cual detectó que incluso a las personas en estadio terminal de una enfermedad se les aplicaban procedimientos de sujeción. En muchos de estos usuarios las razones por las

que se consideró su uso fueron porque tenían terapia intravenosa o eran portadores de una sonda nasogástrica²⁴⁷. Situaciones similares fueron descritas por Sloane en un estudio en el que exploró las circunstancias en las que morían los pacientes con demencia²⁴⁸.

A nuestro juicio, y en la opinión de otros autores^{247,248}, el uso de procedimientos restrictivos en personas que están a punto de fallecer parece completamente impropio. Creemos que en estos casos tanto los profesionales como las instituciones deberían mirar más allá de sus convencionales rutinas de trabajo y asegurarse de que sus prácticas son respetuosas con la dignidad de sus pacientes. Claramente, lo más importante es que vean el fenómeno de la sujeción desde el punto de vista del anciano y recuerden que cuidan personas y no cuerpos.

Con respecto al sentir de la población sobre el uso de estos dispositivos en situaciones especiales, se realizó un estudio entre 379 personas sanas para conocer cuál sería su opinión en el caso de que, a causa de un trauma cerebral, precisasen de una sonda nasogástrica. Un 25% de los que inicialmente aceptarían que se les colocase dicho catéter, expresó con posterioridad su disconformidad si ello implicase el uso de medidas de restricción física²⁴⁹.

Asimismo hay que recordar que en aquellos casos en los que es imprescindible mantener ciertos dispositivos médicos (p. ej.: catéter venoso), y ante el riesgo de que el usuario los manipule o los arranque, pueden adoptarse medidas para protegerlos que no necesariamente impliquen el uso de una sujeción (anexo 8).

Un aspecto que también nos pareció necesario explorar era la importancia que podrían darle los profesionales al uso de restricciones físicas para manejar los problemas de agitación y confusión que presentan muchas personas mayores.

Es bien conocida la asociación positiva que existe entre deterioro cognitivo y sujeción, siendo este uno de los factores predictores más importantes de su utilización^{11,114,165}. Estos pacientes suelen tener episodios de desorientación y alteraciones conductuales, como confusión y agitación^{188,14}. Esto provoca sobrecarga y un gran estrés en los cuidadores, optando muchos de ellos por aplicar las restricciones para intentar controlar dichos comportamientos³⁷.

Con respecto a la respuesta dada por los profesionales en este trabajo, un 41,3% del total consideró muy o bastante importante el uso de sujeciones para proporcionar seguridad a los pacientes confusos (tabla 16); mientras que un porcentaje similar las juzgó como importantes para controlar la agitación. Por lo que respecta a las diferencias entre los dos colectivos las enfermeras valoraron como menos importante su uso que el personal auxiliar (tablas 17 y 18).

A pesar de que buena parte de los profesionales encuestados opinan que es adecuado controlar las alteraciones conductuales mediante el uso de contenciones, según los expertos en la mayoría de las ocasiones estas van a incrementar dichos problemas con las consiguientes consecuencias negativas

para el paciente^{192,193,250}. De hecho este procedimiento puede empeorar el fallo confusional agudo, especialmente en los pacientes con demencia; y no debemos olvidar que su aplicación durante un episodio de delirium no hará sino prolongar y agravar esta patología¹⁸⁹.

Si bien para estos profesionales la agitación suele ser una simple consecuencia de la demencia, para otros también podría tratarse de una forma de comunicación relacionada con una necesidad que debería ser identificada y mejor comprendida^{16,17,107}.

Estos ancianos suelen presentar alteraciones visuales o auditivas, dolor y molestias debidas a impactación fecal o retención urinaria, efectos secundarios de la medicación o de la retirada de la misma, así como otros numerosos problemas; además se enfrentan en ocasiones a entornos desconocidos y se ven rodeados de caras nuevas⁹². Todo ello no hará sino propiciar la confusión o el vagabundeo como respuesta a la situación que están viviendo^{11,32,164}; y no es de extrañar que en un momento dado se vuelvan agresivos al no comprender las intenciones del personal, o al interpretar determinados cuidados —durante la higiene por ejemplo— como una forma de invasión de su privacidad^{17,161}. Por tanto, antes de tratar una alteración de la conducta o un cuadro de agitación a través de la restricción física debe realizarse una adecuada valoración de la persona¹⁶¹.

Una forma de reducir la ansiedad durante los cuidados es realizar conductas rutinarias que puedan resultarle familiares al usuario. Para ello los profesionales deberían conocer los hábitos que, relacionados con ciertas necesidades, el anciano tuvo durante toda su vida. Intentar averiguar qué momento es el mejor para tomar un baño, o buscar la intimidad de la habitación para desvestirlo en un ambiente relajado y tranquilo, pueden ayudar a evitar los cuadros de agitación¹⁷.

En aquellos casos en los que la persona persista en realizar un acto para nosotros “absurdo”, trataremos de no oponernos; más bien validaremos su comportamiento al tiempo que le distraemos con otra actividad¹¹. Más que interrumpir estas conductas nuestro esfuerzo debe centrarse en intentar comprenderlas y en facilitar que el anciano las lleve a cabo de manera segura^{4,11,17}. De lo contrario no podremos afrontar de forma adecuada los cuidados del paciente, que percibirá nuestra actuación como una amenaza, lo que incrementará su agitación y conducirá a un mayor uso de medidas de restricción.

Una forma para tratar de interpretar la conducta de estos usuarios es llevar un diario del comportamiento a lo largo de toda la jornada, donde se registre cuáles son los problemas que se han presentado, cuántas veces, en qué circunstancias y cómo se han abordado^{16,17}. Así, ante una alteración de la conducta sabremos cómo se resolvió esa situación con anterioridad. Un instrumento interesante en este sentido es el Dementia Care Mapping (DCM)

creado en la Universidad de Bradford en la década de 1990. Se trata de una herramienta observacional que se utiliza para desarrollar planes individualizados de cuidados centrados en las necesidades de cada persona, con independencia de su estado y nivel de salud²⁵¹.

Este tipo de estrategia contrasta con la práctica habitual de muchos centros donde la asistencia se basa en rutinas institucionales. Así, tareas como la higiene, la comida, la hora de acostarse, o incluso el momento de ir al aseo, están reguladas por horarios establecidos, en lugar de atenerse a los tiempos marcados por las necesidades de los usuarios²²⁹. Obviamente ello suele acabar generando cuadros de ansiedad y agitación que pueden conducir a la restricción de la movilidad de la persona. En este sentido opinamos que el cuidado de los mayores implica algo más que prestar una atención hostelera; también requiere la comprensión y satisfacción de sus necesidades fisiológicas, psicológicas y emocionales, especialmente de aquellos que se hayan en situación de fragilidad.

Otra cuestión a tratar es la prescripción de neurolépticos. Estudios realizados al respecto encontraron una correlación entre la aplicación de restricciones físicas y el consumo de estos fármacos^{58,150,156}. Muchos suelen ocasionar numerosos efectos secundarios, como temblores, mareos y caídas, lo que propiciará la aplicación de nuevas sujeciones, generándose un círculo vicioso que debilitará cada vez más las condiciones del usuario²³. Así, se ha detectado que en aquellas unidades de salud mental en las que se dejaron de aplicar contenciones disminuyó el consumo de hipnóticos y sedantes²²⁵.

Por tanto y como conclusión a esta cuestión, pensamos que las restricciones físicas deberían ser eliminadas como intervención rutinaria en los mayores con desorientación y agitación, especialmente aquellos con un diagnóstico de demencia; o cuando menos su uso debería ser analizado desde un punto de vista crítico, estudiando al mismo tiempo cuáles podrían ser las alternativas. Opinión que también comparten otros autores^{30,188,243}.

Un aspecto que creemos que no debe olvidarse en el análisis de la práctica profesional es la posible influencia que pueda tener la familia sobre la decisión de aplicar restricciones físicas en una institución^{10,33}. En este sentido, se incluyó en el cuestionario un ítem que indagaba sobre esta cuestión: "si la familia del paciente desea que sea sometido a restricción, esto puede hacerse sin una orden médica". Con respecto a la misma, solo el 8,2% del total de profesionales dio esa afirmación como verdadera, no habiendo diferencias significativas entre las contestaciones de las enfermeras y del personal auxiliar (tabla 19).

Si bien esa respuesta indica que los profesionales no parecen dar mucho peso al criterio de los familiares, en ocasiones estos consideran como poco seguro el entorno institucional en el que se desarrolla el cuidado³³. Muchos darán prioridad a los criterios de seguridad por encima de otros aspectos, como la libertad de los ancianos, y acabarán sugiriendo la aplicación de una contención

física^{53,210,215}. Un estudio realizado por Hardin recogía frases reiteradas de los familiares de pacientes sometidos a restricción, tales como “era por su propio bien”, o “sabía que lo protegería”²¹⁶. Creemos que este tipo de respuesta correspondería a un intento de racionalización de un procedimiento que, si bien es difícil de aceptar, es percibido muchas veces como inevitable.

De hecho muchos familiares suelen manifestar miedo y resistencia a que se retiren los dispositivos cuando los centros tratan de implantar programas para eliminar las restricciones²¹⁰. Profesionales entrevistados han afirmado que no quieren someter al anciano a una sujeción pero que en esos momentos piensan en su responsabilidad ante la familia y confiesan prestar más atención a sus demandas que a las necesidades del propio residente³⁰. Esta actitud podría condicionar la política de uso de restricciones en las instituciones geriátricas^{34,125,162,217}, especialmente en aquellas que están preocupadas por evitar conflictos legales relacionados con caídas o fugas^{45,157}.

Sea cual sea la actitud de las familias, es recomendable que antes del ingreso sean informados de la filosofía que sigue la institución con respecto a la utilización de estos procedimientos; debe hablárseles de los beneficios y posibles riesgos que tiene tanto el uso como la no aplicación de estos dispositivos. Y si bien los familiares tienen que ser consultados, una restricción solo debería utilizarse cuando realmente existan razones clínicas que la justifiquen y nunca por la presión de los mismos^{25,157}.

Como conclusión a este apartado sobre la práctica profesional podemos decir que durante el cuidado de los ancianos frágiles se dan numerosas situaciones que suelen contribuir o precipitar el uso de restricciones físicas. Sin embargo, a juicio de los expertos, muchas de estas podrían no justificar dichas medidas⁵⁴. Creemos que una aportación interesante de este trabajo es la identificación de los factores que pueden dar lugar a que el personal considere el uso de restricciones; ello puede ayudar a diseñar los contenidos de las actividades de formación y a planificar intervenciones institucionales encaminadas a racionalizar esta práctica.

6.5 La relación entre variables

Por lo que respecta a la asociación entre las variables se ha comprobado que existe relación negativa entre los conocimientos y las actitudes, por lo que los profesionales con mayores conocimientos parecen mostrar una actitud menos favorable al uso de este procedimiento.

Asimismo los conocimientos tendrían relación sobre la práctica. Por tanto, cuanto peores fuesen los conocimientos peor sería la práctica; y cuanto más favorable fuese la actitud hacia la restricción la práctica sería menos eficiente (tabla 21). Sin embargo, hay que tener en cuenta que el objetivo de este trabajo, y las pruebas realizadas al efecto, tan solo tratarían de identificar asociación o relaciones potenciales entre variables, sin entrar a valorar la existencia de

causalidad de una variable respecto a otra. Por ello esta posible relación que se ha detectado podría deberse a la presencia de otros factores no detectados en este estudio y que podrían influir en las mismas, aspecto que sería interesante explorar en futuros trabajos.

Con respecto a la asociación aquí planteada, otros autores han confirmado una relación similar al descubrir que en los centros donde los conocimientos del personal eran deficientes las actitudes eran más favorables a la aplicación de este procedimiento y la prevalencia era más elevada^{155,163,166,220}.

Un estudio realizado por Suen mostraba que la actitud del personal ante las restricciones y los años de experiencia tenían una relación positiva directa con la práctica de la sujeción. Y el nivel de conocimientos y los años de experiencia tenían una relación positiva indirecta en la práctica profesional, a través de la influencia de dichos factores sobre las actitudes. Esto significa que el personal con más experiencia y con mayores conocimientos tendrá una actitud más negativa ante la restricción y una mejor práctica clínica¹⁸². Por lo que respecta a este trabajo, y tal como se ha comentado anteriormente, no se encontró relación estadísticamente significativa entre la experiencia y los conocimientos, la actitud o la práctica.

Ante los resultados obtenidos en este estudio y los hallados por otros autores, con respecto a la influencia de los conocimientos sobre la actitud y en la práctica profesional del uso de la restricción, debemos insistir en la importancia de la formación de cara a modificar creencias erróneas que pudiera haber en este sentido^{155,233,240}. De hecho, los profesionales más formados suelen tener una actitud más negativa ante este procedimiento y suelen considerar que se usa de una forma excesiva¹⁴⁵. Una mejor formación generará probablemente posturas más acordes con las verdaderas necesidades de los pacientes. Ello permitiría anticiparse a los problemas que suele ocasionar el uso de estos dispositivos, planteando alternativas respetuosas con la dignidad y autonomía de las personas¹⁰⁷. Por tanto, fortalecer los conocimientos en esta materia es el primer paso para mejorar la calidad de los cuidados.

Por el contrario, la ausencia de conocimientos puede dar lugar a que los profesionales formen sus actitudes solo en base a valores personales. Estos pueden estar a su vez influenciados por falsas creencias apoyadas más en rutinas de trabajo que en evidencias científicas²¹², lo que indudablemente generará actitudes positivas ante la restricción.

6.6 Aspectos a tener en cuenta en futuras investigaciones

En primer lugar han de señalarse las limitaciones que se encontraron durante la realización de este trabajo y que quizás deberían tenerse en cuenta en futuros estudios.

Por un lado hay que recordar la escasez de publicaciones que existen sobre esta materia en nuestro país. Ello reduce las posibilidades de conocer cuál es la realidad de las instituciones españolas y de poder obtener datos de referencia. La mayoría de los trabajos revisados provienen del mundo anglosajón, donde la visión cultural y actitudinal ante este fenómeno es diferente a la de los profesionales de nuestro entorno. Si bien ello puede haber constituido un condicionante también ha representado una oportunidad para enriquecernos con la experiencia de otros países.

Por otro lado hemos de reseñar las diferentes aproximaciones metodológicas que presentan los estudios consultados así como su calidad. A pesar de que el fenómeno de la restricción preocupa a los profesionales desde hace décadas, ello no se corresponde con una inquietud por profundizar en su conocimiento. Así, muchos de los estudios de investigación publicados hasta la fecha están en una etapa bastante temprana de desarrollo, lo que limita el acceso a datos de calidad sobre los cuales apoyarse.

Otra limitación encontrada vendría dada por la técnica utilizada para recoger los datos, 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 hacen. Por ello, en futuros trabajos convendría aplicar un abordaje cualitativo, por ejemplo a través de grupos de discusión, que permita analizar con mayor profundidad las opiniones.

Asimismo, debe señalarse la falta de tiempo que suelen tener los profesionales en los centros y que podría haber condicionado su disponibilidad para rellenar de manera adecuada la encuesta. En este sentido hay que tener en cuenta que la extensión de los cuestionarios puede desanimar a aquellos trabajadores menos motivados para colaborar en este tipo de estudio.

De igual forma hay que mencionar que el tema que afronta la investigación suele generar cierta incomodidad entre los profesionales. Muchos podrían entender que se está cuestionando su forma de trabajar o incluso sentirse culpables a la hora de reflexionar sobre cómo se están aplicando estos procedimientos; aspectos todo ellos que podrían haber influido en la tasa de respuesta.

Frente a estas limitaciones hay que recordar que el volumen de información recogida proporciona una idea bastante aproximada acerca de las características de las variables estudiadas. Por ello, los resultados podrían ser de interés a la hora de planificar futuras intervenciones en el campo asistencial relacionadas con este procedimiento. A partir de estos datos se pueden diseñar nuevos trabajos que indaguen de una manera más extensa en las actitudes y la práctica profesional relacionados con el uso de restricciones en nuestro país. Asimismo, sería necesario profundizar en los déficits de conocimientos que presenta el personal en determinadas parcelas; especialmente preocupante

resulta el hecho de que se desconozca que existen alternativas a la limitación de la movilidad. También se debería indagar en esa posible relación causal entre las variables actitudes, conocimientos y práctica profesional.

Convendría, de la misma forma, investigar la influencia de otros factores que pudiesen favorecer el uso de los procedimientos de restricción en personas mayores. Entre ellos podrían encontrarse los relacionados con las características de los usuarios, las presiones de las familias o aspectos organizacionales. En este sentido debe implicarse a las instituciones y a sus responsables para que apoyen este tipo de estudios dada la relevancia que sus resultados y conclusiones pudiesen tener a la hora de mejorar la práctica asistencial.

Por último no debe olvidarse que la investigación sobre restricciones físicas estimula el debate sobre las razones que impulsan su aplicación; asimismo permite detectar las necesidades de formación y cuestionar si los recursos con los que se cuentan son los apropiados en cada momento. Y todo ello con el fin de tratar que se haga un uso más racional de este controvertido procedimiento.

CONCLUSIONES

Tras la realización de este estudio podemos afirmar que la restricción física de las personas mayores es una práctica muy compleja, que afecta a gran variedad de escenarios y en la que suelen verse implicados numerosos factores condicionantes.

A partir de los resultados descritos en los diferentes apartados de esta investigación pueden extraerse las siguientes conclusiones:

1. Con respecto a las actitudes, los profesionales encuestados mantienen una postura ligeramente en contra del uso de restricciones físicas. Esta, sin embargo, debería ser calificada más bien de ambigua, ya que están dispuestos a utilizarlas cuando creen necesario proteger al paciente. Así, un 70% del personal justifica su uso en nombre de la seguridad considerando que se trata de procedimientos que benefician a los usuarios.

Los valores recogidos muestran una gran disparidad, pudiéndose encontrar posturas en desacuerdo con el uso de las sujeciones, indecisas, o de acuerdo con esta medida. Un 40,7% del personal afirma sentirse mal cuando emplea una restricción física e incluso presenta en ocasiones sentimientos negativos, como lástima por el paciente, o se ve afectado emocionalmente cuando tiene que recurrir a estos procedimientos. Por otro lado un 32,5% de los encuestados mantiene una actitud más favorable y manifiesta no sentirse mal utilizándolas, sino todo lo contrario, le da tranquilidad. De hecho, algunos opinan que cuando sean ancianos no les importaría que se les aplicase un mecanismo de este tipo.

En lo referente a las diferencias entre los dos colectivos, los auxiliares muestran una actitud más favorable que las enfermeras para el uso de este procedimiento. Se especula con que estas diferencias podrían deberse a que el personal auxiliar se sentiría más responsable de la seguridad de los pacientes, ya que está más tiempo con ellos, por lo que sería más partidario de su aplicación. También se sugiere que los profesionales con menor nivel de

formación podrían creer más apropiado su uso en determinadas situaciones de riesgo, especialmente cuando se enfrentan a escenarios nuevos o complicados.

2. El estudio ha revelado que, si bien el personal tiene un nivel aceptable de conocimientos acerca del uso de medidas de restricción física, se aprecia una cierta desinformación en algunos aspectos de especial relevancia.

Un 37,6% opina que debería aplicarse cuando no se pueda vigilar de cerca a los usuarios, afirmación que incumpliría las recomendaciones que señalan que dicho procedimiento no debe utilizarse como una alternativa a la supervisión de los mismos. Un 69,4% de los profesionales desconoce que la restricción física esté relacionada con la muerte de pacientes, lo que les podría llevar a sobrevalorar la utilidad de los dispositivos y subestimar el peligro que supone su aplicación.

Más de la mitad de los encuestados manifiesta que pueden usarse dispositivos no homologados, como las sábanas. Esta forma de actuar debe ser juzgada como una grave irresponsabilidad, máxime cuando se hace en instituciones que tienen que velar por la seguridad de los pacientes. Asimismo, solo un 31,8% del total conocía que existen buenas alternativas al uso de restricciones físicas, lo que podría dar lugar a que la mayoría del personal no intentase otras estrategias de cuidado y, por tanto, hiciese un uso excesivo de las mismas.

En lo referente a las diferencias entre los dos colectivos se observa que el nivel de conocimientos de las enfermeras es superior al del personal auxiliar. Esta conclusión era ya previsible por tratarse de profesionales con distintos niveles académicos.

3. Se ha detectado una escasa participación en actividades de formación, tanto por parte de las enfermeras como de las auxiliares. La mayoría apenas ha asistido a cursos o leído documentos o estudios que aborden el uso de este procedimiento. De hecho, muchas manifiestan que su formación es insuficiente.

Se cree que estas carencias podrían influir no solo en que los cuidadores sean incapaces de aplicar alternativas a la restricción sino también ser una de las razones por las que, a pesar de tener una actitud negativa, sigan aceptando su uso.

4. Con respecto a la práctica profesional puede afirmarse que, si bien esta podría considerarse en general aceptable, en algunos aspectos las respuestas del personal contienen afirmaciones desacertadas y contradicen las recomendaciones de los expertos. Así, solo un

54,3% de la muestra informa siempre al paciente de por qué se le aplica la sujeción. De igual modo, casi la mitad piensa que este no puede rechazar el uso de restricciones; lo que es más, únicamente el 37,7%, tenía claro que sería necesario solicitar un consentimiento informado antes de aplicar este procedimiento.

Los resultados también muestran que menos de la mitad de las enfermeras encuestadas en este trabajo valoran de forma frecuente si el dispositivo podría ser retirado en un momento dado. En este sentido la falta de una evaluación periódica puede dar lugar a que se esté usando de manera innecesaria. Asimismo se ha detectado que solo un 46,7% de las enfermeras registraba de forma constante en la historia del paciente los datos relacionados con la aplicación de dispositivos de restricción física. Esto podría deberse a que no se considera una intervención con la suficiente relevancia como para ser documentada.

Todos estos hallazgos nos hacen especular que quizás se pueda estar haciendo un uso incorrecto de la sujeción en determinados casos. Por lo que respecta a las diferencias entre los dos colectivos se observa que la práctica de las enfermeras es más adecuada que la del personal auxiliar.

5. Con relación a los motivos por los que los profesionales aplicarían estos procedimientos, los principales son las razones de seguridad, y de manera especial los riesgos de caídas. Así, el 80% del total opinó que estos dispositivos serían 'muy o bastante importantes' para proteger a los ancianos de una caída desde una silla o una cama, y ello a pesar de que no existe evidencia científica de que prevengan con efectividad dichas situaciones. Otras causas por las que el personal los aplica son el control de la conducta y evitar la interferencia con tratamientos, especialmente los catéteres de alimentación.

Por lo que respecta a las diferencias entre los dos colectivos las enfermeras juzgan menos importante su uso en estas situaciones, en comparación a la visión del personal auxiliar.

6. El análisis realizado con los datos obtenidos no mostró correlaciones estadísticas significativas entre las características sociodemográficas (edad, sexo, años trabajados, etc.), y la actitud, por lo que no parece que dichas variables pudieran influir en la forma de pensar del personal con respecto a estos procedimientos. Ante esta falta de relación habría que considerar la importancia que tiene el ambiente y la cultura organizacional como condicionantes de la actitud, que influyen sobre toda la plantilla en su conjunto.

Tampoco se encontró correlación estadística significativa entre años de experiencia o edad en ambos grupos con respecto a los conocimientos o la práctica profesional.

7. Con respecto a la relación entre el resto de las variables parece haber asociación entre el nivel de conocimientos y las actitudes, y entre los conocimientos y la práctica profesional. Asimismo existiría relación negativa entre las actitudes y la práctica profesional. Por ello podría suceder que cuanto peores fuesen los conocimientos y más favorable fuese la actitud hacia este procedimiento, menos adecuada sería la práctica profesional.

Dado que los conocimientos podrían influir en la actitud y en la práctica profesional del uso de la restricción, se debería estudiar la relación causal entre dichas variables. También se debe insistir, a la vista de los resultados, en la importancia de la formación de cara a modificar creencias erróneas que pudiera haber en este sentido.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Estadística. Cifras de Población y Censos Demográficos 2010. [acceso 18 de septiembre de 2010]. Disponible en: http://www.ine.es/inebmenu/mnu_cifraspob.htm#1
2. Díaz R, coordinador. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas. Informe 2008. Tomo 1. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
3. Romero L, Martín E, Navarro JL, Luengo C. El paciente anciano: demografía, epidemiología y utilización de recursos. En: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, editor. Tratado de Geriatria para residentes. Madrid: Internacional Marketing & Communication, SA; 2007. p. 173-187.
4. Hughes R. Restraint of older people and people with dementia - issues and dilemmas in practice and policy. In: Hughes R, editor. Reducing restraints in health and social care: practice and policy perspectives. London: Quay Books; 2009. p. 81-95.
5. 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(1):80-6.
6. Oliver D, Connelly JB, Victor CR, Shaw FE, Whitehead A, Genc Y, et al. Strategies to prevent falls and fractures in hospitals and care homes and effect of cognitive impairment: systematic review and meta-analyses. *BMJ*. 2007;334:82-7.
7. Oliver D. Preventing falls and falls-injuries in hospitals and long-term care facilities. *Rev Clin Gerontol*. 2007;17(2):75-91.
8. Gil P, Martín J. Demencia. En: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, editor. Tratado de Geriatria para residentes. Madrid: Internacional Marketing & Communication, SA; 2007. p. 173-87.
9. Bermejo L. Guía de buenas prácticas en residencias de personas mayores en situación de dependencia. II parte. Oviedo: Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias. 2010. Disponible en: http://www.asturias.es/Asturias/descargas/PDF%20DE%20PARATI/Guias%20de%20buenas%20practiclas/1.2_Residencias%20Mayores-Parte%20II.pdf

10. Jakobsen R, Sørli V. Dignity of older people in a nursing home: narratives of care providers. *Nurs Ethics*. 2010;17(3):289-300.
11. Kutsumi M, Ito M, Sugiura K, Terabe M, Mikami H. Management of behavioral and psychological symptoms of dementia in long-term care facilities in Japan. *Psychogeriatrics*. 2009;9(4):186-95.
12. Tobaruela JL. Manejo no farmacológico de los síntomas conductuales asociados a la demencia. *Alzheimer. Real Invest Demenc*. 2007;36:21-9.
13. Alberca R. Manifestaciones psicológicas y conductuales de la enfermedad de Alzheimer. Barcelona: Glosa; 2010.
14. Marsal C, Jiménez PE, Martín E, editores. Síntomas neuropsiquiátricos en la enfermedad de Alzheimer. Madrid: Ergon; 2006.
15. Dewing J, Wilkinson H. Wander-walking and people with dementia. En: Hughes R, editor. *Rights, risks and restraint-free care of older people*. London: Jessica Kingsley Publishers; 2010. p. 148-66.
16. Dewing J. Responding to agitation in people with dementia. *Nurs Older People*. 2010;22(6):18-25.
17. Madan S, Rowe P. Therapeutic approaches and de-escalation techniques. In: Hughes R, editor. *Rights, risks and restraint-free care of older people*. London: Jessica Kingsley Publishers; 2010. p. 133-147.
18. Boyle G. Controlling behaviour using neuroleptic drugs: the role of the Mental Capacity Act 2005 in protecting the liberty of people with dementia. *Disabil Soc*. 2008;23(7):759-71.
19. Evans D. Physical restraint and medical interventions. En: Hughes R, editor. *Rights, risks and restraint-free care of older people*. London: Jessica Kingsley Publishers; 2010.
20. Mion LC, Sandhu SK, Khan RH, Ludwick R, Claridge JA, Pile J, et al. Effect of situational and clinical variables on the likelihood of physicians ordering physical restraints. *JAGS*. 2010;58:1279-88.
21. Capezuti E, Brush BL, Won RM, Wagner LM, Lawson WT. Least restrictive or least understood? Waist restraints, provider practices, and risk of harm. *J Aging Soc Policy*. 2008;20(3):305-22.
22. Chuang YH, Huang HT. Nurses' feelings and thoughts about physical restraints on hospitalized older patients. *J Clin Nurs*. 2007;16(3):486-94.
23. Hamers J, Huizing AR. Why do we use physical restraints in the elderly? *Z Gerontol Geriatr*. 2005;38:19-25.
24. Karlsson S, Bucht G, Sandman PO. Physical restraints in geriatric care. Knowledge, attitudes and use. *Scand J Caring Sci*. 1998;12(1):48-56.
25. Royal College of Nursing. Let's talk about restraints: Rights, risks and responsibility. Guidance for nurses working with older people. London: Royal College of Nursing; 2008.
26. 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(4):241-8.

27. Retsas AP, Crabbe H. Use of physical restraints in nursing homes in New South Wales, Australia. *Int J Nurs Stud.* 1998;35(3):177-83.
28. Carter PJ. *Lippincott's Textbook for Nursing Assistants: A Humanistic Approach to Caregiving.* 2^a ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
29. Hughes R. Putting restraint in context. In: Hughes R, editor. *Reducing restraints in health and social care: practice and policy perspectives.* London: Quay Books; 2009. p. 21-35.
30. 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(5):1196-205.
31. Koch S, Nay R, Wilson J. Restraint removal: tension between protective custody and human rights. *Int J Older People Nurs.* 2006;1:151-8.
32. Coni N, Rai GS. The use of restraints. In: Rai GS, editor. *Medical Ethics and the Elderly.* 2^a ed. Oxford: Radcliffe Publishing Ltd; 2004. p. 139-45.
33. 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(21-22):3197-207.
34. Saarnio R, Isola A. Use of physical restraint in institutional elderly care in Finland: perspectives of patients and their family members. *Res Gerontol Nurs.* 2009;2(4):276-86.
35. Centers for Medicare and Medicaid Services. CMS's RAI Version 3.0 Manual. 2010. Capítulo 3 ítems P. [acceso 11 de enero de 2011]. Disponible en: www.cms.gov/NursingHomeQualityInits/45_NHQIMDS30TrainingMaterials.asp#TopOfPage
36. Phillips CD, Spry KM, Sloane PD, Hawes C. Use of physical restraints and psychotropic medications in Alzheimer special care units in nursing homes. *Am J Public Health.* 2000;90(1):92-6.
37. Berry R. Survey on challenging behaviour in care homes. *Journal of Quality Research in Dementia* [revista en internet] 2006. [acceso 10 de agosto de 2009]. Disponible en: www.alzheimers.org.uk/downloads/Issue_2_May_2006.pdf
38. Hughes C, Lapane KL. Covert medication and chemical restraint. In: Hughes R, editor. *Rights, risks and restraint-free care of older people.* London: Jessica Kingsley Publishers; 2010.
39. Feng Z, Hirdes JP, Smith TF, Finne-Soveri H, Chi I, Du Pasquier JN, et al. Use of physical restraints and antipsychotic medications in nursing homes: a cross-national study. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2009;24(10):1110-8.
40. Braine ME. The minimal and appropriate use of physical restraint in neuroscience nursing. *Br J Neurosci Nurs.* 2005;1(4):177-84.
41. Pellfolk T. *Physical restraint use and falls in institutional care of old people* [tesis doctoral]. Umea: Umea University; 2010.

42. Deutsch A. The mentally ill in America. A history of their care and treatment from colonial times. Nueva York: Columbia University Press; 1945.
43. Maruschock RG. Evaluation of a hospital staff's knowledge regarding the use of physical restraint. *J Nurs Staff Dev.* 1996;12(3):144-8.
44. Molasiotis A. Use of physical restraint 1: consequences. *Br J Nurs.* 1995;4(3):155-7.
45. Braun JA, Capezuti EA. The legal and medical aspects of physical restraints and bed siderails and their relationship to falls and fall-related injuries in nursing homes. *DePaul J Health Care L.* 2000;4(1):1-72.
46. US Food and Drug Administration. FDA issues. Hospital Bed System Dimensional and Assessment Guidance to Reduce Entrapment. Guidance for Industry and FDA Staff. March 2006. [acceso 13 de abril de 2010]. Disponible en: <http://www.fda.gov/downloads/MedicalDevices/DeviceRegulationandGuidance/GuidanceDocuments/ucm072729.pdf>
47. De Vries OJ, Ligthart GJ, Nikolaus T; European Academy of Medicine of Ageing-Course III. Differences in period prevalence of the use of physical restraints in elderly inpatients of European hospitals and nursing homes. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2004;59:922-3.
48. 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(7):981-90.
49. Möhler R, Richter T, Köpke S, Meyer G. Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints in long-term geriatric care. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011 Feb 16;(2):CD007546. Review.
50. Quintana S, Font R. Medidas de restricción física en un hospital de agudos y en dos centros de media y larga estancia: estudio de prevalencia y análisis de aspectos éticos relacionados con su indicación y puesta en práctica. *Rev Calidad Asistencial.* 2003;18(1):33-8.
51. 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(4):208-13.
52. Huizing AR, Hamers JP, Gulpers MJ, Berger MP. A cluster-randomized trial of an educational intervention to reduce the use of physical restraints with psychogeriatric nursing home residents. *JAGS.* 2009;57:1139-48.
53. De Veer, AJ, Francke AL, Buijse R, Friele RD. The use of physical restraints in home care in the Netherlands. *JAGS.* 2009;57:1881-6.
54. Hennessy CH, McNeely E, Whittington F, Strasser D, Archea C. Perceptions of physical restraint use and barriers to restraint reduction in a long-term care facility. *J Aging Stud.* 1997;11(1):49-62.
55. Gallinagh R, Slevin E, McCormack B. Side rails as physical restraints in the care of older people: a management issue. *J Nurs Manag.* 2002;10:299-306.

56. Laguna-Parras JM, Carrascosa-Corral RR, Zafra F, Carrascosa-García MI, Luque FM, Alejo JA, et al. Efectividad de las intervenciones para la prevención de caídas en ancianos: revisión sistemática. *Gerokomos*. 2010;21(3):97-107.
57. Minnick AF, Mion LC, Johnson ME, Catrambone C, Leipzig R. The who and why's of side rail use. *Nurs Manage*. 2008;39(5):36-44.
58. Gallinagh R, Nevin R, Mc Ilroy D, Mitchell F, Campbell L, Ludwick R, et al The use of physical restraints as a safety measure in the care of older people in four rehabilitation wards: findings from an exploratory study. *Int J Nurs Stud*. 2002;39:147-56.
59. Healey F, Oliver D. Bedrails, falls and injury: evidence or opinion? A review of their use and effects. *Nurs Times*. 2009;105(26):20-4.
60. Chaves ES, Cooper RA, Collins DM, Karmarkar A, Cooper R. Review of the use of physical restraints and lap belts with wheelchair users. *Assist Technol*. 2007;19(2):94-107.
61. Healey F, Oliver D, Milne A, Connelly JB. The effect of bedrails on falls and injury: a systematic review of clinical studies. *Age Ageing*. 2008;37(4):368-78.
62. National Patient Safety Agency. Using bedrails safely and effectively. NHS. Safer Practice Notice 17; 2007. [acceso 20 de enero de 2010]. Disponible en: <http://www.npsa.nhs.uk>
63. Powell-Cope G, Baptiste AS, Nelson A. Modification of bed systems and use of accessories to reduce the risk of hospital-bed entrapment. *Rehabil Nurs*. 2005;30(1):9-17.
64. Fariña-López E. Problemas de seguridad relacionados con la aplicación de dispositivos de restricción física en personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2011;46(1):36-42.
65. Klein H. Autodeterminación en lugar de privación de libertad. *Respect*. 2009;4:14-5.
66. Mohsenian C, Verhoff MA, Risse M, Heinemann A, Püschel K. Deaths due to mechanical restraint in institutions for care. *Z Gerontol Geriatr*. 2003;36(4):266-73.
67. 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(1):4-11.
68. Colaizzi J. Seclusion & restraint: a historical perspective. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2005;43(2):31-7.
69. Testad I, Aasland AM, Aarsland D. The effect of staff training on the use of restraint in dementia: a single-blind randomised controlled trial. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2005;20:587-90.
70. Yorston G, Haw C. Historical perspectives on restraint. In: Hughes R, editor. *Reducing restraints in health and social care: practice and policy perspectives*. London: Quay Books; 2009. p. 5-19.

71. León HM. Estigma y enfermedad mental: un punto de vista histórico-social. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* Hermilio Valdizán. 2005;6(1):33-42.
72. Vallejo J, director. *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. 5ª ed. Barcelona: Masson; 2005.
73. Weckowicz TE, Liebel-Weckowicz HP. *A history of great ideas in abnormal psychology*. Amsterdam: Elsevier Science Publishers; 1990.
74. Barcia D. The history of Spanish Psychiatry. En: López-Ibor JJ, Leal C, Carbonell C, editores. *Images of Spanish Psychiatry*. Barcelona: Glosa; 2004. p. 37-62.
75. Fariña-López E, Estévez-Guerra GJ. Uso de la restricción física [Historical aspects of the use of physical restraint: from antiquity to the era of moral treatment]. *Rev Enferm*. 2011;34(3):174-81.
76. Siles J, Cibanal L, Vizcaya F, Solano C, García E, Gabaldón E. De la custodia a los cuidados: una perspectiva histórica de la enfermería en salud mental. *Cultura de los cuidados*. 2001;9:27-33.
77. Jones K. *A history of the mental health services*. London: International Library of Social Policy; 1972.
78. Kraepelin E. *Cien años de psiquiatría*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 1999.
79. Aztarain J. *El nacimiento y consolidación de la asistencia psiquiátrica en Navarra (1868-1954)*. Pamplona: Gobierno de Navarra. Departamento de Salud; 2005.
80. Síndic de Greuges. *Situación de las personas que padecen de enfermedades mentales y de sus familiares*. Valencia: Síndic de Greuges; 2003 [acceso 08 de octubre de 2009]. Disponible en: http://www.sindicdegreuges.gva.es/informes_c.htm
81. Ventosa F. *Cuidados psiquiátricos de enfermería en España. Siglos XV al XX. Una aproximación histórica*. Madrid: Díaz de Santos; 2000.
82. Winship G. Further thoughts on the process of restraint. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2006;13(1):55-60.
83. Barrios LF. Uso de medios coercitivos en psiquiatría: retrospectiva y propuesta de regulación. *Derecho y Salud*. 2003;11:141-64. Disponible en: <http://www.ajs.es/RevistaDS/VOLUMEN%2011/VOL11.htm>
84. Strumpf NE, Tomes N. Restraining the troublesome patient. A historical perspective on a contemporary debate. *Nurs Hist Rev*. 1993;1:3-24.
85. Fariña-López E, Estévez-Guerra GJ. La restricción física de los pacientes [Physical restraint of patients: historical notes relating to the nineteenth and twentieth century]. *Rev Enferm*. 2011;34(3):182-9.
86. Capezuti E. Minimizing the use of restrictive devices in dementia patients at risk for falling. *Nurs Clin N Am*. 2004;39(3):625-47.

87. Rubenstein HS, Miller FH, Postel S, Evans HB. Standards of medical care based on consensus rather than evidence: the case of routine bedrail use for the elderly. *Law Med Health Care*. 1983;11:271-6.
88. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Derechos humanos: recopilación de instrumentos internacionales. Volumen I (primera parte). Instrumentos de carácter universal. Ginebra: Naciones Unidas; 2002.
89. Comisión Deontológica del Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona. Consideraciones ante las contenciones físicas y/o mecánicas: aspectos éticos y legales. Barcelona: Comisión Deontológica del Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona; 2006 [acceso 01 de julio de 2008]. Disponible en: www.coegi.org/uploads/media/contenciones_castella.pdf
90. Burgueño A. Uso de restricciones físicas y químicas con personas mayores y enfermos de Alzheimer. Guía para personas mayores y familiares. [guía en internet]. Madrid: Confederación Española de Organizaciones de Mayores; 2005 [acceso 10 de noviembre de 2010]. Disponible en: www.fundacioniberdrola.org/not1105guia.htm
91. Fundación Cuidados Dignos. Norma Libera Ger. [acceso 22 de noviembre de 2010]. Disponible en: http://www.cuidadosdignos.org/fundacion_cuidados_dignos.html
92. Cheung P, Yam B. Patient autonomy in physical restraint. *J Clin Nurs*. 2005;14(3):34-40.
93. Moylan LB. Physical restraint in acute care psychiatry: a humanistic and realistic nursing approach. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2009 Mar;47(3):41-7.
94. Gastmans C, Milisen K. Use of physical restraint in nursing homes: clinical-ethical considerations. *J Med Ethics*. 2006;32:148-52.
95. Weiner C, Tabak N, Bergman R. Use of restraints on dementia patients: an ethical dilemma of a nursing staff in Israel. *JONAS Healthc Law Ethics Regul*. 2003;5(4):87-93.
96. Casado M, editor. *Materiales de Bioética y Derecho*. Barcelona: Cedecs; 1996.
97. Foro de Instituciones de Profesionales en Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires [sede Web]. Luxor: Federación Mundial de la Salud Mental; 1989 [acceso 22 de diciembre de 2009]. Declaración de Luxor sobre los Derechos Humanos para los Enfermos Mentales. Disponible en: http://www.forodesaludmental.com.ar/ddhh_saludmental.htm
98. Gastmans C. Clinical-ethical considerations on the use of physical restraint. En: Hughes R, editor. *Rights, risks and restraint-free care of older people*. London: Jessica Kingsley Publishers; 2010. p. 106-119.
99. Reigle J. The ethics of physical restraints in critical care. *AACN Clinical Issues*. 1996;7(4):585-91.
100. Mohr WK. Restraints and the code of ethics: an uneasy fit. *Arch Psychiatr Nurs*. 2010;24(1):3-14.

101. Álvarez-Fernández B, Echezarreta M, Salinas A, López-Trigo JA, Marín JM, Gómez-Huelgas R. Principio de autonomía en las demencias avanzadas: ¿queremos para los demás lo que no deseamos para nosotros? *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2004;39(2):94-100.
102. Zabala J, Díaz JF. Reflexión sobre el desarrollo y utilidad de las instrucciones previas. *Semergen*. 2010;36(5):266-72.
103. McBrien B. Exercising restraint: Clinical, legal and ethical considerations for the patient with Alzheimer's disease. *Accid Emerg Nurs*. 2007;15(2):94-100.
104. Moya A, Barbero J. Malos tratos en personas mayores: marco ético. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2003;38(2):177-85.
105. Hamers J, Gulpers M, Stirk W. Use of physical restraints with cognitively impaired nursing home residents. *J Adv Nurs*. 2004;45(3):246-51.
106. Janelli LM, Kanski GW, Scherer YK, Neary MA. Physical restraints: practice, attitudes and knowledge among nursing staff. *J Long Term Care Adm*. 1992;20(2):22-5.
107. 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(1):52-71.
108. Nursing Institute of Research. Problems associated with the use of physical restraints. 2006. Disponible en: www.ninr.nih.gov/NR/rdonlyres/87C83B44-6FC6-4183-96FE-67E00623ACE0/4769/Restraints.pdf
109. Sammet K. Autonomy of protection from harm? Judgement of German courts on care for the elderly in nursing homes. *J Med Ethics*. 2007;33:534-37.
110. Elsdén C, Fernández C, Nicolás M, Rodríguez MT, Soldevilla JJ, Toronjo A, et al. Hacia una cultura sin restricciones: Las restricciones físicas en ancianos institucionalizados. Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica. Documento técnico nº 3. Julio 2003. [acceso 08 de abril de 2007]. Disponible en: <http://www.arakis.es/~seegg/>
111. Blakeslee JA, Goldman BD, Papougenis D, Torell CA. Transición hacia una asistencia sin restricciones. *Rev Gerontol*. 1991;2:111-6.
112. Evans LK, Strumpf NE. Myths about Elder Restraint. *J Nurs Schol*. 1990;22(2):124-9.
113. Zanza MJ, Toronjo A, Rojas MJ, Díaz de Durana O, Elsdén CA, Soldevilla JJ. Uso de restricciones físicas en las instituciones gerontogeriatricas. *Gerokomos*. 2004;15(4):217-27.
114. Wang WW, Moyle W. Physical restraint use on people with dementia: a review of literature. *Austral J Adv Nurs*. 2005;22(4):46-52.
115. Pardo A. La cultura de la sobreprotección. *Rev Mult Gerontol*. 2005;15(3):165-70.
116. Iborra I. Factores de riesgo de maltrato de personas mayores en la familia en población española. *Zerbitzuan*. 2009;45:49-57. Disponible en: <http://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/4.pdf>

117. Collins K. Elder Maltreatment. Arch Pathol Lab Med. 2006;130:1290-6 .
118. Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España. Código Deontológico de la Enfermería Española. [acceso 01 de julio de 2010]. Disponible en: <http://www.cge.enfermundi.com>
119. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Facts about patient safety. [acceso 25 de enero de 2011]. Disponible en: <http://www.jointcommission.org/>
120. Yan E, Kwok T, Lee D, Tang C. The prevalence and correlates of the use of restraint and force on hospitalised older people. J Nurs Healthc Chronic Illn. 2009;1(2):147-55.
121. Katz L, Weber F, Dodge P. Patient restraint and safety vest: minimizing the hazards. Dimens Health Serv. 1981;58:10-1.
122. Castle NG. Nursing homes with persistent deficiency citations for physical restraint use. Med Care. 2002;40(10):868-78.
123. Sullivan-Marx EM, Strumpf NE, Evans LK, Baumgarten M, Maislin G. Predictors of continued physical restraint use in nursing home residents following restraint reduction efforts. JAGS. 1999; 47(3):342-8.
124. Castle NG, Engberg J. The health consequences of using physical restraints in nursing homes. Med Care. 2009;47(11):1164-73.
125. Moore K, Haralambous B. Barriers to reducing the use of restraints in residential elder care facilities. J Adv Nurs. 2007;58(6):532-40.
126. Klink A, Bussemaker J. Fixatie en separatie. Edited by Ministerie van Volksgezondheid WeS; 2008.
127. Gulpers M, Bleijlevens M, Van Rossum E, Capezuti E, Hamers J. Belt restraint reduction in nursing homes: design of a quasi-experimental study. BMC Geriatr. 2010;10:11.
128. Evans LK, Strumpf NE, Allen-Taylor L, Capezuti E, Maislin G, Jacobsen B. A clinical trial to reduce restraints in nursing homes. JAGS. 1997;45(6):675-81.
129. Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley 41/2002 de 14 de noviembre. Boletín Oficial del Estado, nº 274.
130. Aznar M. Internamientos civiles y derechos fundamentales de los usuarios de centros sanitarios, sociales y sociosanitarios. Granada: Comares; 2000.
131. Elsdén CA, Vélez E, Arana J, Chasco MI, Espina MJ. Restricciones de movilidad física en residencias de personas mayores: actitudes del personal asistencial y directivo hacia su uso. Gerokomos. 2002;13(1):7-16.
132. Ley 12/2007 de servicios sociales de Cataluña de 11 de octubre. Boletín Oficial del Estado, nº 266.
133. Ley 4/2009 de servicios sociales de las Illes Balears de 11 de junio. Boletín Oficial del Estado, nº 163.

134. Defensor del Pueblo. Recomendación 107/2005, de 11 de noviembre, sobre modificaciones legales en orden a reforzar y garantizar los derechos de las personas que padecen una enfermedad mental. [acceso 10 de mayo de 2011]. Disponible en: <http://www.defensordelpueblo.es>
135. La Fiscalía de Barcelona entra a fondo en el uso de contenciones. INFORESIDENCIAS [Internet] 2010 [acceso 24 de marzo de 2011]. Disponible en: <http://www.inforesidencias.com/noticias/detalles.asp?IDNot=1374>
136. 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.
137. De la Cuesta JL, editor. El maltrato de las personas mayores. Donosita: Hurkoa Fundaziona; 2006 [acceso 03 de mayo de 2007]. Disponible en: www.sc.ehu.es/scrwwwiv/Publicacionesonline/Libro_Maltrato_web.pdf
138. Demir A. Nurses' Use of Physical Restraints in Four Turkish Hospitals. *J Nurs Scholarsh*. 2007;39(1):38-45.
139. Department of Health and Ageing. Decision-making tool: Responding to issues of restraint in Aged Care. Australian Government; 2004. Disponible en: <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/ageing-decision-restraint.htm>
140. Joanna Briggs Institute. Physical restraint-Part 2: Minimization in acute and residential care facilities. *Best Practice*. 2002;6(4):1-6.
141. Gelkopf M, Roffe Z, Behrbalk P, Melamed Y, Werbloff N, Bleich A. Attitudes, opinions, behaviors and emotions of the nursing staff toward patient restraint. *Issues Ment Health Nurs*. 2009;30:758-63.
142. Berzlanovich AM, Schöpfer J, Keil W. Strangulation im Sitzgurt. Tödlicher Unfall trotz sach-und fachgemäßer Fixierung [Strangulation by restraining belt. Fatal accident despite correct and expert fastening]. *Rechtsmedizin*. 2007;17(6):363-6.
143. Fariña-López E, Camacho AJ, Estévez-Guerra GJ, Bros M. Accidentes asociados al uso de restricciones físicas en ancianos con trastornos cognitivos: estudio de tres casos. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009;44(5):262-5.
144. Corbella J. La obligación de vigilancia de los enfermos ingresados en centros sanitarios. [acceso 14 de septiembre de 2009]. Disponible en: <http://www.aeds.org/Congreso12/..../Josep%20Corbella%20i%20Duch.pdf>
145. Sandhu SK, Mion LC, Khan RH, Ludwick R, Claridge J, Pile JC, et al. Likelihood of ordering physical restraints: influence of physician characteristics. *J Am Geriatr Soc*. 2010;58(7):1272-8.
146. Hardin SB, Magee R, Stratmann D, Vinson MH, Owen M, Hyatt EC. Extended care and nursing home staff attitudes toward restraints: moderately positive attitudes exist. *J Gerontol Nurs*. 1994;20(3):23-31.
147. Strumpf NB, Evans LK. Physical restraints of the hospitalized elderly: perceptions of patients and nurses. *Nurs Res*. 1988;37(3):132-7.

148. Parker K, Miles SH. Deaths caused by bedrails. *J Am Geriatr Soc.* 1997;45(7):797-802.
149. Kwok T, Mok F, Chien WT, Tam E. Does access to bed-chair pressure sensors reduce physical restraint use in the rehabilitative care setting? *J Clin Nurs.* 2006;15:581-7.
150. Mamun K, Lim J. Use of physical restraints in nursing homes: current practice in Singapore. *Ann Acad Med Singapore.* 2005;34:158-62.
151. Caprio TV, Katz PR, Karuza J. Commentary: The physician's role in nursing home quality of care: focus on restraints. *J Aging Soc Policy.* 2008;20(3):295-304.
152. Ljunggren G, Philips CD, Sgadari A. Comparisons of restraint use in nursing homes in eight countries. *Age Ageing.* 1997;26(Suppl 2):43-7.
153. Damian J, Valderrama-Gama E, Rodríguez-Artalejo F, Martín-Moreno JM. Estado de salud y capacidad funcional de la población que vive en residencias de mayores en Madrid. *Gac Sanit.* 2004;18(4):268-74.
154. Bourbonniere M, Strumpf NE, Evans LK, Maislin G. Organizational characteristics and restraint use for hospitalized nursing home residents. *J Am Geriatr Soc.* 2003;51(8):1079-84.
155. Pellfolk TJ, Gustafson Y, Buche G, Karlsson S. Effects of a restraint minimization program on staff knowledge, attitudes, and practice: a cluster randomized trial. *JAGS.* 2010;58:62-9.
156. Bredthauer D, Becker C, Eichner B, Koczy P, Nikolaus T. Factors relating to the use of physical restraints in psychogeriatric care: A paradigm for elder abuse. *Z Gerontol Geriat.* 2005;38:10-8.
157. Guttman R, Altman R, Karlan M. Report of the Council on Scientific Affairs: use of restraints for patients in nursing homes. *Arch Fam Med.* 1999;8:101-5.
158. Barneto M, Bajo L, Espauella J, Dalmau N, Altimiras J. Resultados de los parámetros de evaluación asistenciales de una unidad de atención intermedia para pacientes con demencia. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2010;45(4):196-8.
159. 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.
160. Tilly J, Reed P. Falls, wandering, and physical restraints. A review or interventions for individuals with dementia in assisted living and nursing homes. *Alzheimer's Care Today.* 2008;9(1):45-50.
161. Evans LK, Cotter VT. Avoiding restraints in patients with dementia: understanding, prevention, and management are the keys. *Am J Nurs.* 2008;108(3):40-9.
162. Ludwick R, Meehan A, Zeller R, O'Toole R. Safety work: initiating, maintaining, and terminating restraints. *Clin Nurse Spec.* 2008;22(2):81-7.

163. Werner P, Mendelsson G. Nursing staff members' intentions to use physical restraints with older people: testing the theory of reasoned action. *J Adv Nurs*. 2001;35(5):784-91.
164. Lu JH, Chan DK, O'Rourke F, Ong B, Shen Q, Reutens S, et al. Management and outcomes of delirious patients with hyperactive symptoms in a secured behavioral unit jointly used by geriatricians and psychogeriatricians. *Arch Gerontol Geriatr*. 2011;52(1):66-70.
165. Yamamoto M, Aso Y. Placing physical restraints on older people with dementia. *Nurs Ethics*. 2009;16(2):192-202.
166. Karlsson S, Bucht G, Eriksson S, Sandman PO. Factors relating to the use of physical restraints in geriatric care settings. *JAGS*. 2001;49:1722-8.
167. Evans D, FitzGerald M. Reasons for physically restraining patients and residents: a systematic review and content analysis. *Int J Nurs Stud*. 2002;39:735-43.
168. Fonda D, Cook J, Sandler V, Bailey M. Sustained reduction in serious fall-related injuries in older people in hospital. *MJA*. 2006;184(8):379-82.
169. Capezuti E, Strumpf NE, Evans LK, Grisso JA, Maislin G. The relationship between physical restraint removal and falls and injuries among nursing home residents. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 1998;53(1):M47-52.
170. Tinetti ME, Liu WL, Marottoli RA, Ginter SF. Mechanical restraints use among residents of skilled nursing facilities. Prevalence, patterns and predictors. *JAMA*. 1991;265(4):468-71.
171. Harlein J, Dassen T, Halfens RJ, Heinze C. Fall risk factors in older people with dementia or cognitive impairment: a systematic review. *J Adv Nurs*. 2009;65(5):922-33.
172. Roqueta C, Vázquez O, de Jaime E, Sánchez C, Pastor M, Conill C, et al. Evolución de la incidencia de caídas en un centro hospitalario de media y larga estancia. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009;44(6):331-4.
173. Leeuwen M, Bennett L, West S, Wiles V, Grasso J. Patient falls from bed and the role of bedrails in the acute care setting. *Aust J Adv Nurs*. 2001;19(2):8-13.
174. Hughes RG, editor. Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses. (Prepared with support from the Robert Wood Johnson Foundation). AHRQ Publication No. 08-0043. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2008.
175. Castle NG, Fogel B. Characteristics of nursing homes that are restraint free. *Gerontologist*. 1998;38(2):181-8.
176. Pekkarinen L, Elovainio M, Sinervo T, Finne-Soveri H, Noro A. Nursing working conditions in relation to restraint practices in long-term care units. *Med Care*. 2006;44(12):1114-20.

177. Weech-Maldonado, Meret-Hanke L, Neff MC, Mor V. Nurse staffing patterns and quality of care in nursing homes. *Health Care Manage Rev.* 2004;29(2):107-16.
178. Engberg J, Castle NG, McCaffrey D. Physical restraint initiation in nursing homes and subsequent resident health. *Gerontologist.* 2008;48(4):442-52.
179. Minnick AF, Mion LC, Johnson ME, Catrambone C, Leipzig R. Prevalence and variation of physical restraint use in acute care settings in the US. *J Nurs Scholars.* 2007;39(1):30-7.
180. Hill J, Schirm V. Attitudes of nursing staff toward restraint use in long-term care. *J Appl Gerontol.* 1996;15(3):314-24.
181. Paterson B, Bradley P, Stark C, Saddler D, Leadbetter D, Allen D. Deaths associated with restraint use in health and social care in UK. The results of preliminary survey. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2003;10:3-15.
182. 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(1):20-8.
183. Miles SH, Irvine P. Deaths caused by physical restraints. *Gerontologist.* 1992;32(6):762-6.
184. Medicines and Healthcare products Regulatory Agency. Adverse Incident Reports 2007. Device Bulletin 2008(02). [acceso 30 de febrero de 2011]. Disponible en: <http://www.mhra.gov.uk>
185. US Food and Drug Administration. Potential Hazards with Restraint Devices. July 1992. [acceso 12 de abril de 2010]. Disponible en: <http://www.fda.gov/downloads/MedicalDevices/Safety/AlertsandNotices/PublicHealthNotifications/ucm063107.pdf>
186. Fundación Avedis Donabedian. Centro de investigación para la seguridad clínica de los pacientes. Alerta de seguridad en atención sanitaria. Alerta nº 5: precauciones en el uso de la contención física o inmovilización de los pacientes. Barcelona: Fundación Avedis Donabedian [acceso 12 de agosto de 2008]. Disponible en: http://www.fadq.org/Portals/0/SeguridadAt/Alerta%205%20Inmovilizacion_v2.pdf
187. Joanna Briggs Institute. Physical restraint-Part 1: Use in acute and residential care facilities. *Best Practice.* 2002;6(3):1-6.
188. Scherder E, Bogen T, Eggermont L, Hamers J, Swaab DF. The more physical inactivity, the more agitation in dementia. *Int Psychogeriatr.* 2010;22(8):1203-8.
189. Voyer P, Richard S, Doucet L, Cyr N, Carmichael PH. Precipitating factors associated with delirium among long-term care residents with dementia. *Appl Nurs Res.* 2011;24(3):171-8.
190. De Letter EA, Vandekerkhove BNW, Lambert WE, Van Varenbergh D, Piette MHA. Hospital bed related fatalities: a review. *Med Sci Law.* 2008;48(1):37-50.

191. Di Nunno N, Vacca M, Costantinides F, Di Nunno C. Death following atypical compression of the neck. *Am J Forensic Med Pathol.* 2003;24(4):364-8.
192. Pötsch L, Fink T, Ogbuihi S, Dudek J, Urban R. Tödliche Zwischenfälle bei desorientierten Personen in Langzeitpflegeeinrichtungen [Accidental death of disoriented persons in long term care facilities]. *Arch Kriminol.* 2004;214(1-2):19-29. [Article in German].
193. Karger B, Fracasso T, Pfeiffer H. Fatalities related to medical restraint devices — Asphyxia is a common finding. *Forensic Sci Int.* 2008;178(2-3):178-84.
194. Capezuti E, Wagner LM, Brush BL, Boltz M, Renz S, Talerico KA. Consequences of an intervention to reduce restrictive side rail use in nursing homes. *JAGS.* 2007;55(3):334-41.
195. Hignett S, Griffiths P. Do split-side rails present an increased risk to patient safety? *Qual Saf Health Care.* 2005;14:113-6.
196. Boocock MG, Weyman AK, McIlroy R. Bedside safety rails: assessment of strength requirements and the appropriateness of current designs. *Ergonomics.* 2006;49(7):631-50.
197. International Electrotechnical Commission. Medical electrical equipment. Part 2-52. Particular requirements for the basic safety and essential performance of medical beds. IEC 460601-2-52 (2009-12) ed.1.0. Disponible en: <http://www.iec.ch/cgi-bin/procgi.pl/www/iecwww.p?wwwlang=E&wwwprog=sea22.p&search=iecnumber&header=IEC&pubno=60601&part=&se=>
198. Medicines and Healthcare products Regulatory Agency. Device Bulletin 2006(06). Safe use of Beds Rails. [acceso 25 de enero de 2010]. Disponible en: <http://www.mhra.gov.uk>
199. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Sistema de notificación de incidentes por parte de los profesionales sanitarios [acceso 22 de abril de 2010]. Disponible en: <http://www.aemps.es/actividad/pschb/vigilancia/vigProfesionales/home.htm>
200. 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.
201. Janelli LM, Stamps D, Delles L. Physical restraint use: a nursing perspective. *Medsurg Nurs.* 2006;15:163-7.
202. Morales JF, editor. *Psicología Social.* 2ª ed. Madrid: Mc Graw Hill; 1999.
203. Sánchez S, Mesa MC. Construcción de escalas para medir actitudes. En: Sanchez S, Mesa MC, editores. *Actitudes hacia la tolerancia y la cooperación en ambientes multiculturales.* Granada: Universidad de Granada; 1998.

204. Breckler SJ. Empirical validation of affect, behaviour, and cognition as distinct components of attitude. *J Pers Soc Psychol.* 1984;47(6):1191-205.
205. Worchel S, Cooper J, Goethals GR, Olson JM. *Psicología Social.* Madrid: Paraninfo; 2009.
206. Ander-Egg E. *Técnicas de investigación social.* 5ª ed. México: El Ateneo; 1993.
207. Eisenberg F. Las actitudes. *Investigación al Día.* 2000;6.
208. Stefani D. Teoría de la acción razonada: una propuesta de evaluación cuali-cuantitativa de las creencias acerca de la institucionalización geriátrica. *Evaluar.* 2005;5:22-37.
209. Ramalle E, Bermejo R. Medición de actitudes. En: Amezcua C, Jiménez A. *Evaluación de programas sociales.* Madrid: Díaz de Santos; 1996.
210. Fariña-López E, Estévez-Guerra GJ, Núñez E, Montilla M, Santana E. Estudio descriptivo sobre la actitud de la familia ante el uso de restricciones físicas en mayores: resultados preliminares. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2008;43(4):201-7.
211. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes.* 1991;50:179-211.
212. Dreyfus A. Biological knowledge as a prerequisite for the development of values and attitudes. *J Biol Educ.* 1995;29(3):215-9.
213. Husum TI, Finset A, Ruud T. The staff attitude to coercion scale (SACS): reliability, validity and feasibility. *Int J Law Psychiatry.* 2008;31:417-22.
214. Scherer YK, Janelli LM, Kanski GW, Neary MA, Morth NE. The nursing dilemma of restraints. *J Gerontol Nurs.* 1991;17(2):14-7.
215. Lai CKY, Wong IYC. Families' Perspectives on the Use of Physical Restraints. *Contemp Nurse.* 2008;27(2):177-84.
216. Hardin SB, Magee R, Vinson MH, Owen M, Hyatt E, Stratmann D. Patient and family perceptions of restraints. *J Holist Nurs.* 1993;11(4):383-97.
217. Haut A, Kolbe N, Strupeit S, Mayer H, Meyer G. Attitudes of relatives of nursing home residents toward physical restraints. *J Nurs Scholars.* 2010;42(4):448-56.
218. Kanski GW, Janelli LM, Jones HM, Kennedy MC. Family reactions to restraints in an acute care setting. *J Gerontol Nurs.* 1996;22(6):17-22.
219. Badía X, Alonso J, editores. *La medida de la salud. Guías de escalas de medición en español.* 4ª ed. Barcelona: Tecnología y Ediciones del Conocimiento (EDITEC); 2007.
220. Janelli LM, Scherer YK, Kuhn MM. Acute/critical care nurses' knowledge of physical restraints. *J Nurs Staff Dev.* 1994;10(1):6-11.
221. 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(1):39-45.

222. Bradley L, Siddique CM, Dufton B. Reducing the use of physical restraints in long-term care facilities. *J Gerontol Nurs.* 1995;21(9):21-34.
223. 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.
224. Scherer YK, Janelli LM, Wu YWB, Kuhn MM. Restrained patients: an important issue for critical care nursing. *Heart Lung.* 1993;22:77-83.
225. Barton SA, Johnson MR, Price LV. Achieving restraint-free on an inpatient behavioral health unit. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 2009;47(1):34-40.
226. Hantikainen V. Nursing staff perceptions of the behaviour of older nursing home residents and decision making on restraint use: a qualitative and interpretative study. *J Clin Nurs.* 2001;10(2):246-56.
227. Suen LK. Knowledge, attitude and practice of nursing home staff towards physical restraints in Hong Kong nursing homes. *Asian J Nurs Stud.* 1999;5(2):73-86.
228. Fonad E, Burnard P, Emami A. Shielding or caging? Healthcare staffs' views on fall risk and protection in Stockholm. *Int J Older People Nurs.* 2008;3(1):46-54.
229. Rees J, King L, Schmitz K. Nurses' perceptions of ethical issues in the care of older people. *Nurs Ethics.* 2009;16(4):436-52.
230. Montorio I, Izal M, Sánchez M, Losada A. Dependencia y autonomía funcional en la vejez. La profecía que se autocumple. *Rev Mult Gerontol.* 2002;12(2):61-71.
231. Schott-Baer D, Lulis S, Beauregard K. Use of restraints: changes in nurses' attitudes. *J Gerontol Nurs.* 1995;21(2):39-44.
232. Wagner LM, Capezuti E, Brush B, Boltz M, Renz S, Talerico KA. Description of an advanced practice nursing consultative model to reduce restrictive siderail use in nursing homes. *Res Nurs Health.* 2007;30(2):131-40.
233. 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(2):295-308.
234. Olazarán J, Reisberg B, Clare L, Cruz I, Peña-Casanova J, Del Ser T, et al. Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: a systematic review of efficacy. *Dement Geriatr Cogn Disord.* 2010;30:161-78.
235. Saarnio R, Isola A, Laukkala H. The use of physical restraint in institutional care of older people in Finland: nurses' individual, communal and alternative modes of action. *J Clin Nurs.* 2009;18(1):132-40.
236. Phillips CD, Hawes C, Fries BE. Reducing the use of physical restraints in nursing homes: Will it increase costs? *Am J Public Health.* 1993;83(3):342-8.

237. Cooper C, Selwood A, Livingston G. The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review. *Age Ageing*. 2008;37(2):151-60.
238. Shorr RI, Guillen MK, Rosenblatt LC, Walker K, Caudle CE, Kritchevsky SB. Restraint use, restraint orders, and the risk of falls in hospitalized patients. *JAGS*. 2002;50(3):526-9.
239. Neufeld RR, Libow LS, Foley WJ, Dunbar JM, Cohen C, Breuer B. Restraint reduction reduces serious injuries among nursing home residents. *JAGS*. 1999;47(10):1202-7.
240. 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.
241. Tinetti ME, Liu WL, Ginter SF. Mechanical restraint use and fall-related injuries among residents of skilled nursing facilities. *Ann Intern Med*. 1992;116:369-74.
242. Ali G. Ensuring the safe use of cotsides in patient settings. *Prof Nurse*. 2000;15(4):278-9.
243. Cotter VT. Restraint free care in older adults with dementia. *Keio J Med*. 2005;54(2):80-4.
244. Ayuntamiento de Barcelona. Documento abierto de derechos y libertades de las personas mayores con dependencia. Barcelona: Ayuntamiento de Barcelona. Área de Acción Social y Ciudadanía; 2011.
245. Marín JA, coordinador. Manual de Buena Práctica para Residencias de Personas Ancianas. Vitoria: Departamento de Bienestar Social de la Diputación Foral de Álava; 1996.
246. Gillick MR. Rethinking the role of tube feeding in patients with advanced dementia. *N Engl J Med*. 2000;342(3):206-10.
247. Di Giulio P, Toscani F, Villani D, Brunelli C, Gentile S, Spadin P. Dying with advanced dementia in long-term care geriatric institutions: a retrospective study. *J Palliat Med*. 2008;11(7):1023-8.
248. Sloane PD, Zimmerman S, Williams CS, Hanson LC. Dying with dementia in long-term care. *Gerontologist*. 2008;48(6):741-51.
249. O'Brien LA, Siegert EA, Grisso JA, Maislin G, LaPann K, Evans LK, et al. Tube feeding preferences among nursing home residents. *J Gen Intern Med*. 1997;12:364-71.
250. Alarcón T. Uso de restricción física en el anciano en el siglo XXI. ¿Necesidad o falta de formación? *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2001;36(1):46-50.
251. Brooker D. Dementia Care Mapping: Visión general y resumen de la bibliografía de investigación. *Revista Alzheimer. Realidades e investigación en demencia*. 2006;33:4-11.

ANEXOS

Estudio sobre el uso de restricciones físicas en personas mayores



Cuestionario para personal de enfermería

Este cuestionario forma parte de un proyecto de investigación sobre restricciones físicas que se realiza entre profesionales de diversos centros geriátricos públicos de Canarias.

En el estudio se define un dispositivo de restricción física como cualquier mecanismo que limite la libertad de movimiento de una persona. Por tanto, entre estos se encuentran: los chalecos de sujeción de tronco, los cinturones abdominales, las muñequeras y tobilleras, las sillas con bandejas acopladas, las manoplas, las sábanas inmovilizadoras homologadas (pijama-sábana), y las barras laterales protectoras (barandillas) cuando su intención es evitar que una persona salga de la cama. Así como cualquier otro que cumpla dicha función.

La información que usted nos proporcione es anónima y será tratada con absoluta confidencialidad. Una vez rellenado el cuestionario le rogamos lo incluya en el sobre, lo cierre y lo entregue en el lugar que le indique el investigador de referencia de su centro. Para contestar todas las preguntas usted necesitará unos 25 minutos. Dada la extensión del mismo le sugerimos que haga una pausa cuando lo crea necesario.

Le informamos que no existen respuestas buenas o malas, ya que cada persona tiene una opinión y experiencia diferente sobre el tema y, por tanto, todas las contestaciones son válidas. Lo que le pedimos es que lea cada enunciado detenidamente y nos dé su opinión.

Es muy importante que conteste a todas las preguntas. En el caso de que las posibles respuestas no le satisfagan le rogamos que elija aquella que más se aproxime a su forma de pensar. Para finalizar queremos agradecerle su tiempo y su inestimable colaboración.

Este estudio ha sido financiado por la Fundación Canaria de Investigación y Salud (FUNCIS) de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias (Expediente: Enf 07/09).

CUESTIONARIO SOBRE LA ACTITUD HACIA EL USO DE LA RESTRICCIÓN FÍSICA

Por favor, díganos su grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones marcando la casilla que considere más adecuada

1 = Muy en desacuerdo 2 = Bastante en desacuerdo 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4 = Bastante de acuerdo 5 = Muy de acuerdo	Muy en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo
	1	2	3	4	5
En ocasiones, cuando un paciente deambula erráticamente hay que colocarlo en una silla con un cinturón de sujeción para protegerlo de una caída.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un paciente con problemas para caminar debería ser sometido a restricción para prevenir caídas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A un paciente que se ha caído una vez, no se le debería dejar sin restricciones si está solo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La restricción física en sillas y el aislamiento son buenos métodos para tratar a los pacientes inquietos que chillan y gritan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La única manera de proteger a los pacientes de una caída de la cama es utilizando barandillas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A un paciente agresivo se le deberían sujetar las manos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los pacientes con demencia que se agitan deben estar sometidos a restricción si son propensos a caerse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los pacientes inquietos se agitan menos cuando se les coloca un cinturón de restricción.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estar sentado en una silla, inmovilizado por un cinturón con sujeción pélvico-perineal, no afecta a la circulación de la sangre del paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuando el paciente está sometido a una restricción física, su capacidad para caminar se deteriora después de un tiempo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Una vez que se ha comenzado a restringir la movilidad de un paciente, se deberá continuar haciéndolo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Una vez que se le ha aplicado un dispositivo de restricción al paciente para evitar caídas, no se debería interrumpir esta práctica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La restricción no afecta negativamente a los pacientes con demencia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1 = Muy en desacuerdo 2 = Bastante en desacuerdo 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4 = Bastante de acuerdo 5 = Muy de acuerdo	Muy en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo
	1	2	3	4	5
Todo el mundo se siente más tranquilo cuando se aplican restricciones a los pacientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un paciente que muestra signos de rechazar el que le coloquen en una geri-silla (silla que lleva una bandeja acoplada delante) no debe ser sometido a esta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Creo que es mejor no colocarle una restricción a un paciente, incluso aunque haya riesgo de caída.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuando sea mayor, no me importará que los profesionales me coloquen una restricción si estoy nervioso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me siento mal cuando tengo que aplicar restricciones a un paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Podría considerarse un buen cuidado el inmovilizar a un paciente con demencia con una geri-silla.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es mejor usar restricciones físicas que fármacos para conseguir que un paciente se quede tranquilo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS EN EL USO DE LA RESTRICCIÓN FÍSICA

Con relación a las siguientes afirmaciones marque la casilla que considere más adecuada

1 = Verdadero 2 = Falso 3 = No lo sé	Verdadero	Falso	No lo sé
	1	2	3
Las restricciones físicas son dispositivos de seguridad diseñados para evitar lesiones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Una restricción es legal solo si es necesaria para proteger al paciente o/a terceros de una lesión.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las restricciones deberían ser utilizadas cuando no se pueda vigilar muy de cerca al paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los pacientes tienen derecho a negarse a que se les aplique una restricción.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Una restricción física requiere una orden médica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La confusión o la desorientación es la principal razón para usar una restricción.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Una restricción debe ser aflojada al menos cada 2 horas, si el paciente está despierto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las restricciones deben colocarse muy apretadas (de modo que no quede espacio entre la restricción y la piel del paciente).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un paciente no debe ser sometido a restricción cuando está acostado en la cama debido al peligro de que se asfixie o atragante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuando un paciente se encuentra bajo restricción, pueden producirse lesiones cutáneas o puede aumentar su agitación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuando un paciente es sometido a restricción en una cama, la sujeción (por ejemplo, cinturón) no debe fijarse a las barras laterales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puede ser necesario en ocasiones usar restricciones mediante sábanas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un profesional puede ser denunciado por aplicar restricciones cuando no se necesitan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En cada turno de trabajo deberán registrarse las novedades relacionadas con los pacientes sometidos a restricción.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Una orden médica de restricción tiene que ser precisa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso de emergencia, una enfermera puede legalmente someter a restricción a un paciente sin una orden médica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No existen buenas alternativas a las restricciones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se ha relacionado la muerte de pacientes con el uso de restricciones físicas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CUESTIONARIO SOBRE PRÁCTICA PROFESIONAL DE LAS ENFERMERAS

A continuación se presentan una serie de afirmaciones relacionadas con su práctica profesional. Señale con qué frecuencia realiza cada una de ellas.

1 = nunca 2 = algunas veces 3 = siempre	Nunca	Algunas veces	Siempre
	1	2	3
Trato de utilizar medidas alternativas antes de colocar una restricción a un paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuando coloco una restricción a un paciente, tomo esta decisión solo si dispongo de una orden médica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuando creo que el paciente no necesita una restricción, se lo sugiero al médico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respondo a la llamada de un paciente sometido a restricción lo antes posible.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compruebo las restricciones por lo menos cada dos horas para asegurarme de que están correctamente colocadas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuando atiendo a un paciente (por ejemplo, durante la higiene o vestido) sometido a restricción, compruebo si presenta zonas enrojecidas o lesiones en su piel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informo a los familiares por qué se ha sometido al paciente a restricción.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Explico al paciente por qué se le aplica la restricción.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informo al paciente de cuándo le será retirada la restricción.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuando estamos escasos de personal se utilizan más las restricciones que cuando tenemos la plantilla completa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En nuestro centro, trabajamos en equipo para encontrar formas de controlar el comportamiento de los pacientes sin tener que usar restricciones físicas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valoro de forma frecuente si la restricción física debe ser retirada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Con frecuencia evalúo y registro el efecto de la restricción física cuando se aplica a un paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CUESTIONARIO SOBRE PRÁCTICA PROFESIONAL DE LAS AUXILIARES

A continuación se presentan una serie de afirmaciones relacionadas con su práctica profesional. Señale con qué frecuencia realiza cada una de ellas.

1 = nunca 2 = algunas veces 3 = siempre	Nunca	Algunas veces	Siempre
	1	2	3
Sugiero utilizar medidas alternativas antes de colocar una restricción a un paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuando coloco una restricción a un paciente, tomo esta decisión solo si dispongo de una orden médica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuando creo que el paciente no necesita una restricción, se lo sugiero al responsable.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respondo a la llamada de un paciente sometido a restricción lo antes posible.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compruebo las restricciones por lo menos cada dos horas para asegurarme de que están correctamente colocadas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuando atiendo a un paciente (por ejemplo, durante la higiene o vestido) sometido a restricción, compruebo si presenta zonas enrojecidas o lesiones en su piel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comento con los familiares por qué se ha sometido al paciente a restricción.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comento con el paciente por qué se le aplica la restricción.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le comento al paciente de cuándo le será retirada la restricción.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuando estamos escasos de personal se utilizan más las restricciones que cuando tenemos la plantilla completa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En nuestro centro, trabajamos en equipo para encontrar formas de controlar el comportamiento de los pacientes sin tener que usar restricciones físicas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comento de forma frecuente con la enfermera si una restricción física podría ser retirada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuando se colocan restricciones físicas, trato de informarme de cuáles son los cuidados de enfermería que van a ser necesarios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Con frecuencia comento con la enfermera los efectos que le produce la restricción al paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CUESTIONARIO DE PERCEPCIÓN HACIA EL USO DE LA RESTRICCIÓN FÍSICA

A continuación se indican las razones que se dan algunas veces para utilizar restricciones en personas mayores. En general, ¿cuán importantes cree que son las restricciones en cada una de las razones que figuran a continuación?

1 = No son importantes 2 = Poco importantes 3 = Con cierta importancia 4 = Bastante importantes 5 = Muy importantes	No son importantes	Poco importantes	Con cierta importancia	Bastante importantes	Muy importantes
Las restricciones físicas son importantes (necesarias) para	1	2	3	4	5
Proteger a un anciano de:					
a. Caerse de la cama.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Caerse de la silla.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Deambulación inestable.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prevenir la deambulación errática (vagabundeo) de un anciano.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evitar que un anciano coja objetos de otras personas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evitar que un anciano acceda a sitios o cosas peligrosas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evitar que un anciano confuso moleste a otros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evitar que un anciano:					
a. Se arranque una sonda vesical.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Se arranque la sonda de alimentación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Se arranque un catéter venoso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Manipule una herida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Manipule un apósito o vendaje.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proporcionar descanso a un anciano hiperactivo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proporcionar seguridad a pacientes confusos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sustituir la vigilancia del personal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proteger al personal o a otros residentes de agresiones físicas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Controlar la agitación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo 2. Recomendaciones generales ante el uso de restricciones físicas

La decisión de limitar la movilidad de un usuario debe ser tomada de manera responsable y tener un carácter multidisciplinar. La buena praxis sugiere que, de forma previa a la colocación de un dispositivo de restricción física, se haga una valoración exhaustiva de los beneficios y riesgos que pudiesen presentarse, tanto por su aplicación, como por el uso de posibles alternativas.

Una vez que el equipo toma la decisión, y de cara a regular su utilización y evitar problemas de abuso, negligencia o seguridad, se recomienda seguir unas pautas que establezcan cómo habrán de utilizarse dichos dispositivos y qué cuidados deberán realizarse. A continuación figuran algunas recomendaciones recopiladas del Joanna Briggs Institute así como del Department of Health and Ageing del Gobierno australiano^{139,140}.

1. Guiarse siempre por un estricto protocolo de actuación que garantice la correcta aplicación del procedimiento de restricción y que sea totalmente reverente con los derechos del usuario. De lo contrario se corre el peligro de hacer un uso irreflexivo, sin un propósito terapéutico, lo que sería éticamente inaceptable.
2. Aplicar siempre el mínimo nivel de sujeción que garantice la seguridad de la persona. Debe tratarse de una respuesta proporcionada al problema concreto que queremos intentar controlar, sin olvidar que su aplicación será el último recurso y no la primera medida a tomar. El riesgo y la gravedad de las caídas, motivo principal por el que se limita la movilidad de los usuarios, pueden minimizarse mediante estrategias alternativas.
3. Utilizar las restricciones físicas siguiendo las recomendaciones de seguridad que han establecido al respecto los expertos. No debe olvidarse que estas personas precisarán cuidados constantes relacionados con su movilización, la satisfacción de sus necesidades de eliminación o alimentación, control de posibles molestias, apoyo psicológico, etc.
4. Cuando sea posible se debe contar con la aprobación del interesado mediante el correspondiente consentimiento informado. En el caso de usuarios incapacitados los posibles beneficios o los inconvenientes que pudieran derivarse del uso de una restricción, o de la aplicación de una alternativa, deben ser discutidos por los profesionales y familiares o tutor legal. Debe recordarse que son los valores del usuario, y no los de las personas a su cargo, los que deberían prevalecer.

5. Disponer de la correspondiente prescripción facultativa antes de aplicar una restricción física. Si bien en la mayoría de las ocasiones es el equipo multidisciplinar el que valora la necesidad de aplicarla, la orden médica tiene que figurar siempre en la historia clínica del usuario.
6. Registrar todo el proceso adecuadamente y de forma regular en la historia. En especial habrá que detallar cuál es la problemática exacta que motiva el uso de la restricción y explicar cómo esta contribuye a reducir dicho problema.
7. Es fundamental mejorar los conocimientos de los profesionales encargados de aplicar los dispositivos. Deben adquirir las habilidades necesarias que les permitan hacerlo de forma correcta, así como ser formados en alternativas para el manejo de los problemas psicológicos y conductuales de los usuarios.
8. La utilización prolongada de restricciones físicas incrementa los riesgos, por ello se debe valorar periódicamente la conveniencia de seguir aplicándolas. Un dispositivo que fue eficaz en un momento dado puede resultar inapropiado a medida que cambian las condiciones de la persona.

Anexo 3. Recomendaciones para un uso más seguro de restricciones físicas

El uso de estos dispositivos puede ocasionar serias complicaciones en las personas mayores. Los riesgos se incrementan en los ancianos confusos, con gran movilidad y episodios frecuentes de agitación. Por este motivo, tanto expertos como instituciones vinculadas con la seguridad asistencial aconsejan que se valore cuidadosamente su aplicación rutinaria en este colectivo, y que solo se utilicen cuando hayan fracasado otras opciones y los beneficios sean mayores que los riesgos potenciales.







Dichas instituciones, entre las que se encuentran la National Patient Safety Agency⁶² y la Medicines and Healthcare products Regulatory Agency¹⁹⁸, del servicio de salud británico, y la Food and Drug Administration⁴⁶ del Gobierno de EE. UU., sugieren que, con el fin de minimizar los riesgos, se tomen una serie de medidas, las cuales se resumen a continuación.

1. Utilizar siempre dispositivos homologados, evitando el uso de artilugios caseros.
2. Seleccionar el dispositivo más adecuado para la persona y verificar que se aplica la talla correcta (chaleco o cinturón de sujeción).
3. Examinar de forma cuidadosa las instrucciones del fabricante, y, en especial, todas las advertencias sobre posibles riesgos.
4. En el caso de cinturones o chalecos que son asegurados a la estructura de la cama, comprobar que la fijación se hace en la zona correcta; si esta no es la adecuada la elevación del cabecero podría tensar el dispositivo y comprimir el cuerpo del anciano.
5. En las personas sentadas, valorar el uso de chalecos o cinturones con un accesorio perineal que asegure la sujeción pélvica y evite el deslizamiento desde la silla.
6. Los dispositivos que se fijan con un lazo se deben atar de manera que este pueda ser desanudado de forma rápida en una urgencia.
7. En ancianos con gran movilidad y que tratan de salir de forma constante de la cama no deben usarse barras laterales. En estos casos, para minimizar las consecuencias de las caídas, hay que situar el somier en su posición más baja. Debe seguirse esta última recomendación cuando se apliquen chalecos o cinturones de sujeción en pacientes encamados; con ello, si la persona quedase suspendida del dispositivo en el lateral de la cama, su cuerpo podría apoyar en el suelo disminuyendo la tensión y el riesgo de asfixia.

8. Verificar que todos los componentes de la cama que se renuevan sean compatibles entre sí (p. ej., colchón adecuado al tamaño de esta), y que sus medidas se ajusten a los parámetros de seguridad con el fin de evitar el aprisionamiento en alguna parte de la estructura. Si fuese preciso, hay que utilizar accesorios para rellenar las posibles zonas de riesgo de aprisionamiento y proteger las barras laterales para evitar golpes directos contra ellas.
9. Realizar un mantenimiento periódico del mobiliario y de los dispositivos de seguridad.
10. Con el fin de intentar evitar las complicaciones es importante mantener una supervisión frecuente de los usuarios de mayor riesgo; establecer la frecuencia más adecuada a cada caso ateniéndose a las directrices que pudieran establecerse al respecto. No aislar a la persona en una habitación con la puerta cerrada; ubicarla en un lugar visible (p. ej., cerca de la zona de control de los profesionales).
11. Acudir con prontitud a las llamadas del usuario, ya que puede encontrarse en una situación de peligro.
12. Las personas agitadas o inquietas no deberían ser sometidas a un procedimiento de sujeción; en el caso de aplicársele, la vigilancia tiene que ser extrema. Colocar dispositivos electrónicos que adviertan de su intención de salir del sillón o de la cama (alarmas).

Anexo 4. Zonas de mayor riesgo de aprisionamiento en la cama

A continuación se indican las zonas potenciales de mayor riesgo de aprisionamiento entre la cama y las barras laterales. Se incluyen las recomendaciones de la Comisión Electrotécnica Internacional (IEC, International Electrotechnical Commission) y de la Food and Drug Administration sobre las dimensiones de seguridad a tener en cuenta^{46,197}.

 <p>(A). Entre los barrotes. La distancia entre ellos debe ser < 120 mm para evitar que el paciente introduzca su cabeza.</p>	 <p>(B). Entre la parte inferior de la barra lateral y la superior del colchón. Se aconseja que este espacio sea < 120 mm.</p>
 <p>(C). Entre la barra y el lateral del colchón. Las dimensiones de este espacio deben ser < 120 mm.</p>	 <p>(D). Bajo la barra, donde acaba la misma. El espacio debe ser < 60 mm para evitar que el paciente quede atrapado por el cuello.</p>
 <p>(E). Entre dos barras parciales. El espacio debe ser < 60 mm o superior a 318 mm para evitar que el paciente quede atrapado por el cuello o por el tórax.</p>	 <p>(F). Entre el final de la barra y el cabecero de la cama. El espacio deberá ser < 60 mm para evitar que el paciente quede atrapado por el cuello.</p>

Anexo 5. Datos que deben incluirse en la historia clínica relacionados con el procedimiento de restricción física

A continuación se incluyen las recomendaciones de la Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations que recogen los aspectos a incluir en la historia clínica del paciente sometido al uso de restricciones físicas¹¹⁹.

1. Indicar por qué se ha considerado la aplicación del dispositivo.
2. Ratificar que de forma previa se han intentado tratar los factores que están generando la posible situación de riesgo (p. ej.: caída).
3. Comentar la respuesta de los pacientes a las alternativas que se han intentado previamente al uso de una restricción.
4. Orden médica firmada que incluya el tipo de restricción, cuándo podrá ser usada, duración y razones para su utilización.
5. Indicar con qué frecuencia se supervisará a los usuarios (teniendo en cuenta que estos necesitarán más, que no menos, vigilancia).
6. Precisar con qué frecuencia se valorarán las condiciones del paciente (estado de la piel, circulación de los miembros, constantes vitales, etc.), así como la respuesta verbal y su comportamiento ante este procedimiento.
7. Reseñar las intervenciones que se realizarán para asegurar las necesidades básicas (hidratación, eliminación, movilización, etc.) y el confort de la persona.
8. Pautar la retirada periódica de la restricción (para reposicionar al paciente, necesidades fisiológicas, etc.).
9. Señalar las estrategias que se seguirán para tratar de minimizar el uso del procedimiento (p. ej.: retirar mientras la persona se encuentra acompañada de una visita).
10. Definir con qué frecuencia se valorará la conveniencia de seguir aplicando la restricción, en previsión de posibles cambios en las condiciones del paciente.

Anexo 6. Estándares de calidad relacionados con el uso de restricciones físicas

La Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations estableció los siguientes estándares de calidad dirigidos a racionalizar el uso de la restricción física^{45,119}.

1. Ante un posible uso de la sujeción:

- Cada organización debe determinar sus propias estrategias para abordar la contención de los usuarios. Esta debe limitarse a situaciones que estén clínicamente justificadas.
- De forma previa se investigarán todas las alternativas que pudiesen ayudar a eliminar el problema que propicia su aplicación.
- La política de formación incluirá tanto a profesionales como a familias.
- Debe descartarse que la falta de supervisión sea la causa de su utilización.
- El equipo multidisciplinar debe discutir las medidas y consensuarlas con la familia.
- Deben establecerse constantes mecanismos de control para evitar daños asociados a su uso.

2. Asimismo la organización debe:

- Preservar los derechos de los pacientes, su dignidad y su bienestar mientras sea aplicada la restricción.
- Basar su uso en las necesidades del usuario.
- Emplear las formas menos restrictivas de contención.
- Responsabilizar a los profesionales de la aplicación de los dispositivos y la reevaluación periódica del paciente.
- Registrar toda la información que se refiera al uso de la restricción física; incluir las evidencias de que se intentaron otras alternativas antes de que fuera utilizada.
- Garantizar que la aplicación se hará bajo prescripción facultativa. Si en ausencia del médico es necesario su uso, la enfermera se responsabilizará de la misma requiriendo la citada autorización en el plazo de 12-24 horas.
- Renovar periódicamente dicha orden.
- Supervisar al paciente de forma frecuente. Esto incluirá la observación directa por personal cualificado.

Anexo 7. Principios que guíen la buena práctica clínica relacionada con el uso de restricciones físicas

La aplicación de todo protocolo para situaciones en las que se restringe el derecho fundamental a la libertad debe regirse por un conjunto de principios que guíen la buena práctica clínica. Según Barrios Flores estos serían⁸³:

1. Principio de respeto a la dignidad personal. El respeto a la dignidad del enfermo, proscribiendo el uso de procedimientos inhumanos, habrá de compaginarse adecuadamente con el derecho a su seguridad.
2. Principio de legalidad. La restricción a la libertad de movimiento es un valor superior del ordenamiento jurídico español; por tanto, la aplicación de medidas que restrinjan este derecho precisaría de una habilitación legal.
3. Principio de necesidad. Alude a la llamada indicación “terapéutica”, en la que ante una posible restricción debe concurrir el supuesto de hecho clínico que la hace necesaria e impostergable. Esta indicación terapéutica debe ser prescrita por sanitarios y con carácter temporal (porque hay peligro).
4. Principio de congruencia. El tratamiento ha de ser proporcional y razonable en relación a los medios disponibles y a la finalidad que se pretende; por lo que antes de aplicar una restricción habrá que valorar la gravedad del peligro.
5. Principio de prohibición de exceso. Entre diferentes medidas deberá optarse por la que cause el menor daño o afecte de manera menos intensa la libertad.
6. Principio de temporalidad. Los tratamientos de restricción de libertad deben ser temporales. Se actúa porque hay un peligro inminente; pero no deben aplicarse *sine die*, con carácter indefinido, por lo que las estrategias más agresivas deberán dejar paso a otras menos intensas.
7. Principio de idoneidad de medios. En cuanto a los recursos humanos debe ser tenida en cuenta, tanto la ratio (suficiente para acometer la vigilancia), como la cualificación (quién puede prescribir y aplicar esta medida). Las instalaciones deben reunir una serie de condiciones de seguridad y comodidad (que permitan la observación del paciente); en cuanto a los materiales solo deben emplearse dispositivos homologados.
8. Principio del cuidado. El facultativo debe valorar periódicamente la necesidad de mantener la restricción

física. El personal de enfermería deberá llevar a cabo todos los cuidados que el paciente precise para mantener su seguridad y comodidad, así como una supervisión frecuente.

9. Principio de documentación de actuaciones. El empleo de medios de restricción requiere del registro de la intervención, lo cual permitirá tener constancia de cómo se ha llevado a cabo (respecto a indicación, tiempos de supervisión, etc.).
10. Principio de fiscalización. Es básico, para garantizar la no vulnerabilidad de los derechos del paciente, disponer de un control interno y externo de este tipo de actuaciones. El interno corresponde a las instituciones sanitarias (protocolos, normas de funcionamiento, etc.); el externo corresponde al Defensor del Pueblo, a la autoridad judicial y al Ministerio Fiscal.

Anexo 8. Estrategias para disminuir el uso de medidas de restricción física

La evidencia científica ha demostrado que puede minimizarse el uso de sujeciones sin que ello tenga graves consecuencias sobre la salud de los usuarios. Para esto es básico conseguir el compromiso tanto de los profesionales como de los responsables de los centros, siendo también importante la colaboración de las familias.

El aspecto más importante será identificar el problema subyacente responsable de la situación de riesgo. No hay una recomendación general que pueda aplicarse en todos los casos. Cada persona es un individuo único con unas características concretas y unas necesidades diferentes a las del resto. En consecuencia, será necesario estudiarla de manera individualizada e ir probando diferentes estrategias que tendrán como objetivo resolver el problema sin limitar su autonomía y sin que ello implique un riesgo para ella o para aquellos que la rodean.

A continuación se resumen las principales recomendaciones emitidas tanto por expertos como por organismos implicados en la mejora de la calidad asistencial^{25,49,86,139,140}.

Intervención sobre factores intrínsecos

Muchos de los problemas de seguridad en los que se ven implicados los ancianos tienen su origen en una serie de necesidades no satisfechas, tanto de tipo físico como emocional. Para poder reducir el uso de restricciones es necesario descubrir cuáles son y así anticiparnos a los problemas.

Una opción es preguntar a la persona qué es lo que quiere o necesita. En algunos casos nos lo va a comunicar verbalmente, en otros lo hará mediante gestos o incluso a través de la mirada; cuando no responda habrá que valorar su comportamiento en profundidad. También hablaremos con la familia. Debemos tener en cuenta las siguientes cuestiones:

- Corregir los factores endógenos que pueden provocar una caída: inestabilidad y trastornos de la marcha, problemas sensoriales (p. ej.: mala visión), polifarmacia que incluya medicación de riesgo (p. ej.: fármacos psicotrópicos), hipotensión ortostática, etc.
- Evaluación y seguimiento de todos aquellos aspectos físicos que puedan condicionar el confort y acabar afectando al comportamiento de la persona (p. ej.: dolor, aumento de la temperatura, desequilibrio electrolítico, hambre, deshidratación, humedad en la piel, estreñimiento, etc.).
- Atender especialmente las necesidades de eliminación urinaria mediante los cuidados correspondientes (p. ej.: micciones programadas, dejar a mano los recipientes para orinar); de lo contrario aumentará la incomodidad y el riesgo de caídas cada vez que la persona trate de desplazarse sola para ir al aseo. Revisar la medicación que pueda estar contribuyendo a aumentar la frecuencia de las micciones.

- Elevar la cabecera de la cama en pacientes con dificultades respiratorias; aplicar oxigenoterapia si fuese necesario.
- La silla o sillón donde va a permanecer la persona debe ser lo más cómoda y segura posible. Las sillas de ruedas deben ser usadas solo para transportar a los usuarios.
- Promover el ejercicio físico y la rehabilitación de la persona cuando sea necesario. En especial habrá que considerar los programas de ejercicios consistentes en entrenamientos de fuerza, equilibrio y estabilidad postural o de la marcha.
- Evitar los periodos de somnolencia excesivamente largos, controlar el consumo de sustancias excitantes. No obligar a la persona a acostarse si no quiere; programarle alguna actividad nocturna si fuese preciso.

Los síntomas conductuales son uno de los predictores más importantes del uso de restricciones físicas. Deben ser valorados para tratar de averiguar su causa y evitarlos en la medida de lo posible. Determinados comportamientos no tienen que ser vistos como un problema sino como una forma de comunicar una necesidad no satisfecha (p. ej.: la deambulación sin rumbo del paciente puede no tener ningún sentido para nosotros, pero podría estar causada por ansiedad, confusión o alguna molestia física). El trabajo de los profesionales debería centrarse en cómo facilitar que la persona haga las cosas de una manera segura, además de estar alerta a todo aquello que pueda desencadenar una reacción agitada. Algunos aspectos importantes son:

- Mejorar la comunicación con la persona. Escuchar sus preocupaciones. Facilitar el acceso a timbres de llamada.
- Promover las terapias de ocupación o recreacionales que ayuden a distraerla (una persona aburrída se inquietará de manera fácil). Emplear estrategias para tranquilizarla (poner música suave, masajes, relajación).
- Estimular las actividades de acompañamiento, en especial las que puedan organizarse a través de familiares o voluntarios. Esta iniciativa, aparte de disminuir los problemas de seguridad, y el consiguiente uso de la restricción, contribuye a mejorar la calidad de vida de la persona.
- Emplear técnicas de orientación en tiempo y espacio. Proporcionar una sensación de familiaridad en el entorno permitiendo que el anciano conserve objetos que le pudiesen recordar su pasado.
- Las personas mayores pueden volverse agresivas cuando no conocen o no comprenden las intenciones del profesional o cuando determinados cuidados, como la eliminación o el aseo, son interpretados como una forma de invasión de la privacidad. Por ello debemos realizar estos procedimientos siguiendo siempre la misma rutina y con aquellos profesionales que al usuario le resulten familiares.

Intervenciones sobre factores extrínsecos

Con el fin de reducir los riesgos habrá que tener también en cuenta el entorno que rodea a la persona. Las intervenciones suelen consistir en intentar evitar o minimizar las caídas, impedir la manipulación de los dispositivos médicos, o que la persona se pierda cuando abandona sola el lugar en el que se encuentra.

- Identificar y corregir los riesgos ambientales que pueden propiciar las caídas: luz inadecuada, obstáculos (p. ej.: alfombras o cables), escalones, mobiliario inestable o con ruedas, suelos encerados, pulidos o mojados, ropa o calzado inapropiado, altura de la cama, etc. Tomar medidas destinadas a reducir o minimizar el impacto de las caídas: protectores de cadera, cascos, rodilleras, colchones en el suelo, barandillas y pasamanos, suelos acolchados (madera, enmoquetado), ayudas técnicas (p. ej.: andadores), etc.

En aquellos usuarios desorientados que tratan de salir de la cama de forma constante debería prescindirse del uso de barras laterales y utilizar camas eléctricas ajustables en altura cuyo colchón pueda posicionarse cerca del suelo. La efectividad de estos dispositivos dependerá de la capacidad que tenga el personal para responder a tiempo, por lo que habrá que valorar la colocación de una alarma que advierta al mismo. Las consecuencias de una caída pueden minimizarse colocando colchonetas a ambos lados de la cama; una opción es situar directamente el colchón en el suelo, aunque esta estrategia suele parecer poco respetuosa y además genera lógicas incomodidades a los cuidadores.

- Sustituir los dispositivos terapéuticos que pudiesen propiciar el uso de restricciones físicas (sondas vesicales y catéteres intravenosos o de alimentación, entre otros); si esto no es posible, debemos tratar de disimularlos (apósitos, vendas elásticas, prendas de ropa, etc.). Una opción será mantener una permanente vigilancia de la persona, y en los casos en que no se encuentre otra solución se aplicarán sujeciones de manera puntual y mientras dure la terapia.
- Diseñar la estructura arquitectónica de las unidades de manera que facilite la supervisión visual de los usuarios. Ubicar a los ancianos de mayor riesgo cerca de los controles y zonas donde suele encontrarse el personal.
- El vagabundeo y el consiguiente riesgo de fuga ocasiona problemas de seguridad relacionados con las zonas de acceso a las unidades. Esto puede minimizarse mediante: puertas que estén controladas por alguien que supervise quién entra y sale, cerrando las puertas de forma permanente (salvo las de emergencia, que pueden dotarse de una alarma), puertas que requieren un código para poder ser abiertas, puertas que están disimuladas para evitar que los ancianos las identifiquen, etc.

Otra estrategia es diseñar los pasillos de las unidades de forma circular de manera que los ancianos caminen sin encontrarse con una puerta que detenga su marcha (y que por tanto tratarán de abrir).

- Intentar establecer un ambiente terapéutico disminuyendo los ruidos del entorno y manteniendo una iluminación tenue que ayude a crear una atmósfera de tranquilidad, sin normas que tengan que ser seguidas y que estresen a las personas, especialmente en los periodos de descanso. Hay que valorar también la temperatura ambiente, de manera que sea confortable.
- Instalar dispositivos electrónicos que faciliten la vigilancia y adviertan de los movimientos del usuario: cámaras de vídeo y monitores, sensores en sillas o camas, sistemas de posicionamiento global (GPS), etc.

Para finalizar debemos advertir que la mayoría de las intervenciones citadas son complementarias unas de otras, por lo que habrá que usar en un mismo caso todas las que sean necesarias.

Asimismo recordamos que si se quiere tener éxito en la aplicación de una verdadera filosofía de no-restricción, será necesario valorar la necesidad de un cambio en el paradigma de los cuidados así como mejorar la formación del personal. La complejidad de la asistencia de algunos usuarios requiere la presencia de profesionales altamente cualificados, no debiendo descartarse el apoyo de consultores externos que asesoren a la institución cuando sea necesario.