



TESIS DOCTORAL

RESTRICCIÓN FÍSICA: CULTURA DE SEGURIDAD EN CENTROS DE PERSONAS MAYORES

Gabriel J. Estévez Guerra

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA,
RADIOLOXÍA E SAÚDE PÚBLICA
FACULTADE DE ENFERMARÍA

SANTIAGO DE COMPOSTELA

2017





TESIS DOCTORAL

RESTRICCIÓN FÍSICA: CULTURA DE SEGURIDAD EN CENTROS DE PERSONAS MAYORES

Tesis presentada para la obtención del grado de doctor por:
Gabriel J. Estévez Guerra

Director
Manuel Gandoy Crego

Co-director
Fernando Calvo Francés

**DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA,
RADIOLOXÍA E SAÚDE PÚBLICA
FACULTADE DE ENFERMARÍA**

SANTIAGO DE COMPOSTELA

2017



A mis hijos, Edu, Cris, Alejandra y Rafa, una parte de mi.

A Carmen, por estar en mi vida y seguirme en esta aventura.

A mi querido hermano Frank, por acompañarme durante tantos años y enseñarme el valor del presente.

A mi familia, en especial a mi madre, por estar a mi lado.





AGRADECIMIENTOS

A los profesores Manuel Gandoy y Fernando Calvo por la confianza que han depositado en mi y sus consejos para con este trabajo.

Al profesor y amigo Emilio Fariña por sus orientaciones y acertados comentarios, así como su constante apoyo para la realización de este proyecto.

A Dña. Yoli Betancort Fernández por su inestimable colaboración en la recogida de datos.

A la Sociedad Canaria de Geriátría y Gerontología y a la Fundación Canaria de Investigación Sanitaria por la contribución económica a esta investigación.

A mis compañeros de la Unidad Docente de Enfermería de Lanzarote por el apoyo brindado a lo largo de los años.

Y a todos los que de una u otra manera han ayudado a que este estudio se realizara.



RESUMO:

Fondo: A restrición física utilízase con frecuencia no coidado de persoas maiores. É unha práctica controvertida debido a que se asocia con numerosas complicacións, ademais de afectar á liberdade e autonomía individual. A información dispoñible en España acerca desta intervención é insuficiente. O obxectivo deste traballo consistiu en describir as prácticas seguidas polos profesionais no uso da restrición física en centros sociosanitarios, de titularidade e xestión públicas, dirixidos a persoas maiores nas Illas Canarias.

Métodos: Realizouse un estudo multicéntrico observacional e correlacional de corte transversal, no que participaron nove centros. A mostra final estivo conformada por 925 maiores, unha vez excluídas as persoas sen movemento voluntario ou con menos dun mes no centro. O uso da restrición recolleuse mediante observación directa. A información sobre o resto das variables extraeuse dos expedientes dos residentes e de entrevistas co persoal. Xunto á análise descritiva dos datos exploráronse modelos explicativos mediante regresión logística binaria.

Resultados: A prevalencia de uso da restrición física foi do 86,7% (IC do 95%: 84,3-88,7). A deterioración funcional e cognitiva dos residentes aumentaba a probabilidade de aplicación da restrición. A prescripción facultativa e o consentimento informado faltaban na maioría dos expedientes. Así mesmo, as referencias ao control e coidado dos residentes restrinxidos foron escasas.

Conclusiones: A prevalencia atopada foi superior á de estudos doutros países. É necesario mellorar a formación do persoal no coidado de residentes con deterioración cognitiva e funcional. O baixo control que existe deste procedemento pode afectar á seguridade dos residentes. Deben porse en marcha protocolos que axuden a regular esta práctica, así como introducir leis específicas que reglamenten de forma máis precisa este procedemento.

PALABRAS CHAVE: contención; ancián; institucións residenciais; Rexistros médicos; Rexistros de enfermaría.

RESUMEN:

Antecedentes: La restricción física se utiliza con frecuencia en el cuidado de personas mayores. Es una práctica controvertida debido a que se asocia con numerosas complicaciones, además de afectar a la libertad y autonomía individual. La información disponible en España acerca de esta intervención es insuficiente. El objetivo de este trabajo consistió en describir las prácticas seguidas por los profesionales en el uso de la restricción física en centros sociosanitarios, de titularidad y gestión públicas, dirigidos a personas mayores en las Islas Canarias.

Métodos: Se realizó un estudio multicéntrico observacional y correlacional de corte transversal, en el que participaron nueve centros. La muestra final estuvo conformada por 925 mayores, una vez excluidas las personas sin movimiento voluntario o con menos de un mes en el centro. El uso de la restricción se recogió mediante observación directa. La información sobre el resto de las variables se extrajo de los expedientes de los residentes y de entrevistas con el personal. Junto al análisis descriptivo de los datos se exploraron modelos explicativos mediante regresión logística binaria.

Resultados: La prevalencia de uso de la restricción física fue del 86,7% (IC del 95%: 84,3-88,7). El deterioro funcional y cognitivo de los residentes aumentaba la probabilidad de aplicación de la restricción. La prescripción facultativa y el consentimiento informado faltaban en la mayoría de los expedientes. Así mismo, las referencias al control y cuidado de los residentes restringidos fueron escasas.

Conclusiones: La prevalencia encontrada fue superior a la de estudios de otros países. Es necesario mejorar la formación del personal en el cuidado de residentes con deterioro cognitivo y funcional. El bajo control que existe de este procedimiento puede afectar a la seguridad de los residentes. Deben ponerse en marcha protocolos que ayuden a regular esta práctica, así como introducir leyes específicas que reglamenten de forma más precisa este procedimiento.

PALABRAS CLAVE: Restricción física; Anciano; Instituciones residenciales; Registros médicos; Registros de enfermería.

SUMMARY:

Background: Physical restraint is a procedure used frequently in elder care. It is a controversial practice because its use is associated with numerous complications and also affects freedom and individual autonomy. The objective of this study was to describe the practices followed by professionals in the use of physical restraint publicly-owned and managed centers for the care of the elderly of the Canary Islands.

Methods: A cross-sectional observational and correlational multi-center study was carried out. People without voluntary movement or in the facility for less than a month were excluded. The final sample was 920 residents in nine centres. Information on the use of restraint was collected by direct observation. Other variables were extracted from residents' records and interviews with staff. In addition to the descriptive analysis of the data, explanatory models were explored using binary logistic regression.

Results: The prevalence of physical restraint use was 86.7% (95% CI: 84.3-88.7). Functional and cognitive impairment of the residents increased the probability of the use of restraint. Medical prescription and informed consent were lacking in most cases. Likewise, documentation concerning control of the use of restraint and care of restrained residents were scarce.

Conclusions: The prevalence was higher than in studies from other countries. It is necessary to improve the training of staff in the care of residents with impairments in cognitive and functional status. Low control of this procedure can affect the safety of residents. Protocols should be put in place to help regulate this practice, as well as specific laws regulating this procedure more precisely.

KEYWORDS: Restraint, physical; Aged; Nursing homes; Medical records; Nursing records.

ÍNDICE





1. INTRODUCCIÓN	23
1.1. ENVEJECIMIENTO, CRONICIDAD Y DEPENDENCIA	25
1.2. LA RESTRICCIÓN FÍSICA EN EL ÁMBITO RESIDENCIAL	
1.2.1. ¿Qué se entiende por restricción física?	27
1.2.2. Los dispositivos de restricción	29
1.2.2.1. Las barras laterales en la cama	29
1.2.2.2. Los cinturones en silla	30
1.2.2.3. Restricciones de tronco o chalecos	30
1.2.2.4. Cinturones en cama	30
1.2.2.5. Sillas o sillones limitadores de la movilidad	31
1.2.2.6. Restricciones de miembros	31
1.2.2.7. Sábanas inmovilizadoras	31
1.2.3. Razones para su uso	31
1.2.3.1. Evitar caídas	31
1.2.3.2. Control de tratamientos terapéuticos	32
1.2.3.3. Control del comportamiento	32
1.2.3.4. Otras razones	33
1.3. ¿QUÉ FAVORECE EL USO DE LA RESTRICCIÓN FÍSICA?	
1.3.1. Factores relacionados con el residente	33
1.3.2. Factores relacionados con los profesionales	36
1.3.2.1. Actitudes, percepciones y creencias	36
1.3.2.2. La falta de formación	39
1.3.2.3. La percepción de falta de personal	41
1.3.2.4. La percepción de falta de recursos	42
1.3.2.5. Rutina	43
1.3.2.6. Confort psicológico	44
1.3.2.7. La experiencia	44
1.3.2.8. El entorno laboral	45
1.3.2.9. El temor a los litigios legales	45
1.3.3. Factores relacionados con las organizaciones	46
1.3.3.1. La dotación de personal	46
1.3.3.2. Las características de los centros	47
1.3.4. Las familias	48
1.3. EFECTOS ADVERSOS DEL USO DE LA RESTRICCIÓN FÍSICA	
1.4.1. Las complicaciones físicas	49
1.4.1.1. Los efectos de la inmovilización	49
1.4.1.2. Las complicaciones asociadas a los propios dispositivos	51

1.4.2. El impacto a nivel psicológico	52
1.4.3. Otros efectos	52
1.5. PREVALENCIA EN EL USO DE RESTRICCIONES FÍSICAS	
1.5.1. Las dificultades en la comparabilidad	53
1.5.2. Los estudios de prevalencia	54
1.5.2.1. Información recogida preguntando a los profesionales	54
1.5.2.2. Estudios basados en registros estandarizados	54
1.5.2.3. La observación directa	56
1.5.2.4. Los centros como informantes	56
1.5.2.5. La revisión de las historias	57
1.5.3. El uso de la restricción física. ¿Qué podemos concluir?	57
1.6. ASPECTOS LEGALES DEL USO DE LA RESTRICCIÓN FÍSICA.	
1.6.1. Las normas y leyes generales españolas	58
1.6.1.1. La regulación de su uso	58
1.6.1.2. La prescripción	61
1.6.1.3. El consentimiento informado	61
1.6.1.4. El registro	63
1.6.1.5. Los protocolos	64
1.6.2. Decretos y leyes autonómicas	64
1.6.3. La situación en el ámbito internacional	65
1.7. ESTRATEGIAS DESARROLLADAS PARA REDUCIR EL USO DE LA RESTRICCIÓN FÍSICA	
1.7.1. Los programas educativos	67
1.7.2. La prevención de caídas	69
1.7.3. Las regulaciones legales	70
1.7.4. Cambio en el modelo de cuidado	70
1.7.5. La implicación de la organización, los trabajadores y las familias	71
1.7.6. Iniciativas españolas para reducir el uso de la restricción física	72
2. JUSTIFICACIÓN	75
3. OBJETIVOS	79
4. METODOLOGÍA	
4.1. Diseño del estudio	85
4.2. Definición operativa de la variable restricción física	85
4.3. Instrumentos	86

4.4. Procedimiento	88
4.5. Investigación documental	88
4.6. Análisis de datos	89
4.7. Consideraciones éticas	89
5. RESULTADOS	
5.1. Las características demográficas y clínicas de la población	93
5.2. El uso de la restricción	95
5.3. La documentación clínica registrada	97
5.4. El cuidado de los residentes restringidos	101
6. DISCUSIÓN	
6.1. El uso de la restricción física	107
6.1.1. La prevalencia	107
6.1.2. La intensidad con que se usa	110
6.1.3. Los dispositivos de restricción utilizados	111
6.1.4. Las razones para el uso de la restricción	112
6.2. Las características de los residentes restringidos	113
6.3. La documentación clínica registrada	115
6.3.1. La indicación de uso de la restricción	115
6.3.2. El consentimiento informado	116
6.4. El cuidado de los residentes restringidos	117
6.4.1. La documentación relacionada con el cuidado	117
6.4.2. Los protocolos de uso de la restricción física	119
6.5. Limitaciones	121
7. CONCLUSIONES	123
8. BIBLIOGRAFÍA	127
ANEXOS	149
Instrumento de recogida de la información.	
Cuestionarios utilizados en el estudio.	
Informe del Comité Ético de Investigación Humana de la ULPGC.	



PRÓLOGO





Durante los últimos años no ha dejado de crecer el número de centros que proporcionan cuidados residenciales a personas mayores. Esto es consecuencia de dos factores relevantes, el progresivo envejecimiento de nuestra sociedad y las dificultades crecientes que tienen las familias para cuidar de sus mayores en casa.

De estas instituciones se espera que promuevan la autonomía de las personas que residen en ellas, potenciando sus capacidades cuando sea posible o, al menos, limitando su deterioro. Sin embargo, informes recientes señalan que la atención que se presta está más dirigida a mantener la vida que a desarrollar los proyectos vitales de estos mayores. Como consecuencia de ello se prioriza la seguridad sobre la autonomía de los residentes, lo que lleva a los profesionales a limitar su movilidad ante las situaciones que valoran como peligrosas mediante dispositivos de restricción física.

El uso de estos dispositivos no está exento de controversias, ya que se ha asociado a multitud de efectos adversos tanto físicos como psicológicos y sociales. A ello se añade que su aplicación afecta a valores fundamentales como la libertad y la dignidad, además de impactar en la calidad de vida de las personas.

A pesar de que existe un consenso cada vez mayor, expresado por organizaciones como la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, respecto a que el uso de la restricción física debe ser una práctica excepcional, algunos datos sugieren que se sigue aplicando de manera importante en España. Así mismo, existe una importante falta de información acerca de las condiciones en que se está usando este procedimiento.

Explorar estos aspectos es esencial, ya que es necesario que la aplicación de un dispositivo de restricción se realice con las máximas garantías éticas, legales y de seguridad para el residente. Esta tesis trata de dar respuesta a algunas de estas cuestiones, a la vez que abrir un debate sobre el uso de esta práctica en el cuidado de las personas mayores.

El estudio se ha dividido en dos partes claramente diferenciadas. La primera contiene el capítulo uno, el cual corresponde al marco teórico, a su vez dividido en siete apartados. La segunda parte, el trabajo de investigación, está estructurado en siete capítulos que incluyen la justificación, los objetivos, la metodología desarrollada, los resultados obtenidos, la discusión, las conclusiones y la bibliografía.

El primer apartado del capítulo uno expone de manera general los factores que afectan al envejecimiento de la población, las consecuencias del mismo y el contexto que propicia el uso de la restricción física.

El segundo aborda el concepto de restricción partiendo de las diferentes visiones existentes, para culminar con la definición que se ha consensuado a nivel internacional. Así mismo, se muestran las diferentes formas que existen de limitar la movilidad de una persona mayor, señalando las razones más habituales que conducen a su aplicación.

En el tercer apartado se describen los factores que podrían favorecer el uso de la restricción. Algunos estarían relacionados con características de los residentes, como su reducida movilidad y su deterioro funcional o cognitivo. Las actitudes, percepciones o creencias de los profesionales, así como su falta de formación, la

rutina o su experiencia también influirían en la aplicación de estos dispositivos. Por último, esta práctica también se ve afectada en ocasiones por las propias instituciones, además de por las percepciones de las familias.

A continuación se resumen las consecuencias negativas que tienen sobre las personas mayores el uso de los dispositivos de restricción. Las complicaciones físicas derivan tanto de la inmovilización continuada como de la utilización de los propios dispositivos. También se describen los importantes efectos psicológicos y sociales adversos.

El apartado quinto realiza un recorrido a través de los estudios sobre prevalencia que se han publicado en los últimos 20 años acerca del uso de la restricción física, tanto en el ámbito nacional como internacional.

Por su parte, el sexto explora las normas y leyes generales españolas, con especial énfasis en aquellas que atañen a los valores fundamentales recogidos en la Constitución Española. También se examinan otras herramientas vinculadas al ámbito normativo que podrían estar relacionadas con el uso de la restricción, como la prescripción, el consentimiento informado, el registro del procedimiento o el uso de protocolos.

Así mismo se relata cómo han regulado esta práctica las comunidades autónomas, para finalizar con una breve descripción de las normas de países que destacan por el uso reducido y controlado de la aplicación de la restricción física.

Para concluir este marco teórico, en el séptimo apartado se realiza un repaso por las diferentes estrategias utilizadas para reducir el uso de la restricción física coherentes con un paradigma de cuidado no autoritario/humanizado. Entre ellas destacan los programas formativos, la prevención de caídas, las regulaciones legales, el cambio en el modelo de cuidado o la implicación de las organizaciones. Finaliza este apartado mostrando las iniciativas españolas dirigidas a este fin.

La segunda parte recoge la investigación desarrollada sobre el uso de la restricción física en centros para mayores y los diferentes factores vinculados a la misma. Se detallan los aspectos metodológicos y los resultados obtenidos. El análisis y discusión de los datos conduce finalmente a las conclusiones.

El capítulo dos se inicia con una breve justificación de la investigación, incidiendo en la pobre información existente en España acerca de este procedimiento y sobre las condiciones en que se lleva a cabo. Continúa en el capítulo tres señalando el objetivo general que ha guiado este trabajo, que se basa en la descripción de las prácticas seguidas por los profesionales en el uso de la restricción física. El mismo ha sido desglosado en nueve objetivos específicos.

En el capítulo cuatro se detalla la metodología seguida en esta investigación. Se describen el diseño, los centros y sujetos que participaron, así como las variables objeto de estudio y el concepto que se ha utilizado de restricción física. Las vías utilizadas para recoger la información, entre las que destaca la observación directa, incluyen la revisión de los expedientes de los residentes, así como los instrumentos empleados en los centros para la evaluación de estos.

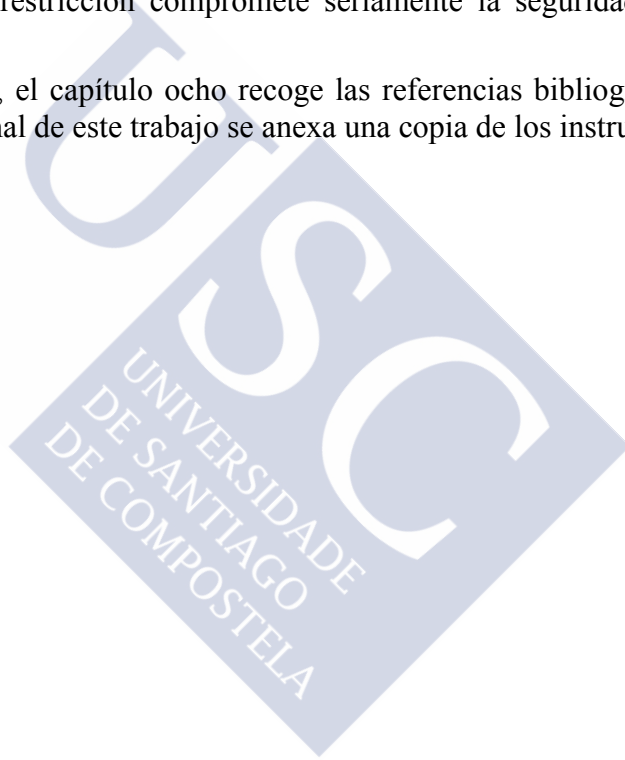
Junto a la descripción del análisis de datos, se detallan cuáles fueron los pasos realizados para llevar a cabo su recogida. Finaliza este apartado mostrando el

procedimiento para la investigación documental, y se mencionan los aspectos éticos del estudio.

Los resultados de la investigación, capítulo cinco, son presentados en diversas tablas, comentándose la información más relevante. El capítulo 6 contiene la discusión, en la que se lleva a cabo una comparación de los datos obtenidos, con su correspondiente explicación e interpretación, tomando como referencia las aportaciones de la literatura revisada. Se resaltan también las limitaciones encontradas durante la realización del estudio y se proponen algunas sugerencias para futuros trabajos.

Por su parte, el capítulo siete está referido a las conclusiones del presente estudio. Entre ellas destaca la constatación de que existe un elevado uso de la restricción en los centros participantes, acompañada de un pobre registro de este procedimiento. La falta de prescripción, consentimiento informado y vigilancia en el uso de la restricción compromete seriamente la seguridad de los residentes restringidos.

Para finalizar, el capítulo ocho recoge las referencias bibliográficas consultadas. En la parte final de este trabajo se anexa una copia de los instrumentos utilizados.





1. INTRODUCCIÓN





1.1. ENVEJECIMIENTO, CRONICIDAD Y DEPENDENCIA

El envejecimiento de la población en los países industrializados parece un fenómeno imparable al que España no es ajeno. Es, de hecho, uno de los más afectados por esta tendencia. Al inicio del siglo XX había en nuestro país casi un millón de personas con 65 o más años, lo que representaba el 5,2% de la población¹. En enero de 2015 ya suponían algo más de ocho millones y medio, o lo que es lo mismo, el 18,4% de los españoles². Las previsiones indican que el porcentaje de personas mayores continuará creciendo de manera importante: se espera que para el 2050 sea ligeramente superior al 34%, lo que nos convertiría en el segundo país más viejo del mundo, sólo por detrás de Japón¹.

Este fenómeno es consecuencia del proceso de transición demográfica vivido en las últimas décadas. Las mejores condiciones de vida y de la sanidad pública, junto a los avances en la tecnología médica han reducido de manera notable la mortalidad. Esto ha conducido a un aumento de la esperanza de vida, la cual no ha dejado de crecer, desde una media de 35 años a principios del siglo XX a los 82,4 de la primera década de este siglo. A ello hay que añadir la disminución de la natalidad, fruto de los cambios en el rol social de la mujer, la mejora de la escolarización, la incorporación de la población femenina al mercado laboral, y a la menor presencia y control social de la religión, entre otros^{1,3,4}.

Si bien es un logro humano muy importante, el progresivo incremento del número de personas mayores se ha convertido, paradójicamente, en un gran reto social debido a las grandes necesidades que éstos generan desde el punto de vista económico, biomédico y social: son los mayores consumidores de medicamentos y servicios de salud, representan un considerable aumento de los gastos en la asistencia social, a la vez que influyen sobre la estructura y la dinámica familiar^{3,4}.

Aunque muchas personas mayores mantienen un aceptable nivel de salud, con el envejecimiento se va produciendo una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación del organismo a situaciones adversas, debido a la disminución de la reserva funcional de los distintos órganos y sistemas. Como consecuencia de ello, la persona será mucho más sensible a circunstancias (enfermedad, estrés de diverso tipo, etc.) que le exijan un sobreesfuerzo, lo que aumentará la posibilidad de pérdida de función, discapacidad y dependencia⁵⁻⁷.

Las discapacidades de todo tipo van creciendo con la edad, haciendo a muchos de quienes las sufren dependientes^a de otros para un adecuado desempeño de sus tareas o hábitos y la satisfacción de sus requerimientos cotidianos, tanto en sus actividades básicas (autocuidado, movilidad en el hogar y comunicación) como en las actividades instrumentales de la vida diaria (tareas domésticas, administración del hogar y movilidad en el entorno). En este sentido, los datos disponibles señalan que alrededor del 30% de los españoles mayores de 64 años tiene algún

^a La ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, define ésta como el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.

grado de discapacidad (más de dos millones de personas), y de ellos casi el 63% presenta algún nivel de dependencia^{3,8}.

Por otro lado, los trastornos cognitivos y las enfermedades neurodegenerativas también contribuyen a la dependencia. Entre ellas destaca, por su impacto, la demencia. Los estudios de prevalencia en España han mostrado cifras muy variables, que oscilan entre el 3% y el 17% para mayores de 65 años⁹. Este síndrome se caracteriza por afectar a las relaciones sociales, comportamiento, emociones, juicio, comprensión, memoria, orientación, lenguaje y pensamiento. A medida que avanza la enfermedad, las personas con demencia tienen cada vez más dificultades para atender y manifestar sus necesidades o expresar problemas y frustraciones, poniendo de manifiesto su malestar o sus necesidades insatisfechas a través de determinadas conductas como la agitación, la inquietud, la agresividad o la deambulación errática. Por ello, no sorprende que esta enfermedad sea una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores en todo el mundo, resultando abrumadora no sólo para quienes la padecen, sino también para sus cuidadores¹⁰.

La respuesta a este progresivo deterioro, tanto físico como cognitivo, ha descansado de manera tradicional en las familias. Sin embargo, éstas tienen cada vez más dificultades para abordarlo, especialmente cuando se trata de aquellos mayores que precisan asistencia permanente y especializada. Esta falta de recursos ha llevado a dichas familias a recurrir de forma creciente al ingreso de los mismos en centros residenciales³.

Sin embargo, tal y como señala la Organización Mundial de la Salud (OMS), la atención que se presta en muchas de estas instituciones no parece que esté dirigida a satisfacer de manera integral las necesidades de estos mayores, ya que suele estar más orientada a mantener a la persona con vida que en procurar que conserve su capacidad intrínseca. En virtud de ello, muchas veces estos residentes son vistos como receptores pasivos de la atención, y los servicios se desarrollan en torno a las prioridades de los prestadores de servicios, y no a lo que necesita y prefiere la persona mayor. La atención se centra más en proporcionar cuidados básicos, como el baño o el vestido, en detrimento de objetivos más amplios como serían el garantizar su bienestar y que su vida tenga un sentido y que se sientan respetadas⁵.

Dentro de este marco general, y dadas las limitadas capacidades de muchos residentes para controlar de forma independiente su propia seguridad, no es inusual que los profesionales recurran a prácticas limitadoras de la movilidad, como la aplicación de restricciones físicas, para controlar situaciones problemáticas¹¹. Sin embargo, estas intervenciones pueden comprometer aún más la autonomía, la dignidad y la seguridad de unos adultos mayores que ya son vulnerables de por sí⁵. A ello también hay que añadir la amplia evidencia científica de que el uso de la restricción puede conducir a la aparición de más problemas en los ancianos¹²⁻¹⁴.

A pesar de ello, este procedimiento todavía sigue siendo considerado por los profesionales y las familias, una intervención necesaria para el control de los comportamientos perturbadores¹⁵⁻¹⁷.

1.2. LA RESTRICCIÓN FÍSICA EN EL ÁMBITO RESIDENCIAL

En el diccionario de la Real Academia Española de la Lengua se define el término “restringir” como apretar, constreñir, limitar, ceñir, reducir. Mientras que una de las acepciones de la palabra “física” la describe como el exterior de una persona, lo que forma su constitución y naturaleza¹⁸. Por lo tanto, podríamos entender que con restricción física se está haciendo referencia a una situación en la que se ve limitada la movilidad de una persona.

Sin embargo, este concepto es insuficiente para expresar nuestro objeto de investigación, ya que una persona que está en coma o que sufre una tetraplejia no puede mover su cuerpo, y aunque es cierto que está restringida físicamente, su situación es muy diferente de aquella a la que se le coloca un cinturón para evitar que se levante de una silla. En el primer caso hablamos de una patología que no permite la movilidad de la persona, y en el segundo, de limitar la misma a través de una acción. Y es este hecho el que queremos estudiar. Así que, para aclarar de qué hablamos cuando nos referimos a restricción física, vamos a explorar como han definido otros autores este término.

1.2.1. ¿Qué se entiende por restricción física?

La revisión de la literatura permite identificar una amplia variedad de definiciones sobre lo que constituye una restricción física. El concepto más habitual, con diferentes matices, es aquel que la considera como cualquier limitación de la libertad de movimiento de un individuo mediante el uso de uno o varios dispositivos. Entre estos se encuentran los chalecos de tronco, los cinturones en silla o cama, las sillas limitadoras de la movilidad, las muñequeras o tobilleras, las sábanas inmovilizadoras, las barras laterales de las camas, los sensores de movimiento y las unidades o habitaciones con puertas cerradas¹⁹⁻²⁴.

El principal problema de esta definición reside no sólo en la amplia variabilidad de estos dispositivos, sino también en la diferente concepción de lo que se entiende por limitación de la libertad de movimiento, lo que dificulta el consenso acerca de qué es, y qué no, una restricción. Por ejemplo, no todos los trabajadores de la salud consideran que las barandillas constituyan una restricción^{17,25,26}, también discrepan en cuanto a si los sillones reclinados, que impiden a la persona levantarse, o las sillas de ruedas bloqueadas podrían ser formas de restricción^{25,27}. Así mismo, la mayoría de los estudios no consideran la utilización de los sensores de movimiento y las habitaciones o unidades cerradas como limitadores de la libertad de movimiento^{15,23,28-35}.

Además de esta definición, algunos autores han añadido otros elementos diferenciadores. Para Cohen et al.³⁶, no se trata sólo de la aplicación de un dispositivo sino que depende de la función que cumpla el mismo. Si éste limita capacidades funcionales de la persona debe considerarse una restricción, pero si es utilizado para mejorar el funcionamiento de un residente, entonces puede ser calificado como una ayuda técnica. Por ejemplo, un sillón geriátrico reclinado que impide que un residente pueda levantarse es una restricción porque no permite su actividad. Sin embargo el mismo recurso, para un residente sin movilidad, evita que esté encamado, por lo que no puede considerarse una restricción.

Una forma diferente de acercarse al concepto de restricción física se basa en

evaluar si su uso es apropiado o no. Considerándose, en el primer caso, que no se trataría de una restricción, a diferencia del segundo, en que sí lo sería. La adecuación del dispositivo a la situación marcaría la diferencia para considerarlo como restricción. Para Moseley³⁷, su empleo sería adecuado si se da alguna de las siguientes condiciones: (1) existe, como mínimo, una deambulaci3n errática semanal; (2) existe un comportamiento disruptivo, al menos, semanalmente; o (3) el residente no es capaz de moverse.

De manera más reciente se ha señalado que es el tiempo que una persona está sometida a un dispositivo lo que determina si el mismo debe considerarse una restricción o no, de tal modo que si ello ocurre más de dos horas seguidas, entonces hay que considerarla restringida¹⁵.

Como podemos ver, existen muchas formas de definir qué se entiende por restricción física. Con todo, el mayor consenso se ha dado en el primero de los conceptos. Existen dos propuestas destacables, similares, elaboradas por Retsas y el Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). Este primer autor indica que una restricción física es *“cualquier dispositivo, material o equipo adjunto o cerca del cuerpo de una persona, el cual no puede ser controlado o fácilmente retirado por la persona y que evita o impide de forma deliberada que una persona mueva libremente su cuerpo a una posición de elección y/o el normal acceso a su cuerpo”*²³. Por su parte, el CMS la define como *“cualquier método manual o dispositivo físico o mecánico, material o equipo unido o adyacente al cuerpo del paciente que éste no puede retirar fácilmente y que limita su libertad de movimiento o el acceso normal a su cuerpo”*²⁰.

Ambas definiciones tienen matices a resaltar. La primera enfatiza la intencionalidad de la restricción; es decir, el profesional busca de manera deliberada reducir la movilidad del paciente o residente. Mientras que la segunda no se queda sólo en el dispositivo utilizado, sino que amplía las formas de restricción a otras posibilidades, como podría ser el sujetar a una persona.

Tantas formas diferentes de entender qué es una restricción física contribuyen a generar confusión entre los profesionales, quienes pueden dudar de si su práctica puede definirse como restrictiva; y también entre los investigadores, ya que se dificulta la comparabilidad entre los estudios según el concepto manejado y su alcance. Para tratar de resolver esta situación, varios investigadores pusieron en marcha un estudio Delphi en el que invitaron a participar a más de cuarenta expertos en este tema. De esta manera la definición consensuada de restricción física es *“cualquier acción o procedimiento que no permite a una persona mover libremente su cuerpo a una posición de su elección y/o el acceso normal a su cuerpo por el uso de algún método que está adherido o próximo a su cuerpo y que no puede controlar o retirar fácilmente”*¹⁹.

Esta definición implica tres cosas. La primera de ellas es que no tiene en cuenta la intencionalidad de la restricción. La segunda está relacionada con los dispositivos de restricción, puesto que considera que se trata de un “método” que está “adherido o próximo a su cuerpo”, lo que excluye la aplicación de la fuerza u otros procedimientos como los sensores de movimiento o las unidades cerradas. Y la última, es que para determinar que una persona está restringida, la misma debe tener un cierto grado de movilidad, ya que de lo contrario, no podríamos hablar de

restricción. De ello resultaría que una persona que estuviera en coma no podría considerarse restringida.

1.2.2. Los dispositivos de restricción

En el ámbito que nos ocupa, los entornos residenciales y de cuidados continuados a largo plazo, se han descrito diferentes tipos de restricciones físicas. Los dispositivos más habituales son las barras bilaterales, los cinturones y las sillas o sillones con mesa fija. Otros menos frecuentes serían las sillas reclinables, las mantas o sábanas de restricción, los chalecos y las restricciones de muñeca o tobillo (Figura 1). Cabe destacar que es frecuente la aplicación combinada de dos o más dispositivos diferentes en una misma persona^{15,22,26}.

1.2.2.1. Las barras laterales en la cama

Según la definición ya vista, para que este dispositivo pueda ser considerado una restricción debe estar colocado de tal forma que constituya un obstáculo a superar por el residente. Esto implica que si se colocaran sólo en un lateral de la cama no tendrían función restrictiva, ya que la persona podría salir de ella cuando quisiera. Por lo tanto, para hablar de barras o barandas restrictivas la primera condición es que sean bilaterales, o unilateral cuando su lado abierto está pegado a la pared. Además, deben cerrar más de tres cuartos de la longitud total de los laterales, y que el residente no pueda quitarlas fácilmente²⁰.

La segunda condición es que se utilice para limitar la libertad de movimiento de una persona, impidiendo que se baje de la cama. Por el contrario, si se usa como recurso de apoyo para evitar que se caiga de la misma mientras duerme o para ayudarle a posicionar su cuerpo, no puede calificarse como una restricción física³⁶. No obstante, y aunque cumpla esta última condición, también es imprescindible tener en cuenta el estado cognitivo de la persona. Si hablamos de una persona con sus capacidades cognitivas en buen estado, las barras bilaterales pueden servirle, por ejemplo, como recordatorio para pedir ayuda cuando quiera salir de la cama. Por el contrario, las personas con demencia las pueden ver como un obstáculo a superar, constituyendo entonces una restricción³⁸. Por último, utilizarlas sin el consentimiento o en contra de la voluntad de la persona obligaría a considerarlas una restricción.

Los datos publicados en los últimos años ponen de relieve que las barras bilaterales son el dispositivo que se aplica con más frecuencia en entornos residenciales^{15,22,28,29,30,33,34,39}. Así, un estudio alemán indicaba que, del 26,2% de los residentes sometidos a restricción, la barra bilateral se utilizó en el 24,5% de los casos, siendo excepcional el uso de otros procedimientos³⁴. Estos datos coinciden también con un trabajo publicado de manera reciente en Suiza²⁸. Por su parte, otro estudio realizado en EE.UU. que identificó una prevalencia de casi el 40%, constató que las barras, solas o combinadas con otros dispositivos, fueron aplicadas a casi el 34% de los residentes³³. La situación es muy similar en España, donde se ha comprobado que es el dispositivo más utilizado³⁹.

Es probable que un uso tan frecuente de las barras bilaterales se deba a que muchos profesionales no las consideran una medida restrictiva^{17,25,26}; o a que entre quienes las han valorado como tal, las vean como un dispositivo poco limitador de la movilidad o una intervención rutinaria y que, por lo tanto, no tengan ningún

problema en su aplicación^{25,40,41}.

1.2.2.2. Los cinturones en silla

Se trata de dispositivos colocados tanto a nivel abdominal como abdomino-perineal. Suelen usarse para evitar que la persona pueda levantarse de la silla, y por lo tanto, constituyen una clara medida restrictiva. También son empleados para evitar deslizamientos desde sillones o sillas en personas frágiles, evitando caídas y ayudándoles a mantener la posición corporal^{42,43}. Sin embargo, su eficacia para estas situaciones está en entredicho¹³, existiendo en el mercado otros recursos que sí podrían cumplir adecuadamente esta función.

Los cinturones en silla se utilizan con bastante frecuencia^{43,44} y los profesionales no se sienten incómodos con su aplicación, puesto que lo consideran una medida restrictiva moderada^{25,27,41}.



1.2.2.3. Restricciones de tronco o chalecos

Presentan características similares a las descritas en el punto anterior⁴², si bien su aplicación es bastante variable^{22,45}. Es interesante anotar que algunos profesionales ven el chaleco como un “recordatorio” al residente para que pida ayuda para levantarse, en vez de una restricción²⁷.

1.2.2.4. Cinturones en cama

Suele tratarse de cinturones abdominales o de chalecos de tronco fijados a la estructura de la cama y que impiden que la persona pueda salir de ella. En el caso

de estos últimos, también limitan la capacidad del residente para incorporarse, lo que incrementa el riesgo de una bronco-aspiración. Se usan poco^{28,34}, debido a que los profesionales consideran que es una de las medidas más restrictiva que se pueden aplicar⁴¹.

1.2.2.5. Sillas o sillones limitadores de la movilidad

Dentro de este grupo podemos encontrar sillones reclinables o excesivamente bajos, los cuales no permiten al residente incorporarse de forma independiente. También las sillas con bandeja rígida, que impiden que la persona se pueda levantar.

Suelen utilizarse con bastante frecuencia, puesto que los profesionales las consideran una medida restrictiva moderada y no se sienten incómodos con su aplicación^{25,40,41}. Algunos ni siquiera las consideran una restricción^{17,27}. Se usan de manera importante para reducir el uso de otros dispositivos, especialmente los cinturones^{26,43,44}.

1.2.2.6. Restricciones de miembros

Se trata de dispositivos que no permiten que la persona pueda utilizar las extremidades. Entre estos se encuentran las muñequeras, las tobilleras o las manoplas (guantes sin dedos). Suelen aplicarse para impedir que un residente se saque un tubo de alimentación, una vía venosa o manipule una herida³³. Pero otras veces se utilizan para evitar que la persona pueda salir de la cama, combinando la restricción de un brazo y la pierna contra-lateral o aplicando la llamada técnica del “five point”, sin duda la forma más extrema de sujeción: restricción de tronco y de todas las extremidades²².

Este tipo de dispositivo se ha usado de manera importante en algunos países⁴⁵, mientras que en otros está prohibido su empleo⁴¹. En líneas generales, y debido a que los profesionales los consideran muy restrictivos, su utilización es poco frecuente^{27,33,41}.

1.2.2.7. Sábanas inmovilizadoras o sábanas de sujeción ajustables

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 al residente levantarse de la misma. En la actualidad su uso es muy marginal^{15,28,34}, aunque fue apreciable hace algunos años^{46,47}.

1.2.3. Razones para su uso

Los profesionales de enfermería suelen estar preocupados por la seguridad de los residentes, señalando que es necesario protegerlos y prevenir que se hagan daño^{11,48}. Esta inquietud es tan fuerte que, aunque conocen que las restricciones pueden incrementar la agitación y la confusión, prefieren aplicarlas²⁷.

1.2.3.1. Evitar caídas

Las enfermeras se sienten responsables de los residentes a los que cuidan y piensan que utilizando la restricción previenen o evitan caídas, así como las posibles lesiones relacionadas con ellas^{26,30,43-45,49-51,52}. Este temor a que los residentes sufran una lesión es tan intenso, que es suficiente que perciban que

existe un riesgo de caída para que se usen estos dispositivos^{26,32,53}. Un ejemplo de esto puede observarse en un estudio que ponía de relieve que cuando algún residente sufría alguna caída accidental, los cuidadores rápidamente le obligaban a reducir su nivel de actividad, limitando su movilidad¹⁵.

Por lo tanto, no debe extrañar que esta sea la razón más señalada por los profesionales para justificar la aplicación de una restricción. De hecho, en muchos estudios este motivo supone más de la mitad de las indicaciones de su uso^{15,22,30,31,43,54,55}, alcanzando en ocasiones valores superiores al 80%^{23,26,56-58}.

Sin embargo, y a pesar de la fortaleza de la creencia en que la utilización de las restricciones es una medida de seguridad que evita caídas, no existe suficiente evidencia de que esto sea cierto³⁸. Algunos trabajos han mostrado que los residentes continúan cayéndose a pesar del empleo de estos dispositivos⁵⁹⁻⁶². Así mismo, se ha constatado que la reducción del número de restricciones físicas no conduce a un aumento en el número de caídas o en la gravedad de las lesiones relacionadas con ellas. Aspecto que también se ha confirmado en el caso de las barras laterales^{38,59-62}.

1.2.3.2. Control de los tratamientos terapéuticos

Tras la prevención de caídas, es la razón más señalada en los centros residenciales para aplicar estos dispositivos. Las enfermeras afirman que tratan de evitar que los pacientes interfirieran con los dispositivos terapéuticos y se arranquen vías venosas, sondas nasogástricas, catéteres vesicales o apósitos^{15,27,30,44,49,54}. Les preocupa que la manipulación de los dispositivos por parte de los residentes generen situaciones peligrosas^{27,63}, como podría ser el sufrir una hemorragia si se arrancan la vía venosa: *“Cuando el paciente está confundido y tiene una perfusión intravenosa, se puede sacar la vía y esto puede causarle sangrado. En este caso, utilizaré la restricción para mantener la infusión y proteger a los pacientes de que se dañen a sí mismos”*⁶³.

Algunos estudios han detectado que se aplican sujeciones, incluso, a personas en situación terminal que son portadoras de sonda nasogástrica⁶⁴. En este sentido, los estándares de práctica actuales indican que este procedimiento sólo se debe utilizar en aquellas situaciones en que sea absolutamente esencial para mantener el dispositivo médico y que la práctica debe ser respetuosa con la dignidad de la persona. Así mismo, deben buscarse alternativas en todos los demás casos⁶⁵.

1.2.3.3. Control del comportamiento

El uso de la restricción para manejar problemas comportamentales es otra de las razones citadas con frecuencia por parte de los profesionales. Este control abarca un amplio grupo de situaciones. Entre ellas destacan el evitar la deambulación errática de la persona mayor, manejar la agitación y la agresividad, controlar a las personas inquietas, evitar que los residentes molesten a otros miembros del personal o que cojan determinados objetos^{15,22,27,31,40,54,66,67}. Esta posición la ilustra el siguiente comentario de una enfermera que se había manifestado muy reacia a utilizar la restricción: *“..., a veces simplemente no hay opción. Ellos no tienen idea, y no se puede razonar ya con ellos ... Así que supongo que me siento menos mala por restringir a esta gente, porque en última instancia, ellos no quieren salir lastimados tanto como yo no quiero que se lastimen. Así que si*

vienen hacia mí, yo no quiero que me golpeen, no quiero que me den con la pierna”²⁷.

El deterioro cognitivo, la desorientación, y las alteraciones conductuales son comunes entre los residentes de centros socio-sanitarios, pero algunos expertos advierten que este comportamiento, aunque parece ser una consecuencia de la demencia, podría ser en realidad una forma de comunicación en relación con necesidades no satisfechas (por ejemplo, impactación fecal, retención urinaria, dolor o hambre)^{68,69}. En estos casos, el personal de enfermería debería intentar encontrar la causa de la incomodidad aplicando un enfoque holístico en el cuidado, centrado en las necesidades de la persona, en lugar de tratar de controlar sus manifestaciones^{69,70}. Así mismo, otros investigadores consideran que la inactividad causa estrés y ansiedad en las personas mayores, por lo que la aplicación de la restricción sólo agravaría la intensidad de la agitación^{44,71}.

1.2.3.4. Otras razones

Algunos estudios han puesto de manifiesto otras razones menos usuales para justificar el uso de la restricción en entornos residenciales, destacando entre ellas el dar apoyo postural a los pacientes^{43,44,66} (aunque como ya hemos señalado, su eficacia para estas situaciones está cuestionada). También los profesionales indican que las utilizan cuando falta personal, y para la comodidad y tranquilidad de las enfermeras^{11,63,72,73}, como veremos en los siguientes apartados.

1.3. ¿QUÉ FAVORECE EL USO DE LA RESTRICCIÓN FÍSICA?

Son numerosos los trabajos que han puesto de manifiesto la existencia de relaciones entre algunas características de los residentes, profesionales, instituciones o familias y el uso de restricciones. Aunque es cierto que no es fácil establecer relaciones de causalidad, la constancia de algunos de ellos puede orientarnos sobre algunos de los factores que hay que tener presentes para tratar de abordar el uso de la restricción física.

1.3.1. Factores relacionados con el residente

Entre las características de las personas mayores que podrían estar relacionadas con un mayor uso de este procedimiento destacan el género, la edad, la movilidad, la incidencia de caídas, el grado de autonomía en las actividades básicas de la vida diaria y el estado cognitivo.

En relación al género, sólo un estudio halló que las mujeres fueran más propensas a ser restringidas que los hombres²⁶, mientras que otros tres identificaron que los hombres eran los que tenían una mayor probabilidad de que esto ocurriera. Así, un trabajo holandés que incluyó a 15 residencias psicogerítricas con un total de 432 ancianos, estimó que las mujeres tenían una menor probabilidad de que se les aplicara una restricción que los residentes masculinos³⁵. De la misma manera, otro estudio realizado en Suecia, que contaba con datos de 6.504 residentes recogidos en dos momentos diferentes, puso de manifiesto que los hombres tenían una mayor probabilidad de ser restringidos³¹. Estos datos fueron confirmados por un estudio cualitativo, mediante observación participante, llevado a cabo en Finlandia⁷⁴.

Los residentes de los centros para personas mayores suelen tener una edad elevada, por lo que el efecto de la misma sobre el uso de la restricción no debería ser muy relevante. A pesar de ello, la investigación no es concluyente. Así, un estudio realizado en 12 centros encontró que la aplicación de estos dispositivos estaba asociada a las edades más avanzadas⁷⁵. Este resultado fue apoyado por dos investigaciones holandesas. La primera, que incluía 260 residentes, observó una diferencia de casi cinco años entre ambos grupos (83,4 frente a 78,8)²⁶; y la segunda, con 432 ancianos, de sólo un año y medio (84 y 82,5 respectivamente)³⁵. En ambos casos, estas diferencias tenían significación estadística. Recientemente, un trabajo llevado a cabo en Taiwán con una muestra de 847 residentes ha corroborado esta tendencia, si bien la diferencia entre los dos grupos era bastante baja (82,2 frente a 81,7)¹⁵.

Sin embargo, otros trabajos presentan resultados distintos. Uno desarrollado en EE.UU., constató que la edad no estaba relacionada con el uso continuo de la restricción⁵², mientras que otros realizados en México y Suiza tampoco encontraron esta asociación^{28,76}. Resultados similares se observaron en un estudio internacional en cinco países, en el que sólo se pudo identificar el efecto de la edad en uno de ellos, y en sentido inverso a lo señalado anteriormente: a más edad, menor uso de la restricción⁷⁷. Unos años antes, una investigación sueca había obtenido resultados similares, ya que los no restringidos eran dos años mayores que los que lo estaban⁷⁸.

Una variable que ha mostrado de manera repetida su relación con el uso de la restricción física ha sido la presencia de problemas de movilidad en los residentes^{12,26,28,32,35,78}. Por ejemplo, un trabajo con 271 residentes de 15 centros psicogeriátricos identificó que la probabilidad de uso de la restricción era 2,5 veces mayor en las personas con baja movilidad³⁵. Otro estudio, que incluía a 1.362 residentes de 20 centros, triplicaba esta probabilidad²⁸. Por su parte, una investigación holandesa encontró que este riesgo era 11 veces mayor en las personas con movilidad muy reducida con respecto a aquellas en las que era buena²⁶.

La presencia de un historial previo de caídas y/o fractura también es una característica relevante^{12,34}. Aunque parece ser que lo que realmente tiene mayor impacto, y que diferencia la aplicación o no de la restricción, es la percepción de las enfermeras de la probabilidad de caída de los pacientes^{26,32,52,53,79}. Así, un estudio señaló que cuando ocurría esta circunstancia, la persona tenía más del triple de probabilidades de ser restringida que aquellos en los que no ocurría⁵². En esta visión es probable que influyan tanto los problemas de movilidad del residente como el deseo de protección por parte de los profesionales. Además, esto puede verse reforzado por los resultados de algunos estudios descriptivos que encontraron una asociación inversa entre caídas y uso de la restricción^{29,34}. Aunque como señalamos anteriormente, no existen pruebas suficientes de que esto sea cierto^{38,59-62}.

La presencia de alteraciones conductuales en los residentes también se ha relacionado con un mayor uso de la restricción. Entre ellas encontramos la inquietud, la deambulación errática, la agitación física o verbal repetida, el comportamiento agresivo como tirar cosas y/o la realización de gestos

repetitivos^{32,34,44,52,53,74,78,79}. Por ejemplo, un estudio alemán constató que presentar agitación verbal repetida aumentaba ligeramente el riesgo de ser restringido (Odds Ratio [OR]=1,48; Intervalo de Confianza [IC] 95%= 1,02-2,15)³⁴.

Los resultados de numerosas investigaciones también han señalado que el deterioro cognitivo grave, como la demencia, o la baja capacidad cognitiva son buenos predictores de uso de la restricción física en centros residenciales. Algunos de estos estudios sólo han sido capaces de establecer una relación positiva entre ambas variables^{12,15,32,54,78}, pero otros han ido más allá. Phillips et al. pusieron de manifiesto que a peor función cognitiva, mayores probabilidades de ser restringido; de tal manera que, si ésta era pobre, la posibilidad de que esto ocurriera se triplicaba (OR=3,79; IC 95%= 2,35-6,10)⁸⁰. Similares resultados mostró un trabajo realizado en México, en el que el riesgo relativo (RR) de ser restringido era tres veces superior en los residentes con demencia (RR=3,6; IC 95%=2,33-5,69)⁷⁶.

Otro trabajo realizado en EE.UU. con 268 residencias, obtuvo resultados más modestos, puesto que el deterioro cognitivo sólo incrementaba de manera ligera la probabilidad de uso de la restricción (OR=1,31)⁸¹. Estos resultados coinciden con los obtenidos por Huizing et al. en Holanda³⁵.

Por su parte, Sullivan-Marx et al., con una muestra más pequeña, elevaban este riesgo, señalando que los residentes con peor estado cognitivo tenían el doble de probabilidades de ser restringidos que aquellos que estaban en mejor estado⁵². Una investigación alemana, que incluía a más de 2.281 residentes, corroboraba esta información³⁴.

Finalmente, un estudio que comparaba el uso de la restricción entre mayores con demencia y sin demencia, que incluía a más de 6.500 residentes en cada grupo, puso de relieve que los primeros tenían tres veces más probabilidades de ser contencionados mediante cinturones, chalecos o sillas restrictivas, que aquellos que no tenían demencia⁸².

Por otro lado, la capacidad funcional de las personas mayores también se ha asociado de manera habitual con el uso de la restricción. A excepción de un trabajo realizado en tres residencias de la ciudad de Filadelfia (EE.UU)⁵², el resto de los estudios internacionales destacan que la pérdida de autonomía para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) favorece la aplicación de estos dispositivos.

Sin embargo, estas conclusiones se basan en distintos niveles de evidencia científica. La mayoría se apoyan en estudios transversales que sólo permiten establecer relaciones entre estas variables. Se trata de investigaciones realizadas con un número versátil de residentes, que oscilaban entre los más de 12.000 de un estudio en EE.UU. a los 340 de otro en Singapur^{12,15,44,53,54,78}.

Otros tres trabajos que habían hallado una relación significativa entre un mayor uso de la restricción y más dependencia en las ABVD, intentaron cuantificar la influencia de ésta aplicando un análisis multivariable mediante regresión logística. Pero ninguno de ellos pudo hacerlo, ya que la dependencia funcional no entró en el modelo^{26,29,35}.

Frente a estos resultados, un estudio de dos cohortes de residentes llevado a cabo en EE.UU., uno de 61.653 residentes y el otro de 58.997, constató que el deterioro funcional doblaba la probabilidad de uso de la restricción⁸¹.

Por su parte, Phillips et al. encontraron que la aplicación de la restricción estaba en función del grado de deterioro, de tal manera que cuando un residente tenía una capacidad funcional pobre, la probabilidad de ser restringido era 21 veces mayor que aquel que no la presentaba (OR=20,95; IC del 95%=11,6-37,84)⁸⁰. Estos datos fueron confirmados por un estudio alemán con 2.281 residentes: la necesidad de mayor asistencia en las ABVD se asoció positivamente con el uso de estos dispositivos. Así, cuando el grado de deterioro era considerable, la probabilidad de que se aplicara una restricción era cinco veces mayor que si no lo tuviera (OR=5,69; IC del 95%=1,60-20,27); pero si éste era severo, ésta se incrementaba de manera notable (OR= 37,75; IC del 95%=11,37-125,40) o prominente si era muy severo (OR=97,84; IC=26,25-364,64)³⁴. Finalmente, un reciente trabajo con 1.362 residentes suizos puso de manifiesto que a medida que se incrementaba la dependencia, la probabilidad de ser restringido pasaba de 9,93 veces más (IC=3,63-27,13) a casi 300 en los grados más severos (OR=294,25; IC del 95%=94,37-917,45)²⁸.

Así pues, en conjunto, los factores que parecen estar más relacionados, y que por lo tanto podrían ser buenos predictores de la aplicación de alguna forma de restricción física, son la movilidad reducida, la alta dependencia para las actividades básicas de la vida diaria y una situación cognitiva deteriorada. Sin embargo, no debemos olvidar que los estudios citados sólo han sido capaces de establecer relaciones y probabilidades entre las características señaladas y el uso de la restricción física. La dificultad para establecer una relación de causalidad puede residir en problemas de carácter ético.

1.3.2. Factores relacionados con los profesionales

1.3.2.1. Actitudes, percepciones y creencias acerca del uso de la restricción

Se ha argumentado que las actitudes de los profesionales de enfermería hacia el uso de la restricción física influyen en su aplicación, en el sentido de que quienes tienen una actitud negativa las usarían menos, y quienes la tienen positiva, lo harían en sentido inverso^{44,50,67,83,84}. Un estudio israelí que incluía a más de 300 profesionales que proporcionaban cuidados a anciano puso de manifiesto que sus actitudes, así como sus creencias acerca de este procedimiento, estaban asociados con su intención de usar restricciones físicas⁸⁴. Otro trabajo realizado en Suecia, con más de 450 trabajadores, encontró que las actitudes del personal de enfermería sobre el uso de las restricciones físicas estaban fuertemente asociadas con su uso en la práctica. Así, las enfermeras que trabajaban en las salas “libres de restricción” tenían actitudes más negativas hacia el uso de estos dispositivos (eran menos propensas a utilizarlos) que las enfermeras que trabajan en las salas de “alto uso”⁴⁴.

Esta relación, sin embargo, no ha podido ser confirmada en otros trabajos^{43,83}. Por ejemplo, Karlsson et al. constataron una actitud negativa hacia el uso de la restricción en un entorno de elevado empleo de la misma⁴³, lo que sugiere que además de las actitudes existen otros factores que favorecen el uso de estos

dispositivos. Entre ellos estaría la creencia de las enfermeras de que su principal responsabilidad es garantizar la seguridad de las personas mayores a las que cuidan^{16,17,63,67,72,73,85}. Lai nos ofrece un buen ejemplo de esto: *“Un paciente sin deterioro cognitivo fue transferido a otra unidad, Desgraciadamente se cayó en la sala y sufrió una fractura de cadera. La enfermera dijo que, por fortuna, la familia del paciente no la culpó ... Pero se sintió molesta porque su paciente se lesionó en una caída y ella no había hecho nada [como la aplicación de restricciones] para evitar que esto sucediera”*⁷².

Como refleja este caso, a menudo las intervenciones de los profesionales se dirigen a proteger al residente de caídas o lesiones relacionadas con ellas, ya que piensan que la restricción es efectiva para reducirlas^{16,43,45,49,50,52,63,67,72,83,86,87}. Así, un estudio australiano observó que alrededor del 80% de los cuidadores estaba bastante o muy de acuerdo con la frase *“las restricciones físicas son necesarias para proteger a un anciano de caerse de la cama o la silla”*⁴⁵. En otros dos trabajos realizados por Suen et al.^{83,87}, más del 90% de los encuestados mantenían esta misma posición acerca de la afirmación *“yo creo que las restricciones conducen a una reducción/disminución en el número de residentes que se caen”*. De la misma manera, un estudio israelí reflejaba que más del 80% de los profesionales estaba completamente o muy de acuerdo con el enunciado *“la restricción física puede ser empleada cuando los residentes están en riesgo de caer”*⁸⁶. Investigaciones realizadas en España ponen de manifiesto esta misma visión, también en nuestro país los profesionales consideran que es importante el uso de la restricción para evitar caídas de la cama o la silla^{49,50}.

Pero esta no es la única razón para la aplicación de una restricción. Los profesionales también las utilizan cuando deben proteger a un residente de hacerse daño a sí mismo, para evitar que deambulen de manera errática y puedan perderse, o para evitar interferencias con el tratamiento médico^{16,40,45,49,63,67,72,85,86,88}. Esta responsabilidad, que las enfermeras creen que deben asumir, les origina con frecuencia conflictos morales, ya que a los sentimientos negativos experimentados por el uso de la restricción se contraponen la percepción de que es necesario utilizarlas^{16,40,43,63,72,73,88}. Esto se ilustra con el siguiente comentario expresado por una de estas profesionales: *“Si no la restringes, te preocuparás de que ella se haga daño a sí misma. Pero por otro lado, también te sentirás mal porque las restricciones físicas limitan su movilidad. Se trata de derechos humanos. Cada vez que uso las restricciones físicas en los pacientes mayores, me siento tan rota ...”*⁸⁸. En estas situaciones, la necesidad percibida para el uso de las restricciones tenía mayor influencia en la decisión que los sentimientos negativos. Otra profesional comenta: *“Como enfermera, me siento realmente mal, odio hacer esto, es inhumano, descortés y las restricciones asustarán a los ancianos ... sin embargo, es mi responsabilidad y obligación garantizar su seguridad”*⁶³.

Para afrontar estas situaciones tan conflictivas, las enfermeras intentan racionalizarlas centrándose en los beneficios que creen que se obtienen garantizando la seguridad del residente^{72,85,88}. Así, una de ellas expresaba: *“Yo más bien le haría un pequeño daño en lugar de lastimarlo mucho ... Algunos familiares creen que somos crueles por restringir a su padre o madre. Yo creo que no soy así. Aunque estoy de acuerdo con que es cruel utilizar restricciones*

*físicas, creo que es mejor que dañarle al insertar una sonda de nuevo más tarde". Otra comentaba: "Estoy haciendo cosas buenas por los pacientes, me digo a mí misma ... En realidad, no estoy de acuerdo con el uso de restricciones físicas ... pero ... es nuestro trabajo proteger a los pacientes. No tengo más remedio que hacerlo"*⁸⁸.

Algunas distinciones que realizan los profesionales entre los diferentes tipos de dispositivos de restricción son también resultado de la necesidad de afrontar estos dilemas. Así, las barras bilaterales de la cama y las sillas geriátricas con bandejas son vistas como formas menores de restricción, como algo cotidiano, y por lo tanto, tienen menos problemas para su aplicación^{27,40,41}.

Pero los profesionales también emplean otros recursos de afrontamiento. Por ejemplo, obviando el término restricción y sustituyéndolo por otro más aceptable: *"Creemos que no es una restricción, sino un protector. Se utiliza con el propósito de proteger a los ancianos, por eso lo llamamos protector"*¹⁶. En algunas ocasiones las enfermeras hacen responsables a "otros" del inicio de la restricción: *"Yo trabajo en el turno de día por lo que cuando llego, ya están restringidos. Se inició en algún lugar: noches, días antes, por la tarde". "Normalmente, las personas que tengo con restricciones las he heredado, muchas veces ya vienen así de otras unidades"*²⁷.

Un aspecto importante relacionado con la toma de decisiones sobre estos dispositivos es que, en general, su uso no se cuestiona. Cuando las enfermeras tenían que decidir si iban a utilizar restricciones físicas, por lo general estaban a favor de aplicarlas, independientemente de los conflictos morales que pudieran surgir al hacerlo^{40,63,67,72,73,86,88}.

En las situaciones en las que ya se había tomado una decisión previa sobre su uso, éstas dijeron que continuarían aplicándolas sin poner en duda su conveniencia^{67,72,73}. Una de ellas exponía: *"No es posible tener puntos de vista propios en esta materia y debes tener respeto por una decisión tomada por el equipo"*⁷³.

Para ellas era importante sentirse aceptadas por sus colegas^{67,86}. Algunas dijeron que podrían, en principio, cargar con las consecuencias de su decisión de no utilizar restricciones, pero la opinión de otros miembros del personal les hizo mucho más difícil tomar esa decisión. Este aspecto queda reflejado en el siguiente comentario: *"Si quito el cinturón de seguridad del paciente y se cae, puedo mantenerme firme detrás de mi decisión lo que he hecho. Pero nunca se sabe cómo reaccionarán los demás ... Probablemente habré hecho algo estúpido y soy responsable"*⁶⁷.

En otras ocasiones, las enfermeras dan a conocer sus inquietudes a sus compañeros para recibir su aprobación. Esto les ayuda a compartir la responsabilidad por el uso de la restricción, y en consecuencia, limitar la suya⁸⁸. Una de ellas comentaba: *"Voy a ir a hablar con mis colegas ... pedirles su opinión ... si están de acuerdo en que los pacientes necesitan ser restringidos, entonces me siento mejor. Comparto mi presión con los demás"*⁸⁸.

Por lo tanto, y sintetizando, la bibliografía parece indicar que las enfermeras mantienen una posición ambivalente respecto a la utilización de las restricciones;

si bien no suelen tener sentimientos positivos ante este procedimiento, en la práctica las ven como un recurso necesario para abordar diferentes situaciones, especialmente el riesgo de caídas, por lo que no cuestionan su aplicación. Estas creencias fuertemente arraigadas operan como una justificación para la restricción, incluso cuando el riesgo real no ha sido identificado, suponiendo fuertes obstáculos para la reducción o eliminación de la misma^{48,72}.

1.3.2.2. La falta de formación

La escasa formación de los profesionales parece ser otro de los factores que puede contribuir a un mayor uso de la restricción física^{43,44,49,50,83}. Así, en dos trabajos realizados en España en los que más de la mitad de los profesionales reconocían haber aplicado restricciones de manera frecuente, estos consideraban que su formación era insuficiente^{49,50}. La carencia de conocimientos puede abarcar diversas áreas: el uso de estos dispositivos, posibles complicaciones, aplicación de alternativas o cuidados de los residentes con demencia.

Respecto a la utilización de alternativas, estudios publicados en los años ochenta y noventa ponían de manifiesto que muchos profesionales no creían que existieran buenas alternativas a la restricción, o sólo podían ofrecer unas pocas. Un estudio realizado por Strumpf y Evans encontró que el 39% de los encuestados no fueron capaces de proporcionar alternativas al uso de las restricciones físicas⁸⁹; que aumentaba al 65% en otro efectuado años más tarde⁹⁰. Así mismo, diversos trabajos realizados en Australia registraron que la principal razón que daban los profesionales para aplicar restricciones era que no existían alternativas^{23,56-58}.

En esta misma línea, un estudio que incluía a más de 200 profesionales de enfermería llevado a cabo en Hong Kong (China), constató que sólo el 9% de ellos estaban de acuerdo con que existían buenas alternativas a la restricción⁸⁷. Por su parte, Chien et al. advirtieron que, aunque la mayoría de las enfermeras decían que evaluaban el uso de medidas alternativas antes de utilizar la restricción, en la práctica sólo eran capaces de identificar unas pocas intervenciones, tales como colocar a los pacientes confusos cerca del control de enfermería o utilizar camas regulables en altura⁸⁵.

Otro ejemplo de la limitación de los profesionales para encontrar alternativas lo ofrecen Lee al identificar que, para éstos, las mismas debían basarse en mantener a los pacientes mayores a salvo de caídas y lesiones: “... *cualquier medida alternativa debe trabajar sobre el principio de limitar el movimiento de los ancianos para que no puedan levantarse con facilidad y esto pueda evitar que caigan al suelo ... sillas geriátricas y barras laterales son buenos ejemplos*”⁶³.

La situación ha variado poco a lo largo de los años. Muchos profesionales siguen creyendo que no existen buenas alternativas a la restricción^{16,50,83}. Su formación continúa siendo escasa, careciendo de habilidades para abordar problemas complicados como el manejo de la inquietud, la prevención de caídas, la retirada de algunos dispositivos médicos o la promoción del sueño^{40,48,51,72}.

Al respecto, algunos profesionales han expresado que no dudarían en aplicar una restricción a menos que encontraran “algo” que las reemplazara y que les evitara tener que preocuparse por su responsabilidad si se producía una caída⁷². Estas mismas limitaciones para aplicar medidas alternativas se observa en el siguiente

comentario de una enfermera: *“Cuando se inserta un tubo de Ryle, a veces no puede realizarse de una sola vez. Hay ocasiones en las que puede verse que el paciente llora. Y no puede hacerse incluso después de intentarlo una y otra vez ... Sabemos que restringirles las extremidades puede hacer que sus manos se hinchen y presenten magulladuras; puedo entender la objeción a eso. Pero cuando se retiran las restricciones, ¿se hace en su beneficio?. Esto es lo que sucede en realidad”*⁷².

Los conocimientos que tienen los profesionales sobre las posibles consecuencias físicas y psicológicas del uso de la restricción en personas mayores también parecen ser deficientes. En relación a las complicaciones físicas, algunos trabajos han mostrado que este desconocimiento puede incluso estar referido a aspectos básicos, como que el uso de la restricción pueda conducir a lesiones en la piel, incontinencia, impactación fecal o pérdida de la capacidad física^{54,83,87}. Pero también ignoran que los pacientes agitados no deben restringirse, que la aplicación de la restricción en la cama incrementa el riesgo de asfixia o atragantamiento, que el uso de estos dispositivos aumente el riesgo de estrangulación o que su utilización esté relacionada con muertes de residentes^{43,50,83,86,87,91}.

Tampoco se ha prestado mucha atención a los efectos psicológicos de la aplicación de estos dispositivos^{51,63,85,88}. Como señalaba una enfermera: *“A veces, estamos demasiado ocupadas para pensar en los sentimientos de los pacientes”*⁸⁸. La falta de cuidados en esta área se plasma en la escasa atención que reciben los residentes restringidos^{40,85}. Tal y como recogen Chien et al.⁸⁵, la mayoría de las enfermeras que participaron en su estudio afirmaron que asistían a los pacientes restringidos sólo en unas pocas ocasiones y que la interacción verbal con ellos durante la realización de las tareas de enfermería era reducida. Sólo dos de ellas identificaron uno o dos efectos psicológicos de la restricción en sus pacientes, como sentimientos de vergüenza, incomodidad o humillación. En otros trabajos que evaluaban estos efectos, algunas enfermeras llegaron a comentar que como el estado mental de los ancianos que estaban siendo restringidos ya estaba deteriorado, ellos no sufrían los efectos psicológicos negativos^{51,63}. Una de ellas comentaba, *“... si los pacientes están confundidos o inconscientes, yo no creo que sientan nada cuando están restringidos. Quiero decir que no es posible que sientan por ella, ¿no?”*⁶³.

Sorprendentemente, algunas enfermeras creen que el uso de la restricción se hace por el bien de los pacientes y que, por lo tanto, no tiene efectos indeseables⁶³. Este desconocimiento les llevaría a sobrestimar de manera errónea los beneficios percibidos, lo que facilitaría el uso de la restricción.

Respecto a los cuidados que deben llevarse a cabo cuando se utiliza una restricción, los datos sugieren que la formación que tienen los profesionales es bastante limitada^{43,50,83,87,92}. Así, un estudio identificó que más de la mitad de los entrevistados creían que podían usarse restricciones mediante sábanas convencionales en sustitución de chalecos o cinturones de sujeción⁵⁰. Si bien esto fue una práctica habitual en el pasado, generadora de múltiples efectos adversos, actualmente no es aceptable, debiendo las instituciones usar sólo material homologado que cumpla la normativa existente⁹³.

Otro trabajo encontró que casi la mitad de los participantes creían que las restricciones debían colocarse con cierta holgura, para que el residente estuviera cómodo⁹². Mientras que en dos estudios coreanos, una parte importante de los profesionales pensaba que cuando un residente era restringido en cama, la sujeción podía estar unida a la baranda^{83,87}. Sin embargo, ambos tipos de actuaciones incrementan de manera notable los riesgos de que se produzcan accidentes, los cuales pueden conducir a la muerte del residente⁹³.

Respecto a la supervisión de la persona sometida a restricción, se sugiere que la misma debe ser frecuente y sistemática, debiendo liberársele de ella de manera periódica para limitar las complicaciones que surgen de la inmovilización continuada^{13,93-95}. Y en cambio, diferentes estudios han identificado que entre el 15% y el 50% de los profesionales desconocen esta pauta^{83,87,92}.

Como hemos señalado con anterioridad, el deterioro cognitivo que presentan muchas personas mayores institucionalizadas es un factor que contribuye de manera notable al uso de la restricción física. Y dado que muchos residentes presentan demencia, la formación en esta área debería ser prioritaria⁹⁶. Sin embargo, este aspecto apenas ha sido evaluado entre los profesionales, probablemente debido a que es una capacidad que se les supone. Pero esto no siempre es así. Un estudio realizado con profesionales de varios centros de Hong-Kong identificó que sólo un 27,3% de los participantes había recibido capacitación en el cuidado de la demencia, y menos de la mitad de éstos consideraba que la misma era adecuada para llevar a cabo sus tareas diarias⁹⁷. Otro trabajo ponía claramente de manifiesto este déficit formativo al asegurar varios cuidadores, entre otras cosas, que necesitaban más conocimientos sobre cómo atender a las personas con demencia: *“cuando no podía comunicarme con los ancianos con demencia,, tuve dificultades en su cuidado, porque yo no sabía mucho acerca de ella”*¹⁶.

A la vista de la información recabada parece necesario, si se quiere limitar el uso de la restricción, mejorar la formación de los profesionales en todas las variables exploradas. En este sentido, algunos investigadores han indicado que ésta no debería limitarse a los factores señalados sino que habría que ampliarla a los aspectos éticos y legales de su uso⁹⁶. Ello les permitiría disponer de bases más sólidas a la hora de tomar la decisión de aplicar una restricción.

1.3.2.3. La percepción de falta de personal

Los profesionales han señalado en repetidas ocasiones que la falta de personal o la imposibilidad de proporcionar una supervisión apropiada al residente contribuía al uso de la restricción. Así, casi la mitad de las enfermeras que participaron en el estudio de Karlsson et al. manifestaron que no podían imaginar retirar el cinturón y dejar al paciente solo en la habitación durante el día. Su decisión de utilizar la restricción se basaba, entre otros argumentos, en que *“no hay suficiente personal para manejar esta situación y nos falta tiempo para estar con el paciente”*⁷³.

Un estudio que exploraba el uso de la restricción en pacientes mayores, que incluía una unidad médica, otra geriátrica y una tercera psicogeriátrica, reveló que el 36% de las enfermeras se inclinaba, siempre o algunas veces, a restringir a un paciente cuando percibían que el personal era insuficiente⁹¹. Similares resultados

obtienen dos trabajos realizados en centros para mayores, en los que las enfermeras afirmaron que *“más residentes son restringidos cuando estamos escasos de personal que cuando estamos con todo el personal”*^{83,87}. En otro estudio que incluía a más de 100 profesionales de enfermería, el 24,3% de ellos apoyaba la aplicación de la restricción de los residentes cuando existía un gran volumen de trabajo debido a que había muchos residentes y poco personal⁸⁶. Estos hallazgos son confirmados por otras investigaciones^{16,63,72}.

Por su parte, Myers et al. encontraron que el 25% de las enfermeras consideraban bastante o muy importante la utilización de la restricción *“cuando hay insuficiente personal para observar al paciente”*⁴⁵. Mientras que en el trabajo de Suen et al., el 61% de los profesionales estaba de acuerdo con que las restricciones debían ser utilizadas cuando no se podía vigilar muy de cerca al residente⁸⁷. Varios estudios cualitativos confirman esta tendencia, al afirmar buena parte de las entrevistadas que la restricción se había aplicado como consecuencia de la falta de enfermeras para observar de manera continua a los pacientes^{74,85}.

Estos datos ponen de manifiesto que la preocupación subyacente de los profesionales es que la falta de personal coloca a los residentes en mayor riesgo de sufrir accidentes físicos y que por lo tanto es necesario *“tomar medidas”*. Al respecto, una enfermera señalaba: *“De hecho, de verdad ... nos parece que no hay mucho que podamos hacer ... en muchas situaciones, un miembro del personal está a cargo de dos o tres habitaciones; una cuenta con ocho camas, y hay una enfermera y una auxiliar cuidando de cinco habitaciones de pacientes. Bueno, cada uno de nosotros tiene su trabajo que hacer ... tenemos la responsabilidad de prevenir las caídas. Por el bien de la seguridad de los pacientes, tenemos que evitar que se caiga, por lo que tenemos que hacer todo lo posible”*⁷². Y otra exponía: *“.... no siempre se puede mantener un ojo en todos los ancianos debido a la escasez de personal, así que tienen que ser contenidos para evitar que sufran lesiones como consecuencia de accidentes o caídas”*⁶³.

En relación a todo esto, y en contra de lo que creen muchos profesionales, es necesario recordar que cuando se usan restricciones no disminuye su carga de trabajo⁸³. Como reconocen algunos cuidadores, su aplicación obliga a utilizar muchos más recursos que cuando no se hace: *“Nunca los tienes restringidos porque no tienes suficiente personal ... Si tu restringes a las personas actualmente necesitas más personal en el sentido de que tienes que ir allí, ponerlos en libertad, pasearlos”*⁵¹. La persona restringida debe ser estrechamente supervisada y cuidada, tanto para prevenir posibles accidentes relacionados con la manipulación del dispositivo por parte de la misma como para atender sus numerosas necesidades. Además, la carga administrativa se incrementa, ya que el uso de la restricción debe ser minuciosamente documentada⁵¹. Tal como indicó en su día uno de los mayores fabricantes de dispositivos, Posey Company, *“las sujeciones no pueden utilizarse nunca como sustitutos de una buena asistencia clínica o por conveniencia del personal. El paciente cuando está impedido necesita más atención asistencial”*⁹⁸.

1.3.2.4. La percepción de falta de recursos

Para algunos profesionales la falta de recursos favorece que se haga un mayor uso de la restricción^{16,17,40,51,74,85}. Así, en un estudio cualitativo realizado en tres

centros de cuidados residenciales, el personal exponía que eran necesarios más programas de actividades, sobre todo en el final de la tarde, cuando algunos residentes experimentaban el síndrome “crepuscular”. Este término se refiere a un grupo de comportamientos que se producen en algunos mayores con o sin demencia en el momento del atardecer o anochecer. Se caracteriza por la presencia de inquietud, irritabilidad, agresividad y/o agitación con aumento de la actividad motora⁵¹.

También indicaban que la falta de equipo adecuado constituía una limitación para reducir el uso de la restricción, como el no tener camas altas-bajas como alternativa a las barandas. Además, exponían que las instalaciones grandes y las habitaciones individuales con baño limitaban la observación de los residentes; lo que unido a la existencia de un entorno inseguro, con pisos resbaladizos u obstáculos a la libre deambulaci3n, incrementaba el riesgo de caídas y, en consecuencia, la percepci3n de necesidad de restricciones⁵¹.

Por su parte, más de la mitad de los participantes en otro estudio pensaba también que la falta de camas con altura ajustable para evitar caídas o de almohadas en forma de cuña para ayudar a los pacientes a sentarse correctamente, propiciaba un ambiente poco seguro⁸⁵. Así mismo, la escasez de ayudas a la movilidad o la presencia de numerosos obstáculos apoyaban la percepci3n de los profesionales de la existencia de un entorno físico inseguro^{40,74}, lo que contribuía a un mayor uso de la restricción.

1.3.2.5. Rutina

Numerosas evidencias han puesto de manifiesto que el uso de la restricción física también puede ser el resultado de intervenciones rutinarias de los profesionales. Un estudio cualitativo mediante entrevistas no estructuradas a enfermeras reflejó que éstas estaban utilizando la sujeci3n en todos los pacientes de nuevo ingreso antes de realizar una evaluaci3n objetiva de la necesidad real de su uso⁶⁷. En otro trabajo de estas características algunas enfermeras afirmaron que su uso se había convertido en una respuesta automática cuando no podían controlar el comportamiento de los pacientes o los veían en situaciones peligrosas: “... *Esta práctica es como una rutina ... una reacci3n instantánea ... sobre todo en los momentos de mayor actividad. Cuando estamos ocupadas, sólo pensamos que es mejor restringir a los pacientes, ya que hará el trabajo más fácil*”⁸⁸.

Un estudio realizado en centros psicogerítricos puso de manifiesto que la decisi3n de aplicar la restricción era tomada casi siempre en el momento del ingreso, basada en las rutinas, valores y creencias de los profesionales²². Otro relataba que la mayoría de las enfermeras no recordaba cuando habían comenzado a utilizar estos dispositivos²⁷. Karlsson et al. constataron que, entre los residentes sometidos a restricción, el personal desconocía las razones por las cuales se estaba utilizando en una parte de ellos, lo que podría indicar que la misma se estaba utilizando de forma rutinaria⁴³.

Desde un punto de vista más cuantitativo, se ha sugerido que cualquier persona inmovilizada durante al menos 20 días en un mes debe considerarse sujeta de forma rutinaria⁷⁵. Tinetti et al. verificaron, en una muestra de 397 residentes durante un año de seguimiento, que el 32% cumplía este criterio⁷⁵. A una idea

similar llegan Hamers et al. al constatar en su estudio que el 90% de los residentes inmovilizados lo habían estado por lo menos 3 meses, concluyendo que las restricciones se estaban utilizando como una medida rutinaria²⁶.

Por último, y en relación a este factor, hay que señalar que durante la aplicación de un programa dirigido a reducir el uso de la restricción física, a la mitad de los residentes se les retiraron las restricciones sin necesidad de llevar a cabo intervención alguna. Para los investigadores, el uso del cinturón de restricción parecía que se había vuelto más común de lo que era necesario⁹⁹.

1.3.2.6. Confort psicológico

La seguridad, la protección y la prevención de daños son razones habitualmente señaladas por los profesionales para justificar el uso de la restricción física²⁷. Por ello, no sorprende que estos expresen sentimientos de confort psicológico cuando saben que sus pacientes están seguros, lo que influiría en su decisión de aplicar la restricción^{63,67,72,88}. Como afirmaban algunas enfermeras: *“Cuando he aplicado una inmovilización en el paciente anciano, me siento segura y tengo una sensación de confort psicológico”*⁶³; *“... ¿tener la baranda de un lado subida y la del otro lado bajada, colocando simplemente almohadas?. Pero entonces sentimos que no es seguro ... Estaríamos muy preocupadas”*⁷².

Por lo tanto, no utilizar restricciones les genera bastante intranquilidad^{16,88}: *“Es necesario (usar restricciones físicas) ... Desde la visión de una enfermera, el uso apropiado de las restricciones físicas me hace sentir segura y relajada. En la práctica clínica, a veces estamos ocupadas y tenemos que realizar numerosas tareas. Si hago un uso apropiado de las restricciones físicas ..., me siento libre de preocupaciones. Las restricciones físicas me dan sensación de seguridad mientras estoy ocupada con otros pacientes”*⁸⁸.

Aunque a veces parece que algunos profesionales están más preocupados por su propio confort que por el bienestar real de los pacientes mayores: *“Para no tener que escribir un incidente y protegerme a mí misma, lo más importante es estar tranquila durante mi trabajo. Usted sabe que escribir un incidente es problemático y requiere mucho tiempo”*⁶³.

1.3.2.7. La experiencia

Algunos resultados también han mostrado una relación entre la experiencia clínica y el uso de la restricción. Un trabajo realizado en la región administrativa china de Hong-Kong, con 168 profesionales, puso de manifiesto que quienes disponían de mayor experiencia clínica tenían más conocimiento acerca de las restricciones; esto se traducía indirectamente en mejores prácticas cuando se utilizaban, ya que intentaban aplicar medidas alternativas, evaluaban con frecuencia si podía retirarse el dispositivo, o realizaban un buen cuidado de la piel para mantener su integridad⁸³.

Otro estudio, en el que se entrevistaba a 187 profesionales de enfermería, identificaba que los más jóvenes y con menos experiencia utilizaban de forma más frecuente las restricciones en el cuidado de las personas con demencia⁹⁷. Por su parte, Huang et al. encontraron que llevar más de dos años en el centro y tener más edad disminuía el riesgo de uso de la restricción, lo que pondría de manifiesto

el beneficio de contar con más experiencia clínica¹⁵.

La influencia de esta variable en el proceso de toma de decisiones se puede observar en el siguiente comentario de una enfermera: *“... la primera preocupación de una nueva enfermera es mantener al paciente seguro y probablemente piense en usar la restricción. He tenido algunas buenas experiencias, tenemos una gran cantidad de nuevas enfermeras y yo he podido enseñarles mucho debido a mi experiencia, pero lo primero que hacen es poner una restricción ...”*²⁷.

Se ha argumentado que es posible que las enfermeras más veteranas, y por ende con más experiencia, tengan mayor capacidad para ver alternativas a la restricción física y que, por lo tanto, las utilicen menos⁹⁷.

1.3.2.8. El entorno laboral

Esta variable no ha recibido mucha atención por parte de los investigadores, a pesar de su indudable peso en el desarrollo del estrés laboral y su influencia en el proceso de toma de decisiones^{35,100,101}.

Un estudio identificó que las demandas del trabajo, como la falta de tiempo y que éste fuera excesivo y duro, aumentaban de manera notable el riesgo de uso de la restricción física en las unidades donde las enfermeras percibían un bajo control laboral (OR=13,31; IC del 95%: 1,55-114,30), tanto en lo referido a la autoridad para tomar decisiones como en su capacidad para desarrollar sus habilidades¹⁰¹.

Por el contrario, otra investigación que exploraba variables como la carga de trabajo, la autonomía en el desempeño y el apoyo por parte de compañeros y supervisores, constató que de estas tres variables, el disponer de mayor autonomía se asociaba a una mayor probabilidad de uso de la restricción (OR=5,3; IC del 95%: 1,2-23,4)³⁵.

1.3.2.9. El temor a los litigios legales

Los profesionales también se muestran muy inquietos ante los problemas legales que puedan surgir durante su trabajo^{16,51,67}. Si bien temen que se origine un litigio si se produce un daño por el uso de la restricción física, en la práctica lo ven poco probable, ya que piensan que si están vigilantes y la aplican correctamente nadie va a resultar perjudicado⁵¹.

Por el contrario, sí que les preocupan las denuncias de las familias y las demandas si la seguridad del residente es, de alguna manera, puesta en riesgo: *“Si alguien se levanta en medio de la noche y luego aparece acostado en el suelo, en parte yo soy culpable porque no lo he cuidado adecuadamente”*⁶⁷. O si se produce algún accidente: *“A veces, una persona mayor podría tener una lesión muy leve. Aún así, algunos familiares tomaron fotos con una cámara o teléfono móvil ... (con el fin de presentar una demanda o amenazarlos)”*¹⁶. Esto les habría llevado a utilizar medidas protectoras, como la aplicación de restricciones, para no verse involucrados en problemas legales^{23,56}. Por lo tanto, este miedo constituiría una barrera para reducir el uso de estos dispositivos^{51,67,102}.

1.3.3. Factores relacionados con las organizaciones

1.3.3.1. La dotación de personal

Ésta es una de las variables más estudiadas, tanto en lo referido a la intensidad (relación de profesionales con respecto al número de residentes), como a la combinación (proporción de enfermeras respecto a la de auxiliares).

En relación a la primera de ellas, no está claro cómo se relaciona con el uso de la restricción ya que los resultados son contradictorios. Un estudio, que exploraba 15 centros residenciales, informó que ésta se usaba más cuando se incrementaba la ratio de personal³⁵. Frente a este dato, otro trabajo señalaba que los residentes en centros con personal de enfermería por encima de la mediana de la muestra tenían aproximadamente la mitad de probabilidades de ser contenidos respecto a los residentes de los centros con menor dotación de esos profesionales⁸⁰.

Sin embargo, son más numerosas las investigaciones que no encuentran relación entre ambas variables. Así, Castle y Fogel no observaron diferencias en la proporción de profesionales por residente entre centros libres de restricción y aquellos que no lo estaban¹⁰³. Otro trabajo constató que las horas de enfermería no tenían impacto en el uso de las restricciones⁵². Comparando salas de alto, bajo o ningún uso de la restricción, un estudio sueco no encontró diferencias significativas en las ratios de personal entre ellas⁴⁴. A resultados similares llegó un trabajo alemán, utilizando el número residentes por cuidador, indicando que este dato no tuvo impacto en el uso de la restricción³⁴. Así mismo, Heinze et al. comprobaron en su estudio que contar con ratios más bajas de personal de enfermería no estaba relacionado con un mayor uso de restricciones²⁹, mientras que Heeren et al. encontraron que la intensidad de personal no era un predictor independiente de uso de la restricción³². Finalmente, un trabajo suizo no halló relación entre el número de residentes por cuidador, ni en la proporción de profesionales de enfermería, con la aplicación de restricciones²⁸.

Estos resultados van en contra de la suposición generalizada de que es necesario más personal para limitar el uso de restricciones y que su aplicación es una consecuencia inevitable de su escasez^{63,74,85}. Más allá de esta controversia, lo que si se ha sugerido es que no se trata sólo de aumentar los niveles de personal para mejorar la calidad de la atención, sino que hay que ser conscientes del tipo de personal del que se dispone para alcanzar el nivel de atención que se desea¹⁰⁴.

En este sentido, algunos estudios que han explorado la proporción de enfermeras respecto a la de auxiliares sugieren que contar con un mayor número de las primeras reduce el uso de la restricción en los centros residenciales. Así, un análisis de regresión logística múltiple con una cohorte de 58.997 residentes mostraba que contar con una mayor proporción de auxiliares incrementaba la probabilidad de uso de la restricción, mientras que si se trataba de enfermeras producía el efecto contrario⁸¹.

Comparando centros libres de restricción con aquellos que no lo estaban, Castle et al. observaron que, entre otras variables, el número de enfermeras y auxiliares a tiempo completo por residente influía en el uso de la misma. De hecho, el análisis multivariante mostró que en los centros libres de restricción era más probable que aumentara la proporción de enfermeras y disminuyera la de auxiliares que en el

otro tipo de centros¹⁰³.

Resultados similares podemos observar en otro estudio realizado con 254.519 residentes. En este se identificó que una combinación de pocas enfermeras en relación a una elevada proporción de auxiliares por residente incrementaba la probabilidad de inicio de la restricción¹⁰⁴.

Del mismo modo, otra investigación que contaba con 3.557 centros residenciales advirtió que una mayor proporción de enfermeras se asociaba a una menor probabilidad de uso de las restricciones, mientras que aumentar otro tipo de personal conducía a un mayor uso de estos dispositivos¹⁰⁵.

Frente a estos resultados, que parecen indicar que mejorar la dotación de enfermeras podría conducir a un menor uso de la restricción, otros trabajos no han podido confirmar esta tendencia. Un estudio realizado en tres centros residenciales estadounidenses mostró que la combinación de personal no tenía impacto en el uso de las restricciones⁵². Dos investigaciones alemanas que incluían 30 y 76 centros, respectivamente, apoyaban este resultado al exponer que la ratio de enfermeras no tenía influencia en el uso de restricciones físicas^{29,34}. Por último, un trabajo reciente tampoco fue capaz de establecer la combinación de personal como un predictor independiente de uso de la restricción³².

En relación a todo esto, es preciso señalar que las necesidades de los residentes son tan complejas y requieren tal nivel de observación, evaluación, planificación y cuidado, que precisan de profesionales con competencias en el manejo de problemas de conducta y prestación de cuidados individualizados. Las auxiliares disponen de menos formación y una capacidad limitada en la toma de decisiones, sobre todo al abordar situaciones clínicas nuevas o complejas. En consecuencia, pueden considerar el uso de restricciones como eficaces cuando se enfrentan a riesgos de caídas o alteraciones conductuales de los residentes. Las enfermeras, que están mejor formadas y especializadas, tienen los conocimientos y los recursos que les permiten un uso más amplio de intervenciones de cuidado y la capacidad de individualizar la atención, por lo que podrían estar en mejores condiciones para llevar a cabo las evaluaciones complejas necesarias para reducir el empleo de la restricción. Por lo tanto, la eliminación de estos dispositivos puede requerir un mayor uso de enfermeras y especialistas^{52,103,104,106}.

1.3.3.2. Las características de los centros

Los estudios consultados sugieren que los centros más pequeños son capaces de proporcionar una mejor atención que los de mayor tamaño debido a una mejor calidad en la comunicación, al sentido del trabajo en equipo y a las expectativas específicas de los miembros del personal¹⁰⁷. En ellos, la relación entre el personal y los residentes suele ser más íntima y cercana, por lo que el trato personalizado facilitaría la interacción con el usuario y permitiría reducir el uso de las restricciones físicas^{107,108}.

También se ha especulado que la ausencia de burocracia mejora la capacidad de las organizaciones más pequeñas para aplicar con mayor facilidad los procesos de cambio¹⁰⁹, como podría ser la sustitución de las sujeciones físicas por otras alternativas.

A pesar de todos estos supuestos, los resultados de diferentes trabajos no aclaran este aspecto. En la anterior investigación de Castle et al., en la que se comparaban centros libres de restricción con los que no lo estaban, los más pequeños tenían una mayor probabilidad de estar libres de restricciones¹⁰³. Por contra, en otro estudio en el que participaron 30 centros, con una variación en el número de camas de entre 19 y 210, no se observó que el tamaño de los mismos influyera en el uso de la restricción³⁴. Tal dato es corroborado por otra investigación que comparaba centros de 70 o menos camas con los que tenían un número superior²⁸.

Por otro lado, y en relación a los centros que cuentan con unidades de cuidados específicos a personas con demencia, la investigación sugiere que la restricción física se aplica con menos frecuencia. Un estudio realizado en Finlandia, en una muestra aleatoria de 1.501 pacientes de residencias de ancianos de 54 municipios, observó que el porcentaje de uso de la restricción mecánica en las unidades convencionales doblaba al de las unidades especializadas en el cuidado de personas mayores con demencia (23,3% frente a 12,8%)¹¹⁰.

Finalmente, debemos hacer referencia a un enfoque alternativo de cuidados que se contrapone al de los centros tradicionales de cuidado a personas mayores. Se trata de centros de reducido tamaño, en los que se han creado entornos de cuidado “como en casa”, que hacen hincapié en la normalización de la vida diaria. En ellos el número de residentes no supera la decena; las tareas domésticas se mueven alrededor de las actividades de la vida diaria (por ejemplo, las comidas se preparan en la propia unidad entre el personal de enfermería, los residentes y los familiares); los profesionales realizan tareas integradas, en las que junto con la atención médica y personal, también llevan a cabo las tareas del hogar y las actividades organizadas; el funcionamiento cotidiano es determinado en gran medida por los residentes, los cuidadores familiares y el personal de enfermería; y el entorno físico se asemeja a una casa tradicional¹¹¹. Dentro de este contexto, un trabajo holandés reciente que comparaba el uso de restricciones físicas entre este tipo de centros y los tradicionales, constató una significativa reducción en el uso de la misma en estos centros de pequeño tamaño, especialmente en lo referido a cinturones en silla o cama, sillas bloqueadas y barras bilaterales en la cama¹¹².

1.3.4. Las familias

El hecho de que muchos residentes presenten importantes limitaciones cognitivas convierte a la familia en un actor fundamental a la hora de decidir la aplicación o no de la restricción física. De ahí que sea fundamental conocer su visión acerca de ella.

En líneas generales, muchos familiares suelen creer que la restricción es necesaria para garantizar la seguridad de la persona mayor^{15,40,51,72,74,113-118}, como reflejan los siguientes comentarios: “Yo sabía que era por su propio bien”; “Yo sabía que iba a protegerlo”; “Me duele terriblemente verlo atado, ..., pero intenté darme cuenta de que era realmente necesario”¹¹⁸. La familia percibe que los daños potenciales serían mayores sin la restricción que con ella: “Cada vez que ella se levanta y cae podría no sólo terminar con moretones, podría romperse un brazo o un hombro o una pierna o cualquier otra cosa. Así que es un mal necesario”⁵¹. En ocasiones, esta percepción de necesidad se formula mediante la insistencia o solicitud a que el personal de enfermería utilice restricciones físicas^{27,40,72,74,116}.

como relataba un profesional, *“a veces significa que la familia nos hace restringir [al paciente]”*⁷². Un reciente estudio mostraba que la participación de las familias en la decisión del uso de estos dispositivos parecía haber sido un factor importante en la elevada prevalencia detectada¹⁵.

Sin embargo, esto no significa que los familiares no tengan dudas sobre su aplicación, como ponía de manifiesto un trabajo de tipo cualitativo que recogía las impresiones de algunos familiares^{116,118}. Uno de ellos dijo, *“Sí y no”*. Otro expuso: *“Depende del tipo de restricción”*. Mientras que un tercero, que admitía estar de acuerdo con el procedimiento, comentaba *“Si tuviera que elegir entre que estuviera sedado y que estuviera restringido, elegiría su restricción”*¹¹⁸.

Además de estas reticencias, las familias experimentan con frecuencia sentimientos negativos cuando ven a su familiar restringido^{51,118}. Uno de ellos describió su sensación de impotencia: *“Le molestaba la restricción cuando era consciente de ella. Él esperaba que yo hiciera algo al respecto. No me gustaba cómo se sentía, ni mi sentimiento de impotencia”*. Otro declaró, *“No me gustaría ver a mi padre restringido en todo momento. Eso sería horrible”*. Un familiar dijo: *“¡Yo odiaba la idea de que era necesario!”*. Este malestar fue expresado con claridad por otra persona: *“La única razón por la que firmé los formularios (autorizando la restricción) para mi madre fue por seguridad. Si no había ningún otro camino ... Pero cuando no hay otra manera tú no tienes otra opción. Así que la seguridad es más importante que un poco de frustración”*⁵¹.

A pesar de que muchos familiares ven que puede estar justificada la aplicación de alguna forma de restricción, la mayoría afirma que debe usarse sólo cuando sea realmente necesaria, que sea lo más cómoda posible, y que se utilice únicamente como último recurso, durante el menor tiempo posible^{40,74,116,118}. Uno de ellos comentó: *“Espero que el paciente sea examinado de forma periódica, según sea necesario, y no olvidado durante largos períodos de tiempo debido a que como está atado, él está bien”*¹¹⁸.

Así pues, la información disponible parece indicar que la posición de la familia respecto al uso de estos dispositivos es ambivalente, expresando reticencias y sentimientos negativos ante su aplicación, pero viéndola como necesaria para proteger a la persona mayor de sufrir daños.

1.4. EFECTOS ADVERSOS DEL USO DE LA RESTRICCIÓN FÍSICA

1.4.1. Las complicaciones físicas

A continuación presentamos las complicaciones físicas asociadas al uso de la restricción. Algunas de ellas están directamente vinculadas a la inmovilización a la que se ven sometidas las personas a las que se les aplica alguna forma de restricción física, mientras que otras están más relacionadas con el uso del propio dispositivo.

1.4.1.1. Los efectos de la inmovilización

La inmovilización forzada por la restricción trae consigo la aparición de numerosos efectos adversos en los residentes. A nivel muscular se observa que

conduce a una atrofia muscular o empeora la existente¹⁴. También se ha relacionado con el descenso del tono y la masa muscular¹⁰⁴, a lo que se une una pérdida significativa de fuerza en los miembros inferiores^{13,15}. Todo esto se va a traducir en una aceleración de la sarcopenia propia de la edad¹¹⁹, lo que da como resultado una disminución en la capacidad para andar.

Por otro lado, la falta de movilidad va a favorecer el acortamiento y agarrotamiento del tejido muscular originando la aparición de contracturas articulares^{13,14,104,120}, lo que reduce el rango de los movimientos en su conjunto. Como consecuencia, disminuye la estabilidad, el equilibrio y la coordinación, por lo que estas personas se vuelven más dependientes para la deambulaci3n, lo que puede aumentar el riesgo de caídas^{12,14,104,121}.

Tambi3n se han descrito casos de rabdomiolisis debido a la isquemia muscular que produce la compresi3n de tejidos en casos de inmovilizaci3n prolongada, que en alg3n caso acab3 con la muerte del paciente¹²²⁻¹²⁴. As3 mismo, el encamamiento tambi3n puede originar un aumento de la resistencia a la insulina y modificaciones farmacocin3ticas, as3 como alteraciones en la tasa metab3lica y p3rdidas de electr3litos¹²⁴⁻¹²⁶.

Adem3s, la inmovilizaci3n genera deterioro o reducci3n de la circulaci3n sangu3nea y problemas cardiovasculares, lo que puede conducir a la disminuci3n de la resistencia cardiovascular, trombosis venosa profunda, tromboflebitis o tromboembolia pulmonar^{13,14,124}. A ello se le a3ade la aparici3n de otros problemas en las extremidades, como los edemas o la cianosis¹²⁰.

La restricci3n de la movilidad tambi3n incrementa el riesgo de sufrir osteoporosis, en especial entre las mujeres¹²⁶. Algunos estudios han mostrado que las fracturas post-ca3das no son necesariamente el resultado de las mismas, sino consecuencia de una osteoporosis previa¹²⁷.

Otros de los efectos secundarios del uso continuado de la restricci3n en personas mayores incluyen un mayor riesgo de infecci3n y neumon3as^{14,128}. Por ejemplo, diferentes tipos de microbios se han cultivado en las barras laterales de las camas, los cuales se han asociado con infecciones nosocomiales¹²⁸. As3 mismo, se han descrito problemas de aspiraci3n, asfixia o par3lisis respiratoria^{13,120,124}.

La reducci3n de la movilidad incrementa de manera importante el riesgo de aparici3n de 3lceras por presi3n, las cuales no s3lo afectan al confort del residente sino que tambi3n complican su estado de salud^{13-15,54,66,104,120}. Un estudio reciente puso de manifiesto que los residentes restringidos desarrollaban el triple de 3lceras por presi3n que aquellos que no lo estaban (9,5% frente al 3,1%)¹⁵.

Otra complicaci3n que puede presentarse es la incontinencia urinaria^{13,14,54,129}, ya que las personas sometidas a restricci3n ven reducida la posibilidad de controlar su propia micci3n. Una revisi3n realizada por Offermans et al. confirm3 que las barandillas y las restricciones de silla y tronco se encontraban entre los factores que propiciar3an su aparici3n¹²⁹. De igual forma, puede favorecer el estreñimiento y la impactaci3n fecal, as3 como la incontinencia fecal^{14,54}. Adem3s, otro efecto indeseado que podr3a aparecer ser3 la disminuci3n del apetito, lo que puede llevar a la persona a la deshidrataci3n y a la desnutrici3n¹²⁰, contribuyendo tambi3n al estreñimiento.

Por lo tanto, el uso prolongado de los dispositivos de restricción va a conducir a un deterioro de la capacidad orgánica y funcional de la persona mayor y, en consecuencia, a aumentar su dependencia para las actividades de la vida diaria. Además, el mayor deterioro físico se va a traducir en un incremento de la morbilidad y tasas más elevadas de mortalidad.

1.4.1.2. Las complicaciones asociadas a los propios dispositivos

La aplicación incorrecta de los dispositivos de restricción puede originar abrasiones o laceraciones cutáneas, hematomas, isquemias, compresión de los tejidos blandos, e incluso luxaciones o fracturas tras golpearse la persona contra las barras de la cama^{13,14,40,124}. Así mismo, la presión del chaleco de restricción al deslizarse hacia la zona axilar puede producir lesiones nerviosas en el plexo braquial. La aplicación de muñequeras también podría afectar a los nervios cubital o radial¹⁴.

Algunas investigaciones han señalado que las sujeciones en silla y el uso de restricciones de extremidades o tronco no sólo contribuyen a que se produzcan caídas^{82,104}, sino que también aumentan el riesgo de las mismas. Además, se ha observado que las barras bilaterales incrementan el riesgo de lesiones por caídas ya que la persona, al querer salir de cama, va a caer de una altura mayor^{40,120}.

Además de estas importantes complicaciones, existe el riesgo de que se produzcan accidentes fatales^{13,14,130}. Un estudio basado en autopsias encontró que, en algunos casos, el uso de la restricción estaba vinculado directamente con la muerte de los residentes. Esto fue debido a que los dispositivos no se habían aplicado de forma correcta, lo que facilitó el deslizamiento de las personas, que acabaron sufriendo una compresión torácica o una estrangulación¹³⁰. Estudios realizados en España han identificado varias muertes directamente relacionadas con el uso de la restricción, y algunas de ellas lo fueron por asfixia mecánica^{93,131}.

Pero el empleo de restricciones físicas puede tener consecuencias fatales no sólo cuando los dispositivos son aplicados de manera incorrecta, sino también cuando se hace de forma adecuada. Se han identificado muertes súbitas en personas agitadas o con problemas cardíacos que lucharon contra la restricción durante períodos prolongados^{13,14,120,124}.

Otro de los peligros vinculado a la restricción es la utilización de las barras bilaterales en la cama. Las personas mayores confusas o agitadas pueden deslizarse y quedar atrapadas entre la cama y el colchón. Esto ocurre cuando se origina un espacio debido a un inadecuado ajuste del mobiliario, que puede ser consecuencia del desgaste de ciertas partes del mismo, como los tornillos y abrazaderas, o al uso de productos de diferentes fabricantes. Como resultado de este atrapamiento existe un riesgo de asfixia que puede conducir a la muerte del residente^{14,132}. Tampoco es infrecuente el deslizamiento de la persona entre el colchón y la cabecera de la cama, lo que genera el mismo tipo de problemas⁷⁴.

Entre los factores que podrían facilitar la aparición de estos percances estarían la desorientación y la incapacidad de los residentes para reconocer riesgos, la escasa vigilancia sobre éstos, una baja ratio de personal en determinados turnos y una insuficiente formación⁹³. De ahí la recomendación de no utilizar la restricción de manera prolongada y ser muy cuidadoso si la persona no pudiera liberarse de ella.

1.4.2. El impacto a nivel psicológico

Además de las complicaciones físicas, la restricción puede generar también importantes problemas psicológicos. Muchos pacientes suelen mostrar emociones y sentimientos negativos como ira, miedo, ansiedad, negación, frustración, vergüenza, humillación, soledad, pérdida de la autoestima o de la dignidad y deterioro de la imagen de sí mismo^{13,74,85,103,133}. La dimensión de estas emociones se pone de manifiesto a través de algunas de sus manifestaciones: *“Me sentí como si estuviera clavado en una cruz”, “Esto es un error”, “No he hecho nada para merecerlo, pienso que soy un prisionero de guerra”, “Traté de desatar mis manos para resistir”, “Me sentía como un perro y lloré toda la noche”, “Me sentí como si no fuera nadie, que yo era suciedad”*⁸⁹. Todo ello puede derivar en un agravamiento de su apatía, aumentando su sensación de abandono y fragilidad.

En algunos casos, también se han descrito procesos de retraumatización. La vivencia de estar restringidos les trajo recuerdos de ataques violentos anteriores contra ellos, incluidas experiencias de violación o abusos infantiles^{124,133}.

Curiosamente, y a pesar de que las restricciones a veces se utilizan para controlar comportamientos agitados, estos dispositivos a menudo los incrementan o son responsables de su aparición^{14,134,135}. Un ejemplo de ello es el estudio realizado por Lin et al. en unidades de atención especial a la demencia, el cual puso de manifiesto que la utilización de la restricción triplicaba la probabilidad de conductas agitadas (OR=3,54; CI: 1,51-8,28)¹³⁴. Así mismo, la aplicación de estos dispositivos se relaciona de manera importante con síntomas conductuales como la agresión física o verbal, sobre todo entre las personas con demencia, y conductas regresivas^{136,137}, lo que podría traducirse en un incremento de la confusión, gritos o delirio^{13,138}. A ello se le añade la incompreensión, ya que los residentes no entienden por qué están siendo restringidos, y el estrés psicológico^{74,133}.

Una síntesis de todo esto puede observarse en el siguiente caso descrito por Sullivan-Marx: *“Una señora, a la que se había restringido después de haberse operado de la cadera, describía su reacción inmediata a la restricción física como incredulidad, confusión, miedo e ira. La sensación de estar atrapada y confinada era incongruente con su objetivo de mantener la independencia. Estaba confundida sobre las circunstancias que habían conducido al uso de la restricción, ya que no era capaz de situarlo en su contexto. Le preocupaba que pudiera haber dañado a alguien o haber hecho algo aborrecible para justificar una medida tan drástica. Estaba sola, temerosa de orinarse en la cama o, peor aún, de quedarse atrapada en un incendio. Avergonzada y humillada, se culpó a sí misma por haber aceptado la cirugía. Ella siempre había tenido una alta consideración hacia las enfermeras y los médicos, pero ahora se daba cuenta de su vulnerabilidad y dependencia de ellos. Sintió por primera vez, ambivalencia e ira”*¹³⁹.

1.4.3. Otros efectos

También se ha constatado que el uso de la restricción física conduce a una reducción del rendimiento cognitivo o a un mayor deterioro del mismo^{12,14,53,104,140-142}. Igualmente, incrementa la desorientación¹⁴.

Asimismo, la aplicación de estos dispositivos se asocia con la pérdida de libertad y autonomía de los usuarios, disminuyen las posibilidades de relación y generan un mayor aislamiento con las personas de su entorno^{14,140}. Estudios observacionales sobre los comportamientos sociales entre residentes de centros de mayores encontró que algunos de ellos dejaron de relacionarse por completo después de que les pusieran restricciones^{140,142}.

Otro efecto adverso relevante lo constituye el deterioro de la relación entre los residentes y los profesionales de la salud, ya que se genera desconfianza hacia los responsables de la restricción^{74,139}, como se pudo ver en el caso anteriormente relatado.

En conclusión, podemos afirmar que el uso de la restricción física, especialmente cuando es utilizada durante períodos prolongados, genera multitud de problemas en las personas a las que se aplica. Por lo tanto, su impacto sobre la calidad de vida y la morbi-mortalidad del residente va a ser muy significativa; a lo que debemos añadir que la aparición de complicaciones se va a traducir en un incremento importante de los costes asistenciales. Aunque es cierto que no todas las personas las van a sufrir con igual intensidad y frecuencia, son lo suficientemente relevantes como para cuestionar seriamente su utilización.

1.5. PREVALENCIA EN EL USO DE RESTRICCIONES FÍSICAS

1.5.1. Las dificultades en la comparabilidad

Durante los últimos años se han publicado numerosos estudios que exploraban el uso de la restricción en entornos de cuidados a largo plazo, entre los que se incluyen los centros para personas mayores. Esto, que en principio podría proporcionar un marco que permitiera conocer el estado de la situación a nivel internacional, en realidad se vuelve problemático. Ello es debido fundamentalmente a dos factores, los cuales obligan a considerar los datos publicados con una cierta prudencia: el concepto de restricción física y la metodología seguida para la recolección de los datos.

En capítulos anteriores ya hemos mostrado las diferentes definiciones que se han utilizado para describir qué es una restricción física y, por lo tanto, es fácil entender cómo puede afectar a la prevalencia. Respecto a la metodología, Krüger et al.¹⁴³ han sintetizado de manera precisa cuáles son los principales problemas: (1) la población de estudio a veces no está bien descrita o los criterios de inclusión no están claros; (2) los métodos de muestreo son diversos, yendo desde la muestra de conveniencia a la aleatoria; (3) el marco temporal de recogida de datos puede ser de días, semanas o meses; (4) los datos se recogen de diversas maneras: entrevistas a los profesionales o directivos de los centros, revisión de la información clínica, registros centralizados, cuestionarios, observación directa, así como combinaciones de varios de ellos; (5) muchos estudios no mencionan el intervalo de confianza de la estimación puntual generada.

Para intentar ofrecer una imagen más o menos clara del uso de la restricción física, que ayude a saber dónde se sitúa España respecto a países de nuestro entorno, vamos a organizar la información centrándonos en la forma de recolectar

los datos, partiendo de conceptos similares sobre qué es una restricción física.

1.5.2. Los estudios de prevalencia

Un aspecto a tener en cuenta en los trabajos sobre prevalencia realizados en los diferentes países es que la mayoría se basan en muestras que pueden no ser representativas de la situación de los mismos.

Respecto a estos trabajos, y como señalamos con anterioridad, se han utilizado diferentes vías para recoger la información sobre el uso de la restricción física, que varían desde los cuestionarios hasta la observación directa. A continuación realizamos un recorrido por cada una de estas estrategias.

1.5.2.1. Información recogida preguntando a los profesionales

Esta forma de determinar el uso de la restricción consiste en recopilar la información preguntando a los profesionales que mejor conocen al residente.

Los estudios consultados indican que las prevalencias más bajas se darían en Noruega con valores que oscilan entre el 12,8% encontrado en unidades específicas para personas con demencia¹¹⁰ y el 24,4% en unidades convencionales^{110,144}, así como en Alemania donde alcanza el 26,3%²⁹. Resultados más elevados se observan en EE.UU., con una prevalencia del 36,8%⁸², Holanda con el 49%²⁶ y especialmente Canadá, donde se aplicaba restricciones al 63,7% de los residentes⁷⁹.

Cuando los estudios no incluyen las barandas bilaterales, los valores son sensiblemente inferiores. Así, se puede ver que las tasas se mueven entre el 7% de los EE.UU.⁸² y el 32,4% de Canadá⁷⁹. Entre ambos se encuentra Suecia, con prevalencias entre el 16% y 23,54%^{31,44,78}.

Por su parte, un trabajo realizado en España en un centro de larga estancia que abordaba el uso de estos dispositivos, observó una prevalencia del 18,3%⁵⁵. A pesar del pequeño tamaño muestral, este dato indicaría que nuestro país se situaría en un punto intermedio en el uso de la restricción.

Respecto a la recogida de información a través de la consulta directa a profesionales, conviene tener en cuenta algunos detalles importantes. A pesar de que las restricciones se usan generalmente por razones de seguridad, las enfermeras suelen experimentar una lucha interna cuando tienen que aplicarlas¹⁴⁵ por lo que estos sentimientos podrían influir en su respuesta cuando son entrevistadas y, quizás, declarar un uso menor del real. Así mismo, y dadas las diferentes concepciones que tienen los profesionales acerca de lo que es y no es una restricción, también es probable que identifiquen un número inferior al verdaderamente existente^{17,40,79}. También puede ocurrir que tiendan más a responder lo que se espera de ellos que lo que realmente hacen. Es lo que se ha llamado el “sesgo de deseabilidad social”, lo que podría conducir a una infracomunicación del uso de la restricción¹⁴⁶.

1.5.2.2. Estudios basados en registros estandarizados

Son numerosos los estudios sobre restricciones físicas que utilizan como fuente de información el Minimum Data Set (MDS). Esta base de datos incluye una evaluación estandarizada multidimensional e integral de usuarios de residencias

de ancianos³³. Entre ellos se encuentra el de Ljunggren et al., publicado en 1997, siendo uno de los primeros en comparar el uso de la restricción física entre diferentes países. En el mismo se identificaron prevalencias inferiores al 10% en Japón, Dinamarca e Islandia, y entre el 15,2% y 17,1% en Italia, Francia y Suecia. Por último, España llegaba al 39,6%¹⁴⁸. En ningún caso se contabilizaba el uso de las barras bilaterales como una forma de restricción.

Sobre China tenemos información de dos estudios localizados en Hong-Kong. El primero encontró que las barandas de cama se utilizaban en el 62,5% de los residentes, mientras que otras formas de restricción se aplicaban en aproximadamente el 25% de ellos⁵³. El segundo estudio, realizado años más tarde y que no incluía las barandas de la cama, registraba una prevalencia del 20%⁷⁷.

Otra investigación internacional identificó tasas de uso de la restricción física en Finlandia y Canadá que se encontraban en torno al 30%, frente a menos del 10% en Suiza⁷⁷. Mientras que un trabajo realizado en centros de cuidados continuados a largo plazo, también en Finlandia, halló una prevalencia del 14,3%¹⁰¹.

Respecto a trabajos realizados en EE.UU., aquellos que no incluían las barandas de la cama como forma de restricción presentaban, en un caso, valores inferiores al 10%⁷⁷, mientras que otros dos las situaban, dependiendo del tipo de unidad residencial, entre el 14% y el 20%¹⁴⁷⁻¹⁴⁸. Un estudio más reciente, que integraba las barandas, mostraba que la prevalencia alcanzaba a casi al 40 por ciento de la muestra, si bien cuando se excluía este dispositivo, la frecuencia era bastante más baja, inferior al 10%³³.

Por su parte, Castle recurrió al Online Survey, Certification, and Reporting (OSCAR) para determinar la frecuencia de uso de la restricción física. Esta base de datos recopila información proporcionada por el administrador del centro y por el director de enfermería, que es utilizada en el proceso de certificación de las residencias en EE.UU. Identificó, sin incluir las barandas, una prevalencia del 19%¹⁴⁹.

En Bélgica, Heeren utilizó el “Flemish Navigator” para este mismo cometido. Este instrumento recoge datos en línea sobre de una serie de indicadores de calidad asistencial en centros residenciales. Las restricciones físicas se habían aplicado, contando las barras laterales, al menos una vez, al 47,5% de los residentes³².

En lo que concierne a España, un estudio realizado en la Comunidad de Madrid con más de cinco mil residentes, y que recogió la información a partir de la base de datos informatizada asociada al programa Clasificación Funcional de Residentes del Servicio Regional de Bienestar Social de la Comunidad de Madrid, informó de una prevalencia del 8,4%. Al incluir el uso de las barandas la frecuencia se elevaba al 20,8%³⁹. Los resultados de este último trabajo indicaría que España está en el grupo de países que menos aplican las restricciones físicas cuando se incluyen todos los dispositivos, al menos según esta metodología de recogida de información.

A pesar de la amplia información disponible se recomienda interpretar con cautela los resultados de los estudios de prevalencia realizados mediante registros estandarizados. Se ha detectado que en ocasiones dicha información no está

actualizada. Por ejemplo, para el MDS en EE.UU. esta obligación sólo es trimestral³³. Además, el uso de la restricción durante cortos períodos de tiempo no suele registrarse. En segundo lugar, se ha detectado que no toda la información es introducida en estos registros, lo que podría conducir a un sesgo de selección, como puso de relieve el estudio que realizó Heeren, donde los 978 residentes que inicialmente formaron parte del mismo debieron reducirse a 570 debido a la falta de datos³².

1.5.2.3. La observación directa

Este sistema de recoger información se basa en identificar a las personas restringidas de forma visual. Esto puede ser realizado por los propios investigadores o por personas formadas para ello.

Los trabajos que siguen esta metodología muestran una prevalencia, en varios países, superior al 60%. Así, en Irlanda del Norte alcanza el 68%⁶⁶, en Canadá el 62,9%⁷⁹, mientras que en Taiwán la frecuencia de uso de la restricción física presenta una tasa del 62,1%¹⁵. También se observan valores elevados en Holanda, con prevalencias de entre el 51% y el 59%^{35,46,47}. En el lado opuesto se sitúa Alemania, que alcanza el 26,2%³⁴.

Los estudios que no incluyeron las barandas como forma de restricción muestran valores inferiores. En el grupo de mayor uso se situaron Canadá, con el 33,7%⁷⁹, Suecia, que alcanza el 29,58%⁴³ y Singapur con un 23,3%⁵⁴. De nuevo, el dato más bajo aparece en Alemania, donde los cinturones son raramente utilizados³⁴. No tenemos constancia de trabajos realizados en España que hayan seguido esta estrategia.

La observación directa parece ser el método más adecuado para identificar el uso de la restricción ya que la información recogida es la real. Si bien, es conveniente que cuando son varias personas las que recogen la información, estos reciban una formación previa con el fin de garantizar una adecuada concordancia inter-observador^{34,35}. De hecho, comparando tres métodos diferentes de recogida de datos, Laurin et al. pusieron de manifiesto que la observación directa era la estrategia más fiable⁷⁹.

Sin embargo hay dos aspectos que debemos tener en cuenta. El primero es que para asegurar la calidad de la información obtenida, la recogida de la misma debería ser ciega para los investigadores. Y el segundo, que a pesar de la fortaleza de este método no siempre es posible utilizarlo, ya que es muy costoso cuando las poblaciones de estudio son grandes.

1.5.2.4. Los centros como informantes

Algunos estudios sobre el uso de la restricción física se basan en la información proporcionada por los propios centros. Esta suele ser recogida mediante cuestionarios remitidos a las diversas instituciones participantes, los cuales son cumplimentados por sus directivos.

Tres trabajos realizados en Australia, que incluyeron las barandillas como dispositivo de restricción, constataron una tasa de uso que variaba entre el 23,6% y el 26%^{23,57,58}. Mientras que otro en este mismo país reducía este porcentaje al 15,3%⁵⁶. Resultados similares se encontraron en un estudio japonés, con una

prevalencia del 17,8%³⁰.

Entre los trabajos que no incluyen las barandas encontramos uno realizado en Noruega, que informó de una frecuencia de uso del 38%¹⁵⁰, otro en Suecia, que reflejaba un 22%¹⁵¹, y por último, uno realizado en México con una prevalencia del 34,2%⁷⁶.

En España podemos encontrar un estudio que, con algunas limitaciones metodológicas, mostraba una prevalencia del 17,6%¹⁵², también por debajo de la mayoría de los estudios internacionales.

Es probable que este método sea el que proporcione la información menos fiable, ya que los centros, con el fin de no dañar su imagen, puede que comuniquen valores inferiores a los reales; en especial si el hecho de usar un gran número de restricciones llevase aparejado algún tipo de sanción³⁴.

1.5.2.5. La revisión de las historias

Esta estrategia consiste en revisar las historias de los residentes, y a partir de la información registrada en ellas, establecer la frecuencia con que se aplica la restricción.

Un estudio realizado en EE.UU. mostraba una prevalencia del 32,2%¹⁵³. Otros dos realizados en Canadá presentaban cifras que oscilaban entre el 7,7% y el 38,2%, aumentando al 72,1% cuando se incluían las barandas de la cama^{79,154}. Por su parte, un trabajo suizo encontró que la prevalencia era del 26,8%, referida casi exclusivamente al uso de barandas, ya que si se excluían los otros dispositivos esta era inferior al 5%²⁸.

Finalmente, un trabajo español identificó una prevalencia del 18,5% sin contabilizar el uso de las barandas de las camas¹⁵⁵.

Dos son los problemas principales identificados al utilizar este método. Se ha detectado que muchos centros apenas describen en las historias el uso de la restricción, y entre aquellos que sí lo hacen, faltan datos importantes. Un segundo problema, bastante frecuente, tiene que ver con la actualización de las órdenes médicas y de enfermería, que en centros para mayores no se suelen hacer a diario, en oposición a los entornos de agudos¹⁵⁶. Por lo tanto, ambos factores probablemente conducirán a que se desconozca la prevalencia real de uso de la restricción física.

1.5.3. El uso de la restricción física: ¿Qué podemos concluir?

El recorrido realizado por la literatura internacional y nacional sobre los estudios de prevalencia en el uso de la restricción física pone de manifiesto varias cuestiones.

La primera idea que se puede extraer es la enorme variabilidad en los datos dependiendo de la vía que se siga para recoger la información, además de si se incluyen las barandas como dispositivo de restricción o no. Por lo tanto, es importante disponer de un método de medición lo más válido y fiable posible, que facilite la comparación entre países. Aunque los diferentes métodos expuestos tienen limitaciones, la observación directa parece ser la más adecuada, si bien es el sistema más caro para medir el uso de la restricción física. Los datos de los

registros médicos y las entrevistas al personal de enfermería reducen los costos asociados con la recolección de datos, pero la sensibilidad y especificidad de estos necesitan ser demostrados. Por otra parte, las bases de datos como el MDS o el Flemish Navigator también pueden ser muy útiles, pero es necesario una confluencia entre ellas⁷⁹.

Por otro lado, el número de países sobre los que se ha publicado información acerca de este fenómeno es bastante limitado, apenas una veintena, casi todos centrados en Europa y América del Norte. Sorprende que en las bases de datos internacionales no se encuentre reseñas acerca de Inglaterra o Gales, regiones británicas conocidas por su tradición antirrestricción¹⁵⁷, sobre todo teniendo en cuenta que informes recientes sugieren un incremento en el uso de estos dispositivos¹⁵⁸.

Otro aspecto destacable es que los datos publicados sobre el uso de la restricción en España la sitúan en los márgenes inferiores cuando se comparan con estudios de otros países. La única excepción lo constituiría el trabajo de Ljunggren de hace 20 años, que como hemos comentado tiene algunas limitaciones importantes.

1.6. ASPECTOS LEGALES DEL USO DE LA RESTRICCIÓN FÍSICA

En apartados anteriores hemos mostrado que la aplicación continuada de la restricción física se ha relacionado con numerosos efectos adversos. Pero además de las complicaciones físicas y psicológicas, su uso lesiona derechos fundamentales del individuo, como la dignidad, la integridad o la libertad, tanto para moverse como para decidir, tanto de movimientos como de autodeterminación personal. Es por ello conveniente revisar las normas legales españolas relacionadas con los derechos de los usuarios ante este procedimiento.

1.6.1. Las normas y leyes generales españolas

1.6.1.1. La regulación de su uso

Uno de los valores superiores de nuestro ordenamiento jurídico es la libertad, como recoge el artículo 1.1 de la Constitución Española¹⁵⁹. Esta continúa en el 17.1 señalando 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”*. Así mismo, el artículo 10.1 pone de manifiesto que *“la dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social”*. Por último, el artículo 15 resalta que *“todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes”*.

Estos mismos principios son recogidos por diversas resoluciones de las Naciones Unidas, institución de la que forma parte España. Así, con relación a las personas mayores, la Resolución 46/91 de 16 de diciembre de 1991 señala que *“las personas de edad deberán tener acceso a medios apropiados de atención institucional que les proporcionen protección, rehabilitación y estímulo social y mental en un entorno humano y seguro. Del mismo modo, deberán poder*

*disfrutar de sus derechos humanos y libertades fundamentales cuando residan en hogares o instituciones donde se les brinden cuidados o tratamiento, con pleno respeto a su dignidad, así como el individuo a su derecho a adoptar decisiones sobre su cuidado y sobre la calidad de su vida”*¹⁶⁰.

Por su parte, la Convención de Nueva York del 13 de diciembre de 2006, sobre los derechos de las personas con discapacidad, en su artículo 14 impone a los Estados Partes la obligación de asegurar que estas personas disfruten del derecho a la libertad, en igualdad de condiciones, sin que puedan verse privadas de ella de forma ilegal o arbitraria¹⁶¹.

Así mismo, la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO de 2005, en sus artículos 3 y 5, proclama la necesidad de “*respetar plenamente la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales*”; así como “*respetar la autonomía de la persona en lo que se refiere a la facultad de adoptar decisiones, ...*”. Añadiendo en el artículo 8 que “*los individuos y grupos especialmente vulnerables deberían ser protegidos y se debería respetar la integridad personal de dichos individuos*”¹⁶².

Así pues, estas normas y pronunciamientos ponen de manifiesto que no puede limitarse la libertad individual, salvo en aquellas situaciones que estén explícitamente recogidas en las leyes. Debiendo, además, respetar la dignidad e integridad de las personas. Por lo tanto, el siguiente paso consistirá en ver cómo se han plasmado esos principios en la legislación española.

El artículo 211 del Código Civil, que regula el internamiento de un presunto incapaz, indica que es necesaria la autorización judicial previa salvo razones de urgencia, en cuyo caso “*... se dará cuenta cuanto antes al Juez, y en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas*”¹⁶³. La circular 2/1984 de la Fiscalía General del Estado trata de aclarar diversos aspectos relacionados con el control judicial, pero nada dice respecto a los tratamientos que limiten la libertad individual¹⁶⁴. Estos sí son mencionados en la circular 3/1990, la cual indica que es “*la autoridad judicial la que debe 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*”. Añade que “*en el caso de que el deterioro físico o mental, como consecuencia del avance de la vida, sea producido con posterioridad al momento en que se produjo el internamiento, deberá [...] el centro comunicarlo a la autoridad judicial para que ésta, al igual y previos los trámites previstos en el artículo 211 del Código Civil, dicte la correspondiente autorización judicial*”¹⁶⁵.

También podrían ser de aplicación algunos artículos de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal¹⁶⁶, modificada por la Ley Orgánica 1/2015, de 23 de noviembre. Estos hacen referencia a la limitación de la libertad e indirectamente a la sujeción, ya que afectan a la dignidad de la persona¹⁶⁷. Así, el artículo 147.1 indica que “*causar a otro una lesión física o mental que requiera tratamiento médico o quirúrgico será castigado por delito de lesiones*”. El 172 también hace referencia a que “*impedir con violencia, sin estar autorizado a ello, a que otro haga lo que la Ley no prohíbe, o a realizar lo que no quiere, especialmente si ello tuviera como objeto impedir el ejercicio de un derecho fundamental será castigado*”. Finalmente, el artículo 173 castiga el infligir a otra

persona un trato degradante que menoscabe gravemente su integridad moral.

Por su parte, la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, en su artículo 763 referido a internamientos no voluntarios por razones psiquiátricas y la pérdida del derecho a la libertad en situaciones de carácter sanitario, se centra en la necesidad de una autorización judicial para el ingreso del presunto incapaz, pero sin hacer referencia a tratamientos de carácter restrictivo¹⁶⁸. Por ello, el Defensor del Pueblo, en su informe de 2005 pide una modificación de este artículo para 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”*¹⁶⁹. Sin embargo, recientes sentencias judiciales consideran que este artículo no sería de aplicación cuando el ingreso se deba a razones sociosanitarias¹⁷⁰.

Por último, la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia indica en su artículo 4.2a que *“las personas en situación de dependencia deberán, entre otros, disfrutar de los derechos humanos y libertades fundamentales, con pleno respeto de su dignidad e intimidad”*¹⁷¹.

Por su parte, la Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad no hace mención alguna al uso de medidas restrictivas¹⁷². Sin embargo, el Convenio de Oviedo (1997), ratificado por España, señala que su objetivo es proteger al ser humano en su dignidad e identidad y garantizar a toda persona el respeto a su integridad y a sus demás derechos y libertades fundamentales con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina¹⁷³.

Tampoco hace mención al uso de medidas restrictivas 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, la cual fomenta la autonomía del paciente indicando la necesidad de su consentimiento informado para la aplicación de cualquier procedimiento¹⁷⁴.

Por su parte, la Ley 44/2003, de 21 de Noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, en su artículo 5.1 señala que *“los profesionales tienen el deber de prestar una atención sanitaria técnica y profesional adecuada a las necesidades de salud de las personas que atienden, de acuerdo con el estado de desarrollo de los conocimientos científicos de cada momento y con los niveles de calidad y seguridad que se establecen en esta ley y el resto de normas legales y deontológicas aplicables. Así mismo, los profesionales tienen el deber de hacer un uso racional de los recursos diagnósticos y terapéuticos a su cargo, tomando en consideración, entre otros, los costes de sus decisiones, y evitando la inadecuada utilización de los mismos. Además, los profesionales tienen el deber de respetar la personalidad, dignidad e intimidad de las personas a su cuidado y deben respetar la participación de los mismos en las tomas de decisiones que les afecten. En todo caso, deben ofrecer una información suficiente y adecuada para que aquellos puedan ejercer su derecho al consentimiento sobre dichas decisiones”*¹⁷⁵.

Así pues, y sintetizando, existen suficientes normas legislativas en España que limitan el uso de dispositivos que restrinjan la libertad individual, especialmente cuando se trata de personas frágiles y vulnerables.

1.6.1.2. La prescripción

Existe un amplio consenso entre juristas y profesionales acerca de que la restricción física sólo se puede utilizar como medida terapéutica, respondiendo a criterios clínicos y bajo indicación médica^{170,176}. Por lo tanto, debe ser considerada un tratamiento, y como tal, sujeta a las normas que lo regulan¹⁷⁴.

En relación a esto, la Ley 44/2003, de 21 de Noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias indica en su artículo 6.2, que “... *corresponde a los Licenciados en Medicina la indicación y realización de las actividades dirigidas a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención de las enfermedades y al diagnóstico, tratamiento, terapéutica y rehabilitación de los pacientes, así como al enjuiciamiento y pronóstico de los procesos objeto de atención*”¹⁷⁵.

Sin embargo, no debemos obviar que la aplicación de este procedimiento, además de afectar a la libertad de los residentes, puede generar múltiples complicaciones en cualquiera de las dimensiones de la persona. Por lo tanto, entendemos que, aunque es el médico el responsable último de la prescripción de la restricción, la decisión sobre la misma no debería recaer exclusivamente en ellos; además, opinamos que la conveniencia de este tratamiento tendría que discutirse en el equipo interprofesional, el cual ha de valorar los pros y contras del mismo. Así lo reconoce esta misma Ley, en su artículo 9, cuando habla de “... *una atención sanitaria integral; requiriendo la cooperación multidisciplinaria, la integración de los procesos y la continuidad asistencial; evitando el fraccionamiento y la simple superposición entre procesos asistenciales atendidos por distintos titulados o especialistas*”¹⁷⁵.

1.6.1.3. El consentimiento informado

Diferentes normativas señalan que, con el fin de respetar la autonomía personal del paciente, es necesario contar con su consentimiento de manera previa a la aplicación de cualquier procedimiento terapéutico.

Así, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, indicaba en su artículo 10.6 que era “*preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención*”. Por otro lado, el artículo 10.5 exponía que había que proporcionar “*en términos comprensibles, ..., información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento*”¹⁷².

Por su parte, el Convenio de Oviedo de 1997, suscrito por España, en su artículo 5 dice que “*antes de cualquier intervención médica o quirúrgica, la persona afectada debe haber dado su consentimiento libre e informado después de que la persona afectada haya dado su libre e informado consentimiento después de haber sido debidamente informada sobre sus riesgos y consecuencias. En cualquier momento la persona afectada podrá retirar su consentimiento*”¹⁷³.

Además, en su artículo 6 expone que “*cuando, según la ley, una persona mayor*

de edad no tenga capacidad, a causa de una disfunción mental, una enfermedad o un motivo similar, para expresar su consentimiento para una intervención, ésta no puede ser la única razón para actuar sin el consentimiento del paciente. 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, define el consentimiento informado como “la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud”¹⁷⁴.

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, define el consentimiento informado como “la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud”¹⁷⁴.

Al contrario que las normas anteriores, esta ley desarrolla de manera muy específica como debe ser aplicado el consentimiento informado. Así, en su artículo 8 establece que “toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado...”, indicando que “será verbal por regla general”, pero agrega la obligatoriedad de que sea escrito en el caso de “... aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente”. Añade que “el consentimiento escrito del paciente.... tendrá información suficiente sobre el procedimiento de aplicación y sobre sus riesgos”, agregando que el “paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento”.

Respecto a la información a proporcionar al paciente (artículo 4), se señala que, “como regla general, se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, y comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias”.

Antes de recabar el consentimiento escrito del paciente, el facultativo está obligado a informarle de las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina, los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente, los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención, y las contraindicaciones (artículo 10).

Además, expone que “todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente” (artículo 10). Por lo tanto, vemos que se parte como principio general del respeto al derecho de autodeterminación de la persona afectada.

En relación al consentimiento, el artículo 9 permite que “los facultativos puedan llevar a cabo intervenciones clínicas sin necesidad de contar con el consentimiento del paciente cuando exista riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley o cuando exista riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él”. Así mismo, se podrá

otorgar el consentimiento por representación cuando, a criterio del médico responsable de la asistencia, el paciente no sea capaz de tomar decisiones; o bien, cuando su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación y carezca de representante legal. En estos casos el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho. Cuando el paciente esté incapacitado legalmente será su tutor el que lo preste.

Además, la Ley 44/2003, de 21 de Noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias en su artículo 5.1, entre otras cosas, señala que los profesionales deben respetar la participación de las personas a su cuidado en la toma de decisiones que les afecten, debiendo ofrecer una información suficiente y adecuada para que aquellos puedan ejercer su derecho al consentimiento sobre dichas decisiones¹⁷⁵.

Por lo tanto, y dadas las importantes complicaciones que generan las prácticas restrictivas, parece obligado contar con el consentimiento informado del residente^{176,177,178}. Pese a la claridad de la norma, todavía se realizan en España procedimientos en los que no se pide consentimiento al paciente, o incluso sin haberle proporcionado la suficiente información acerca de los riesgos y beneficios. Sorprendentemente, todavía existe entre los profesionales controversias acerca de la obligación de solicitarlo para la aplicación de medidas restrictivas¹⁷⁶. Sin embargo, los jueces han sido muy claros respecto a ello, considerando que el consentimiento informado forma parte de toda actuación asistencial, y por tanto exigible ética y legalmente a los miembros de la profesión médica. Su ausencia constituye, en sí misma, una mala práctica¹⁷⁸.

1.6.1.4. El registro

No existe mucha información en España acerca de lo que se está registrando en las historias clínicas de los residentes cuando se aplica la restricción física. A nivel internacional, diversos estudios han puesto de manifiesto que la documentación sobre este procedimiento suele ser deficiente^{40,43,51,66,85,144,149,179}. Dado que se trata de un tratamiento, debe haber siempre constancia escrita.

El capítulo V de 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, trata sobre el uso de la historia clínica. El artículo 14 indica que la misma consiste en un *“conjunto de documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en ellos, con objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente, al menos, en el ámbito de cada centro”*¹⁷⁴.

Respecto al contenido, en su artículo 15 expone que *“la historia clínica incorporará la información que se considere trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente. Este tiene derecho a que quede constancia, por escrito o en el soporte técnico más adecuado, de la información obtenida en todos sus procesos asistenciales”*. Dicho artículo añade que *“la cumplimentación de la historia clínica, en los aspectos relacionados con la asistencia directa al paciente, será responsabilidad de los profesionales que intervengan en ella”*.

Por lo tanto, cada profesional que interviene en la aplicación de la restricción

física tiene la obligación de dejar constancia escrita, no sólo de su uso, sino también de todas las circunstancias que la rodean. Entre estas se encontrarían las razones por las que se aplican, las alternativas previas utilizadas, el tiempo que se prevé que durará, el efecto sobre el residente o los cuidados que se están aplicando¹⁷⁶.

Realizar este proceso no sólo es una obligación profesional, sino también un indicador de calidad asistencial. Además, si surgen problemas durante su aplicación, se convierte en un documento con validez jurídica¹⁷⁰.

1.6.1.5. Los protocolos

La Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias invita a que todos aquellos que intervienen en un determinado proceso unifiquen sus criterios de actuación, basándolos en la evidencia científica, a través de guías y protocolos adaptados al entorno y a los medios disponibles. Añade que “... *deberán ser utilizados de forma orientativa, como guía de decisión para todos los profesionales de un equipo, y serán regularmente actualizados con la participación de aquellos que los deben aplicar*”¹⁷⁵. Por lo tanto, estos se convierten en instrumentos básicos en la práctica asistencial.

Con respecto a la aplicación de una restricción física, un protocolo debería recoger no sólo los requisitos científicos actuales, sino también las obligaciones que establecen las leyes en nuestro país. Indicaría, entre otros, las medidas utilizadas con anterioridad y su resultado, las razones para su uso, el tipo de dispositivos que se pueden utilizar, quien lo ordena, durante cuánto tiempo, los cuidados necesarios, la regulación de la vigilancia, el consentimiento informado, además de la forma en la que se documentará todo el procedimiento⁹⁵.

1.6.2. Decretos y leyes autonómicas

Dado que los servicios sociales, entre los que se encuentran los centros para personas mayores, están transferidos a las Comunidades Autónomas, es preciso hacer un repaso sobre cómo han regulado éstas el uso de la restricción.

La comunidad pionera en este tema fue Cataluña que, ya en el año 2000, señalaba que “*no se podía utilizar la restricción física o farmacológica sin prescripción médica y supervisión*”¹⁸⁰. Este decreto se plasmó de manera más desarrollada en la Ley 12/2007, de 11 de octubre, de Servicios Sociales de Cataluña, al señalar, en el artículo 12.1, que “*los usuarios de los servicios residenciales tienen derecho a no ser sometidos 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*”. Así mismo, considera como una infracción muy grave imponer dificultades injustificadas a los usuarios para el disfrute de los derechos reconocidos en este apartado¹⁸¹.

Leyes similares a esta última se elaboraron en los años siguientes en el País Vasco, La Rioja, Aragón, Baleares, Navarra y Cantabria⁹⁵. Por su parte, la

Comunidad de Madrid cuenta desde julio de 2005 con el Protocolo de Prevención y Uso de Sujeciones Mecánicas en todas las Residencias de Mayores del Servicio Regional Bienestar Social de la Comunidad. Entre sus objetivos se encuentran el de prevenir la utilización de las sujeciones, obligando a agotar previamente las medidas alternativas, de tal manera que sean aplicadas sólo cuando resulten absolutamente imprescindibles para procedimientos terapéuticos, regulando su uso y manejo. En todos los casos se debe establecer un plan de cuidados complementario, que implemente la seguridad de los usuarios a través de seguimiento y supervisión. Así mismo, garantiza la reevaluación periódica, planteando la retirada de las mismas a la mayor brevedad. Y por último, obliga a comunicar este procedimiento al usuario, familia o cuidadores, obteniendo el consentimiento explícito firmado, y comunicándolo a la autoridad judicial en los casos que procediera¹⁸².

Pero sin lugar a dudas el avance legislativo más importante lo ha realizado la Comunidad de Navarra a través del Decreto Foral 221/2011, que regula de forma muy concreta el uso de las sujeciones físicas y farmacológicas en el ámbito de los Servicios Sociales Residenciales¹⁸³.

Entre otras medidas, este Decreto establece que la aplicación de una sujeción física precisa de una prescripción facultativa, la cual debe ser abordada de manera interdisciplinar, y después de haberse llevado a cabo medidas alternativas. También señala que es imprescindible el consentimiento del interesado o su representante legal, los cuales pueden rechazar en un momento dado las medidas prescritas.

Otro aspecto relevante del Decreto es que obliga a elaborar un “Plan de Atención Individualizado”, del que debía existir constancia documental. Este debía especificar la pauta de control de la persona y de la sujeción, las características de la misma, el objetivo perseguido y el plazo estimado para lograrlo, así como los efectos negativos previsibles y evitables. A su vez, indicaba la necesidad de contar con un protocolo de actuación, validado por el Departamento competente en materia de servicios sociales. Dicho documento debe revisarse periódicamente, a fin de garantizar su actualización acorde a los últimos conocimientos y técnicas existentes al respecto. Por último, establecía los requisitos y garantías que debían reunir las restricciones, entre las que incluía a las barras bilaterales.

Con posterioridad a este Decreto, el Gobierno de Navarra, mediante la Orden Foral 186/2014, aprobaba el “Protocolo para el uso de sujeciones en los centros residenciales de tercera edad y discapacidad”. Además de plasmar de manera más precisa el uso de este procedimiento, establece en sus ocho anexos los documentos que deben contener los expedientes de los residentes sometidos a restricción, unificando la información¹⁸⁴.

Por lo tanto, este Decreto busca garantizar la seguridad de los residentes durante la aplicación de una restricción física, al tiempo que protege los derechos de los usuarios. Dado que el resto de las leyes autonómicas suelen ser bastante genéricas, la norma navarra constituye un buen referente a nivel nacional.

1.6.3. La situación en el ámbito internacional

Los procedimientos que regulan el uso de la restricción física en entornos

residenciales a nivel internacional presentan desigualdades notables. En algunos países se prohíbe o controla de manera muy estricta este procedimiento, mientras que en otros las normas son muy inespecíficas.

Veamos tres ejemplos del primer grupo. En el Reino Unido, las leyes no permiten que los profesionales utilicen dispositivos de restricción física a menos que hayan sido adiestrados para ello²¹. Así mismo, su aplicación en personas mayores suele considerarse una forma de abuso, por lo que diversas leyes, como la Mental Capacity Act 2005, limitan mucho su empleo¹⁸⁵.

Antes de usar una restricción es necesario valorar la existencia de otras alternativas que limiten en menor medida los derechos y la libertad de acción de la persona. Si fuese necesario utilizarla, solo sería posible hacerlo cuando fuera absolutamente necesaria para prevenir un daño. En estos casos, la contención será proporcional a la probabilidad y gravedad de dicho daño, debiendo usarse siempre el procedimiento menos restrictivo. Además, esta decisión debe ser registrada de manera correcta y debe comunicarse a los cuidadores y someterse a una revisión periódica. El uso de cinturones, sillas limitadoras de la movilidad o barras bilaterales precisan de autorización judicial¹⁸⁶.

Por su parte, en Alemania la restricción sólo es admisible para evitar que una persona se cause a sí misma graves daños a su salud. Ello implica, por ejemplo, que quitarse una vía venosa o una sonda vesical no justifican el uso de una restricción. Así mismo, los pacientes o residentes que son capaces de dar su consentimiento toman sus propias decisiones respecto al uso y duración de la misma. Para que el consentimiento sea válido, la persona debe ser capaz de comprender la importancia y las consecuencias de su decisión. Este se aplica sólo a una situación concreta y puede ser revocado en cualquier momento¹³⁰.

Para aquellas personas que no puedan dar el consentimiento y estén bajo el cuidado de otros, la aplicación de una restricción durante más de dos días precisa de una indicación médica o, preferiblemente, de la opinión de un experto independiente, además del acuerdo del representante designado por el residente o paciente, y la aprobación del tribunal competente. Sólo en casos urgentes y emergencias la restricción podrá ser autorizada por los administradores de la residencia u hospital, médicos, enfermeras, o familiares. Hay que asegurarse de que las medidas utilizadas sean adecuadas a la situación y estén documentadas con claridad. Si es evidente desde el principio que va a ser necesaria una restricción a largo plazo, debe solicitarse la aprobación judicial con urgencia. Así mismo, se han establecido una serie de recomendaciones sobre la aplicación adecuada de las restricciones, entre ellas, que los dispositivos médicos sólo se emplearan para su uso previsto y por personal especialmente capacitado, siendo las instituciones las responsables de la aptitud y cualificación profesional de su personal¹³⁰.

En EE.UU., la introducción de la Omnibus Budget Reconciliation Act (OBRA) en 1987 contribuyó a reducir el uso de estos dispositivos en el ámbito residencial. En la misma se contempla que los residentes tienen derecho a estar libres de restricciones físicas o químicas que no sean necesarias para el tratamiento específico de síntomas médicos¹⁸⁷. También se introdujeron normas para la atención a largo plazo que prohíben el uso de restricciones por razones de

disciplina, conveniencia del personal, para evitar la deambulaci3n errática o tratar sntomas m3dicos; por otro lado, se permite que los residentes puedan rechazar su aplicaci3n. De acuerdo con estas normas, las restricciones s3lo se utilizarán si las alternativas resultan ineficaces, o las restricciones son absolutamente necesarias para garantizar la seguridad del paciente, otros residentes o el personal. Adem3s, desde 1992 los “Centers for Medicare and Medicaid Services” identifican las barras laterales como restricciones en ciertas situaciones, como cuando se utilizan para evitar la salida voluntaria de la cama²⁰.

Como consecuencia de todo esto, a lo largo de los ańos se ha venido produciendo una reducci3n muy significativa en el uso de estos dispositivos, especialmente en lo referido a cinturones^{82,188-190}.

1.7. ESTRATEGIAS DESARROLLADAS PARA REDUCIR EL USO DE LA RESTRICCI3N FÍSICA

La reducci3n de sujeciones en el cuidado de personas mayores que residen en centros de cuidados continuados es un proceso complejo, en el que est3n implicados m3ltiples factores. Ninguna de las estrategias indicadas a continuaci3n son, por si solas, suficientes para reducir de manera relevante la aplicaci3n de restricciones f3sicas. Con el fin de alcanzar unos resultados satisfactorios ser3 necesario combinar varias de ellas.

1.7.1. Los programas educativos

La formaci3n de los profesionales debe integrarse en cualquier intervenci3n dirigida a reducir el uso de la restricci3n f3sica. A trav3s de la mejora de sus conocimientos es posible modificar sus creencias y actitudes ante la misma^{191,192}, factores que parecen influir de manera importante en el proceso de toma de decisiones¹⁹³.

Cuatro estudios centrados únicamente en programas educativos mostraron resultados dispares. Dos de ellos informaban de una disminuci3n en el uso de la restricci3n, si bien ambos presentaban algunas limitaciones metodol3gicas^{194,195}. El tercero no observ3 una reducci3n en la utilizaci3n de estos dispositivos en el grupo de intervenci3n, aunque si constat3 un mayor uso en el grupo control¹⁹⁶. El último de ellos no encontr3 diferencias en la aplicaci3n de la restricci3n entre el grupo de control y el de intervenci3n, si bien la inclusi3n de los nuevos ingresos a ambos grupos durante el seguimiento si mostr3 un efecto estadísticamente significativo¹⁹¹. Los resultados de estos dos trabajos parecen sugerir que la educaci3n por si sola tiene un impacto m3s preventivo que reductor.

Dos programas formativos sobre los pacientes con problemas de comportamiento, dirigidos al personal y apoyados por una sesi3n de orientaci3n espec3fica, redujeron los casos de restricci3n en el grupo de intervenci3n de manera importante. Adem3s, se acompańaron de otros beneficios complementarios. As3, uno de estos estudios identific3 un descenso en el uso de la medicaci3n psicotr3pica¹⁹⁷, mientras que el otro observ3 una reducci3n en los comportamientos agitados en el grupo donde se realiz3 la intervenci3n¹⁹⁸.

Igualmente se ha evaluado la eficacia de los programas educativos apoyados con consultas a un especialista en gerontología. Aunque algunos trabajos encontraron una reducción en el uso de la restricción^{195,199}, sus limitaciones metodológicas hacen que los resultados deban tomarse con bastante prudencia. Sobre todo tras observarse que otros programas mejor diseñados no consiguieron una disminución en el uso de estos dispositivos, o bien obtuvieron un efecto contrario, incrementándose esta práctica de manera notable^{46,47,200}.

Con todo, también deben tomarse con cierta precaución, ante la probabilidad de sesgos, los buenos resultados de otra intervención que combinaba educación, apoyo externo y el uso de ayudas técnicas, complementado con la participación de familiares y profesionales en la decisión de uso de la restricción²⁰¹.

Una experiencia interesante es la desarrollada por Köpke et al. en Alemania²⁰². En una primera etapa, su grupo promovió la elaboración de una guía de intervenciones para reducir el uso de la restricción física en entornos residenciales basada en la evidencia. La misma fue desarrollada por un grupo multidisciplinar de expertos alemanes vinculados a este tema, incluido un representante de los residentes. A ella se añadió información sobre otros aspectos, como la definición de restricción física, caídas y lesiones relacionadas con caídas y una descripción de las cuestiones legales. A partir de ella se elaboraron versiones reducidas para enfermeras, tutores legales, familiares y residentes.

Posteriormente diseñaron un programa multi-componente destinado a implementar una “cultura práctica” sin restricciones físicas. Este se basaba en un programa estructurado de formación para todo el personal de enfermería y un taller intensivo para los profesionales de referencia. También se proporcionaba asesoramiento externo y una guía a los responsables de cada unidad y a las enfermeras, así como a los familiares o representantes legales. Además, se informaba de esta iniciativa a todo el centro mediante diversas actividades. Si bien el programa no consiguió una reducción sustancial en el uso de la restricción, las enfermeras encontraron que la intervención había cambiado “culturas institucionales” y sus actitudes hacia este procedimiento.

Así mismo, debemos hacer referencia al programa EXBELT (Expelling Belts), diseñado para reducir el uso de la restricción física en centros de mayores holandeses. Junto a la educación y la consulta in-situ por parte de dos especialistas, añadía la implementación de un cambio en la política institucional acompañada de intervenciones alternativas, como alfombras con sensores de presión para detectar caídas o camas ajustables en altura. Esta intervención condujo a una reducción de casi el 50% en el uso de la restricción física en el grupo intervención, fundamentalmente atribuidas a los cinturones en sillas. Sus autores concluían señalando que la disminución del uso de estos dispositivos en las residencias geriátricas era posible sin un aumento en el consumo de fármacos psicoactivos, caídas o lesiones relacionadas con ellas⁹⁹. Este programa ha mantenido su eficacia a lo largo del tiempo²⁰³.

Recientemente se ha publicado otro trabajo de similares características que logró reducir de manera notable el uso de estos dispositivos. En el mismo se combinaba formación teórica y práctica con apoyo externo a través de especialistas. Además, fue introduciendo una cultura amigable con la demencia, así como el desarrollo de

habilidades organizativas específicas relevantes para el cuidado personalizado y la mejora ambiental⁶⁰.

Lo que ponen de manifiesto la mayoría de estos estudios es que la formación por si misma puede no ser suficiente para reducir el número de restricciones físicas en la práctica clínica. Sin embargo, proporcionar mayor nivel de conocimientos parece ser un requisito previo que podrían conducir a una reducción exitosa de la misma. Es importante señalar que esta formación debe ser continua y dirigida, ya que parece que en muchas situaciones el personal de enfermería es consciente de métodos alternativos a la restricción física, pero la falta de educación y buenas prácticas de gestión impiden el cambio^{11,27,74,96}.

Respecto a los contenidos de estos programas educativos, los mismos deben abordar el cuidado de las personas con demencia^{96,191,196-198,201}, en especial mejorando la capacitación de los profesionales en el manejo de los síntomas psicológicos y conductuales, como la deambulación errática o la agresividad^{47,54,191,195,197-201}, así como el control y la prevención de caídas^{54,195,201}. Debe potenciarse la adquisición de las habilidades que permitan abordar las modificaciones ambientales y los cambios organizativos necesarios para reducir las restricciones^{11,66,197,198,200}. Asimismo, es conveniente conocer los distintos tipos de dispositivos, las indicaciones para un uso correcto y las complicaciones relacionadas con su aplicación^{47,54,63,195,199-201}. Por último, no deben olvidarse las cuestiones éticas y legales^{43,44,47,200}.

1.7.2. La prevención de caídas

Como hemos comentado en apartados anteriores, la seguridad del residente es una prioridad para los profesionales ya que se sienten responsables de estos^{63,67,72,85}. Por eso, no sorprende que una de las razones fundamentales para aplicar una restricción sea la de protegerlos de caídas o de las lesiones derivadas de las mismas. A pesar de que la evidencia no avala el uso de la restricción como medida preventiva^{59,62}, los profesionales siguen considerándola una intervención fundamental para prevenir este problema^{49,50,83,86}. Por lo tanto, poner en marcha programas de prevención de caídas podría ser una estrategia muy útil para reducir las tasas de uso de la restricción.

En este sentido, la investigación resalta que los programas que han mostrado una mayor eficacia han sido los de carácter multifactorial y multidisciplinar²⁰⁴ en el que los profesionales de enfermería podrían jugar un papel muy importante^{121,205}.

Un ejemplo de ello sería el “Programa de Prevención de Caídas” para mayores desarrollado por Bezón et al²⁰⁶. El mismo se basaba en dos pilares. Por un lado, en la identificación de las personas en riesgo de caída aplicando una herramienta de valoración y, por el otro, mejorando los factores de riesgo a través de la puesta en práctica de intervenciones específicas. Para ello, combinaron los factores intrínsecos (como la movilidad alterada, el deterioro sensorial, la polifarmacia, o el déficit visual) y los extrínsecos (alumbrado inadecuado, ruedas de la cama sin seguro, alturas de silla inapropiadas o sin apoyabrazos, entre otros) que incrementan el riesgo de caídas entre este grupo de personas. Con ello fueron capaces de reducir el número de percances desde el 30% a un 3%, en una muestra de 115 residentes.

1.7.3. Las regulaciones legales

La puesta en marcha de medidas de carácter legislativo parecen ser una vía importante en la reducción de las restricciones. Antes de la introducción de la Nursing Home Reform Act (OBRA-87) en EE.UU., el uso de la restricción física presentaba tasas elevadas¹⁸⁸. Esta norma buscaba reducir el empleo indiscriminado de estos dispositivos en residencias obligando a poner en marcha medidas alternativas. Prohibía la restricción por razones organizativas o por conveniencia del personal y limitaba su aplicación a circunstancias que estuvieran clínicamente indicadas y ordenadas por un médico⁷⁷. Como consecuencia de ello, la reducción ha sido muy importante, de tal manera que la prevalencia actual es inferior al 10%, sin incluir las barandas de la cama como dispositivo de restricción^{33,82}.

Por su parte, las leyes alemanas establecen que las restricciones físicas deben ser siempre el último recurso, después de que otras alternativas hayan sido probadas. Requiere el consentimiento escrito del residente o una autorización judicial si la persona no es capaz de darlo. Para esto último, además de la recomendación médica o de un experto externo, es preciso contar con la opinión del representante del residente y deben ser confirmadas por un juez¹³⁰. Esto ha llevado a que en este país las tasas de prevalencia, sobre el 26%, se deban casi exclusivamente al uso de las barandas de la cama. Si éstas no se incluyeran como dispositivo de restricción, la prevalencia sería sensiblemente inferior^{29,34}.

A pesar de la evidencia mostrada por estos casos, las normas legales no siempre parecen proteger adecuadamente a los residentes mayores de las restricciones físicas. Así, en Inglaterra y Gales, donde las limitaciones para la aplicación de estos dispositivos son muy fuertes, las solicitudes para restringir la libertad de las personas mayores que carecían de capacidad se han venido incrementando en más de un 70% entre 2009 y 2013. Aunque sólo se concedieron la mitad de esas peticiones, la mayoría afectaba a personas con demencia¹⁵⁸. Otro ejemplo lo constituye Suecia, cuya legislación no permite sujetar a un residente a la cama con un cinturón o dispositivo similar; pero a pesar de ello, estos se siguen utilizando³¹.

Por lo tanto, aunque la elaboración de leyes que regulen el uso de la restricción puede ser una medida eficaz, no debe ser la única. Aplicar normas sin la apropiada educación del personal no sólo aumenta el riesgo de complicaciones, sino que además estas perderían eficacia, en especial cuando la utilización de dispositivos de restricción está muy arraigada.

1.7.4. Cambio en el modelo de cuidado

En la mayoría de los centros sigue dándosele más importancia al modelo biomédico de atención centrada en la enfermedad y a los intereses de la institución, que a la propia persona. Como consecuencia de ello son frecuentes los centros con modelos de liderazgo jerarquizado, rutinas cotidianas difíciles de modificar, con poca influencia de los residentes, sus familiares o el personal, y en los que la atención está basada más en el síntoma que en la persona. Centros en los que la ratio de profesionales es insuficiente en determinados turnos o en los que es frecuente la rotación de personal eventual que no conoce a los residentes²⁰⁷. Por todo ello, no sorprende que las restricciones sean todavía una respuesta

común a los síntomas conductuales y psicológicos que presentan muchos residentes.

Transformar este modelo implica un cambio en la filosofía y en la práctica del cuidado, el cual tendría que estar dirigido hacia el residente^{11,17,66,207,208}. Tal y como exponen White-Chu et al.²⁰⁷, los pilares del mismo deberían girar alrededor de los siguientes principios: (a) rediseñar la fuerza laboral con el objetivo de “aplanar” la jerarquía mediante la creación de equipos de trabajo autodirigidos, (b) orientar el cuidado, el cual tiene que estar “centrado en el residente”; por ejemplo, intentando que cada auxiliar se ocupe siempre de los mismos usuarios, lo que fomentaría relaciones más profundas entre ambos, facilitando que este profesional identifique pequeños cambios de manera mucho más rápida que si la asignación fuera rotatoria, (c) potenciar la autonomía de los mayores, proporcionando oportunidades de elección y control, por ejemplo, en aspectos como el baño o la alimentación; aquí puede jugar un papel relevante la familia del residente, (d) cambiar el lenguaje utilizado en la vida cotidiana, en el que los médicos y los profesionales de enfermería pueden ser modelos para las familias, por ejemplo, utilizando el término “residente” en vez de “paciente”.

En este proceso el liderazgo constituye un elemento central, ya que es preciso traducir las filosofías abstractas en prácticas tangibles. Además, es necesario estimular y dirigir a quienes forman parte de la organización en la dirección adecuada. Sin él, el proceso puede perder impulso y acabar fracasando. Por otra parte, el cambio es un proceso continuo y permanente que requiere un liderazgo duradero para la sostenibilidad²⁰⁷.

Una mejor calidad de vida de los residentes, así como de sus síntomas psicológicos, físicos, funcionales y relacionales, son algunas de las consecuencias observadas en los centros que siguen este modelo. Si bien, y en relación al uso de la restricción física, no siempre ha conducido a un menor uso de las mismas²⁰⁸, lo que sugiere que debe complementarse con otras estrategias.

1.7.5. La implicación de la organización, los trabajadores y las familias

La implicación de las instituciones y su equipo directivo en cualquier iniciativa destinada a reducir el uso de la restricción física está fuera de toda duda. Pero para que ésta tenga éxito debe incluir a residentes, familias y profesionales^{17,48,52,117}.

Koch et al. nos describen una situación que ilustra muy bien estas interacciones. Un centro que quiso desarrollar una política de cuidados libres de restricciones se encontró con varias dificultades. En primer lugar, no habían previsto los obstáculos que surgirían para eliminar las que ya se estaban utilizando; tampoco habían tenido en cuenta los problemas que iban a tener para convencer al personal para reducir las restricciones sin comprometer el deber de cuidado. En consecuencia, más del 65 % de los residentes se mantuvo restringido de alguna manera, sobre todo mediante el uso de barandillas, en respuesta a la percepción del personal de que éstas eran necesarias para mantener la seguridad de los residentes. Finalmente, se encontraron con la dificultad inesperada de convencer a los residentes y a sus familiares sobre la aplicación de esta política¹¹⁷.

Esta complicidad entre los diferentes actores puede materializarse a través de diferentes acciones. La dirección debe promover un modo de funcionamiento

interdisciplinar que incluya la discusión y la toma de decisiones conjunta, en el que se implique a los trabajadores en todos los aspectos que tengan que ver con el uso de la restricción, especialmente en situaciones complejas^{48,66,67}. Así mismo, deben crearse ambientes de comunicación abierta entre el personal en el que se fomenten las relaciones positivas entre ellos con el fin de garantizar la seguridad, una buena atención al residente y la participación en el trabajo⁴⁸.

Por otro lado, desde la propia institución debe promoverse el desarrollo o la actualización de protocolos o guías claras, basadas en la evidencia, que apoyen el proceso de toma de decisiones en la aplicación o no de la restricción^{11,51,66,67}. Esto puede facilitarse constituyendo un comité especial en el que participen los diferentes colectivos profesionales³⁰.

Así mismo, y dado que a los profesionales les preocupa las consecuencias de no utilizar la restricción para garantizar la seguridad del residente^{16,51,63,67,72,85}, la dirección debe proporcionar apoyo continuo a las decisiones que se tomen, especialmente en aquellas situaciones en las que se decide no aplicar una restricción^{17,48,51}.

Por su parte, las familias están preocupadas por el bienestar de la persona mayor, pero también por su seguridad, y creen que el uso de estos dispositivos contribuyen a proporcionársela^{51,74,114-117}. Por ello, cualquier política de reducción de restricciones debe contar también con su participación, puesto que es imprescindible que sientan que el entorno en el cual se mueve la persona mayor es seguro^{51,74}. Con el fin de evitar su resistencia al cambio¹¹⁷ es necesario informarles y darles voz en la toma de decisiones en relación con el uso de las restricciones^{15,17,48,66,113-115}.

1.7.6. Iniciativas españolas para reducir el uso de la restricción física

El programa “Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer”²⁰⁹, promovido por la Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA), fue una de las primeras iniciativas que se plantearon en nuestro país para reducir el uso de la restricción física en personas mayores. Su objetivo principal es conseguir que las personas mayores y enfermos de Alzheimer, o con demencia de otra causa, vivan libres de sujeciones.

El programa de intervención define el problema, forma a los profesionales y da soporte técnico y asesoramiento a las instituciones que quieran eliminar las restricciones. Una vez alcanzado el objetivo, concede una acreditación al centro que certifica este hecho.

Otra iniciativa interesante es la que realiza la Fundación Cuidados Dignos²¹⁰. Esta institución busca sensibilizar y promover el desarrollo de la calidad de vida de las personas que precisan cuidados mediante la investigación, creación y difusión de nuevos métodos de cuidados que promuevan sus derechos fundamentales, orientando a las organizaciones hacia el cuidado individualizado y personalizado, centrado en las necesidades y preferencias de la persona cuidada.

Para ello, ha creado la Norma Libera-Care, un “Modelo de cuidados centrado en la persona y sin sujeciones” que abarca todos los ámbitos asistenciales y de intervención: residencias, centros de día, hospitales, centros de salud mental,

centros de discapacidad, atención primaria y atención domiciliar. Su eje central es la dignidad de la persona. Para conseguir la eliminación de las sujeciones el modelo plantea un proceso sistémico y global de modificación de la cultura del centro basado en cuatro áreas de trabajo: (1) un cambio cultural a “no sujeciones”, (2) el desarrollo de la motivación de las personas, (3) el desarrollo de la concienciación y colaboración de familiares y personas usuarias, y (4) la creación de un “Método de Vigilancia”.

Esta iniciativa también acredita a los centros que aplican la Norma Libera-Care como centros libres de restricciones.

La Fundación María Wolf es una institución que promueve la investigación clínica en las demencias²¹¹. Su objetivo es facilitar a los afectados, sus cuidadores directos y a los profesionales, las mejores técnicas disponibles en el panorama internacional para mejorar la calidad de vida de las personas con demencia.

El modelo de cuidados sin sujeciones que desarrolla tiene dos partes. En la primera, la Fundación proporciona apoyo formativo y técnico para llevar a cabo un cambio en el paradigma asistencial: estudia los indicadores asistenciales críticos de cada centro y, en colaboración con la dirección, se hacen mínimos cambios en los sistemas de gestión asistencial propios de la institución. Un equipo de consultores (neurólogos, geriatras, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, gestores, etc.) acompañan a cada centro desde el principio hasta que el proceso culmina con éxito. Finalizado el proceso, la Confederación Española de Asociaciones de Familiares de Personas con Alzheimer y otras Demencias (CEAFA) acredita a estos centros.

Como podemos observar, estas iniciativas constituyen un paso muy importante para promover un cambio en la forma de cuidar que minimice el uso de la restricción. Sin embargo, no debemos olvidar que para poder determinar la efectividad de los diferentes programas es necesario impulsar estudios metodológicamente bien diseñados que permitan contrastar científicamente, tanto el proceso, como los resultados^{60,212}.



2. JUSTIFICACIÓN





La restricción física es un procedimiento que se sigue utilizando de manera frecuente en los centros para personas mayores con el objetivo de garantizar la seguridad de los residentes. Se emplea principalmente para prevenir caídas y, en menor medida, para controlar problemas comportamentales o evitar interferencias con los tratamientos médicos.

Se trata de una práctica muy controvertida, puesto que su aplicación está asociada a numerosos efectos adversos. Son frecuentes los problemas relacionados con la inmovilidad, entre los que destacamos las contracturas, la incontinencias urinaria y fecal, las úlceras por presión, la pérdida del tono muscular o la movilidad reducida, entre otros. Así mismo, los propios dispositivos pueden producir lesiones, como hematomas, isquemias, laceraciones cutáneas, luxaciones o lesiones nerviosas. También incrementan el riesgo de accidentes, que en algunas ocasiones han acabado con la muerte del residente. Efectos psicológicos negativos como frustración, miedo, pérdida de dignidad, ira, agresividad y disminución de la interacción social han sido igualmente identificados.

Además, el uso de la restricción física limita el acceso de la persona a medios que posibiliten su rehabilitación, así como al estímulo social y mental. Aparte de todo esto, la utilización de este procedimiento afecta a derechos fundamentales como la libertad individual, la autonomía y la dignidad.

Por otro lado, la investigación ha constatado que algunas características de los residentes, tales como su reducida capacidad para el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria, el deterioro cognitivo o la baja movilidad son factores que contribuyen al uso de la restricción física. Por ello, las consecuencias de su aplicación en personas con limitadas capacidades son mucho más intensas, contribuyendo a un mayor debilitamiento.

Sin embargo, la información disponible en nuestro país acerca del uso de la restricción física es bastante limitada. Los pocos trabajos publicados se centran en mostrar la frecuencia con que se aplica este procedimiento, la mayoría utilizando tamaños muestrales pequeños o, en algunos casos, con problemas metodológicos importantes. Tampoco queda claro qué se entiende por restricción física, lo que lleva a que en muchas ocasiones estas investigaciones no contabilicen determinados dispositivos como formas de restricción. Esto dificulta conocer la dimensión real de este problema.

A este desconocimiento hay que añadirle otros aspectos importantes. Dado que la restricción física afecta a valores fundamentales, no sabemos si antes de aplicarse se están contemplando ciertas garantías legales, como la prescripción facultativa y el consentimiento informado. Tampoco tenemos información sobre el cuidado que se está proporcionando a los residentes restringidos y si los mismos cumplen los estándares recomendados. Por lo tanto, carecemos de información relevante acerca de las circunstancias que rodean el uso de la restricción física en España.

A ello se une la ausencia de una legislación nacional específica acerca de esta práctica. Como consecuencia de ello, la regulación de este procedimiento se basa en leyes autonómicas que en su mayoría, incluida Canarias, se encuentran poco desarrolladas, lo que ha permitido generalizar el uso de la restricción. Esta falta de concreción ha derivado en que su aplicación quede a criterio de los profesionales.

Por todo esto, se hace preciso documentar su uso y los factores que la rodean. Así mismo, es necesario profundizar en las prácticas que están desarrollando los profesionales y evaluar si las mismas son las más apropiadas para proteger a estos residentes frágiles y vulnerables.

Los resultados que se obtengan, van a permitir que las instituciones tengan una visión más amplia de cómo se está realizando el cuidado de estas personas mayores, lo que favorecerá que se pongan en marcha iniciativas destinadas a mejorar la calidad de los cuidados.

Con este trabajo, también pretendemos abrir un debate acerca de un procedimiento bastante tolerado socialmente, pero que es necesario cuestionar. Ello quizás contribuya a que se pongan en marcha medidas legislativas que faciliten un cambio en las prácticas restrictivas.



3. OBJETIVOS





3.1. OBJETIVO GENERAL:

El objetivo general de este estudio consiste en describir las prácticas seguidas por los profesionales de la salud en el uso de la restricción física en centros sociosanitarios, de titularidad y gestión públicas, dirigidos a personas mayores en las Islas Canarias.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1.- Conocer la frecuencia con que se usa la restricción física.
- 2.- Comparar las características de las personas restringidas y las que no lo están, identificando las variables que incrementan la probabilidad de ser restringido.
- 3.- Identificar los dispositivos de restricción que se aplican a los residentes.
- 4.- Explorar las razones por las que se emplean estos dispositivos.
- 5.- Conocer quién indica el uso de la restricción y la frecuencia con que se revisa su aplicación.
- 6.- Confirmar que existe un consentimiento informado firmado por el residente, o su familia, cuando este no está capacitado para ello.
- 7.- Detallar qué se registra en la historia del residente respecto al uso de la restricción física.
- 8.- Conocer los cuidados específicos aplicados a las personas sometidas a restricción.
- 9.- Comprobar el uso de los protocolos en la aplicación de este procedimiento.



4. MÉTODO





4.1. DISEÑO DEL ESTUDIO

4.1.1. Diseño: Para la realización de esta investigación se llevó a cabo un estudio multicéntrico observacional descriptivo y correlacional, de corte transversal.

4.1.2. Ámbito: Se invitó a participar a los centros de las Islas Canarias con más de 80 camas que proporcionaban cuidados continuados de larga duración, de titularidad y gestión públicas. Se trataba de nueve centros que contaban con 1.417 camas (rango entre 88 y 285) distribuidas en 39 unidades. Los datos publicados por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) señalaban que, en diciembre de 2013, existían en el archipiélago canario 9.498 camas residenciales para personas mayores, de las que sólo 3.766 eran de financiación pública¹. De éstas, 2.043 son de gestión pública y el resto de gestión privada. Por lo tanto, los centros invitados y que aceptaron participar representaban casi el 70% de este tipo de camas²¹³.

Con posterioridad se descartaron las unidades dedicadas al cuidado de personas mayores con enfermedades psiquiátricas (como sería el caso de aquellos que padecen esquizofrenia), puesto que las características de la atención son sensiblemente diferentes, incluyendo el uso de la restricción física. También se excluyeron las unidades exclusivamente residenciales. Esto condujo que al final, el número de unidades participantes fuera de 30, con un total de 1.238 camas.

4.1.3. Sujetos/Participantes: La población de estudio estuvo constituida por los 1.200 residentes presentes en el momento de la recogida de datos. Excluimos a los que no tenían movilidad y a los que llevaban menos de un mes en el centro. Por lo tanto, la muestra final fue de 925 residentes.

4.1.4. Variables: Se recogieron datos de carácter sociodemográfico y clínico relativos a los residentes, como la edad, el tiempo de estancia, el género, el estado cognitivo, el grado de autonomía en las actividades básicas de la vida diaria, su grado de movilidad y la existencia de caídas previas. En relación al uso de restricciones físicas se registró la prevalencia, intensidad y tipos de dispositivos utilizados, así como la razón de su aplicación. Finalmente, añadimos diversas variables relativas a la documentación registrada en el uso de este procedimiento, tales como la prescripción, el consentimiento informado, los cuidados proporcionados a los residentes y la existencia de protocolos.

4.2. DEFINICIÓN OPERATIVA DE LA VARIABLE RESTRICCIÓN FÍSICA

Se consideró como restricción física “cualquier acción o procedimiento que impidiera el movimiento libre del cuerpo de una persona a una posición de su elección y/o el acceso normal a su cuerpo por el uso de cualquier método unido o próximo al mismo y que no podía controlar o eliminar fácilmente”¹⁹. Ello implicaba que si la persona no tenía la capacidad de realizar alguna de estas acciones, ésta no podía ser considerada restringida.

Los dispositivos que encajarían con esta definición, y que con más frecuencia se mencionan en la literatura científica, serían las barras laterales de la cama cuando

cierran por completo ambos lados o sólo uno, permaneciendo el otro está pegado a la pared; los cinturones abdominales en cama o silla, los chalecos de sujeción de tronco, las muñequeras y tobilleras, las sillas o sillones con bandejas acopladas, las manoplas, y las sábanas inmovilizadoras³⁴. Respecto a las barras laterales, debemos señalar que no se consideraron como un dispositivo de restricción cuando existía una petición expresa y documentada por parte del residente.

4.3. INSTRUMENTOS

La recogida de datos siguió tres vías diferentes pero complementarias: observación directa, revisión de los registros clínicos y evaluación del residente por parte del enfermero o enfermera que mejor le conocía. Las dudas acerca de la información encontrada fueron resueltas por dichos profesionales.

El investigador y una ayudante formada por él visitaron las diferentes unidades de los centros participantes para observar de manera directa el uso de la restricción física en cada residente. La elección de este método se debió a que es la estrategia que ha mostrado una mayor fiabilidad⁷⁹.

Las observaciones se realizaron en cuatro ocasiones distintas durante un mismo día: alrededor de las 10, 14, 17 y 21 horas. Estos tiempos se eligieron porque reflejaban los periodos de máxima movilidad y reposo, tanto matutino como vespertino de los residentes. El día de visita fue determinado al azar, y nunca coincidió con un fin de semana. Además, no se comunicó al centro para evitar cualquier reducción de las restricciones por parte del personal. Por otro lado, y con el objeto de respetar la intimidad de los residentes, sólo se registraron los dispositivos que estaban visibles. Miembros del personal de enfermería acompañaron a los investigadores cuando los residentes estaban en sus propias habitaciones. Mediante este sistema se determinó la prevalencia, la intensidad y el tipo de restricciones físicas utilizadas. La prevalencia se definió como el porcentaje de residentes que se encontraban restringidos en alguno de los cuatro momentos del período de observación. La intensidad de la restricción indicaba el número de veces en que el residente había sido sometido a restricción en dicho período.

Al final del estudio se evaluó la validez de las observaciones entre los dos investigadores. Para ello se usó una muestra de 89 residentes que no formaban parte del trabajo, encontrando que la fiabilidad inter-observador era elevada (Kappa de Cohen=0,977; IC al 95%=0,931 a 1).

La edad, el tiempo de estancia, el género, la existencia de caídas previas y el estado cognitivo se extrajo de los expedientes de los residentes. Respecto a la situación cognitiva, hay que indicar que no resultó ser un dato disponible para todos los pacientes. En los casos en que sí ocurría, los datos estaban basados en el Mini Mental Status Examination (MMSE)²¹⁴, el cual los categorizaba en cuatro niveles, “íntegro”, “deterioro ligero”, “deterioro moderado” o “deterioro severo”. Este instrumento, traducido y validado al español, presentaba una buena fiabilidad, validez y sensibilidad²¹⁵. Todos los centros utilizaban la versión de Lobo et al.²¹⁶

Por su parte, la determinación de las caídas se realizó revisando los registros clínicos de los seis meses anteriores. Se hizo de esta manera porque pocos centros disponían de un registro de caídas y considerábamos que un percance de este tipo era más fácil que constara en la historia del residente. A efectos de categorizarlas existían tres posibilidades, "ninguna caída", "esporádicas" si sólo había ocurrido una en ese espacio de tiempo, y "recurrente" si el residente había tenido dos ó más en ese período²¹⁷.

La información clínica fue completada durante las visitas a los centros, contando para ello con la colaboración de los profesionales que mejor conocían a los residentes. Se determinó tanto el nivel de autonomía en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) como el grado de movilidad del residente. Esta última se midió utilizando las categorías de actividad y movilidad de la escala Braden-Bergstrom²¹⁸. La primera de ellas puntúa entre 1 y 4, reflejando el valor inferior un menor grado de actividad de la siguiente manera: "1-en cama", "2-en silla", "3-camina ocasionalmente" y "4-camina con frecuencia". En lo relativo a la categoría "Movilidad", se siguen los mismos criterios de puntuación, plasmados en: "1-completamente inmóvil", "2-muy limitada", "3-ligeramente limitada" y "4-sin limitaciones". Cada uno de estos posibles valores estaban descritos de manera detallada en la escala. Por lo tanto, el rango de puntuaciones para la suma de estas dos categorías variaba entre 8 y 2 (ANEXO 1)²¹⁹. Siguiendo el criterio establecido por Heinze et al., un residente se consideró inmóvil cuando obtenía menos de cuatro puntos²⁹.

Para evaluar el nivel de autonomía funcional se utilizó el Índice de Barthel (ANEXO 2), también conocido como Índice de Discapacidad de Maryland²²⁰. Se trata de un instrumento ampliamente utilizado en población geriátrica que se aplica para evaluar el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas ABVD. Éstas incluyen comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal, uso del retrete, bañarse/ ducharse, desplazarse, subir/bajar escaleras, vestirse/desvestirse, control de heces y control de orina. Las actividades se valoran de forma diferente, pudiéndose asignar 0, 5, 10 ó 15 puntos a cada una. El rango global puede variar entre 0 y 100, categorizándose en diferentes grados de dependencia según la puntuación obtenida: "total" si es < 20, "grave" si se sitúa entre 20-35, "moderada" si se encuentra entre 40-55, "leve" si es ≥ 60, e "independiente" cuando obtiene 100 (90 si va en silla de ruedas)²²¹. Su fiabilidad, validez y sensibilidad se ha puesto de manifiesto en repetidas ocasiones^{221,222}.

Finalmente, los registros de los doce meses anteriores de las personas restringidas fueron revisados para buscar anotaciones sobre la utilización de estos dispositivos. La información recogida estaba relacionada con el tiempo que llevaban con restricciones, la evaluación de su conveniencia, las alternativas intentadas, la prescripción de su uso, los cuidados proporcionados a los residentes y la existencia de un consentimiento informado. Así mismo, se indagó acerca de la existencia y contenido de los protocolos de uso de la restricción física y de prevención de caídas en cada centro.

En relación a la prescripción, se consideró que había sido elaborada de forma correcta cuando al menos se mencionaba el dispositivo y los motivos por los que

debía utilizarse. En el caso del consentimiento informado, además de lo anterior debía incluir la firma del médico y la del residente o su representante legal.

4.4. PROCEDIMIENTO

En primer lugar, se contactó con las instituciones responsables de la gestión de los centros, para explicarles los objetivos del estudio y la metodología a seguir, así como los posibles beneficios que podrían obtener de los resultados finales. Con posterioridad, y una vez conseguida su autorización, se nos indicó cuál sería la persona de referencia en cada uno de los centros participantes.

A los profesionales de las diferentes unidades no se les proporcionó información acerca de los datos que íbamos a recoger, más allá de que se trataba de un estudio del uso de la restricción y que se evaluarían las características de los residentes. De esta manera pretendíamos reducir la influencia de éstos sobre la información recopilada. El instrumento de recogida de datos sólo fue accesible al investigador y a la ayudante de investigación.

El tiempo de estancia en cada centro variaba en función del número de residentes, pero nunca fue inferior a una semana, ya que en la mayoría de ellos los registros estaban en papel. Durante ese período de tiempo se elegía uno al azar para evaluar el uso de la restricción física, siempre entre el lunes y el viernes. Los profesionales que estaban trabajando desconocían el día y la frecuencia con que se evaluaba esta variable. La recogida de la información de las historias normalmente se realizaba por las tardes o noches, momentos en que menos se interfería en la dinámica de trabajo de las unidades. En algunas ocasiones fue preciso llevar a cabo este proceso en fines de semana.

Hay que añadir que las características del territorio canario obligaron a que el período de recopilación de datos en todos los centros, en base al procedimiento descrito, se extendiera desde julio de 2013 a septiembre de 2014.

4.5. INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL

En primer lugar, partiendo de las palabras naturales, se consultaron los tesauros más habituales en ciencias de la salud. Para los términos en español se utilizó el Descriptor en Ciencias de la Salud (DeCs)²²³, mientras que los del inglés se seleccionaron del Medical Subject Headings (MeSH)²²⁴. Con posterioridad se combinaron éstos utilizando los operadores booleanos y los caracteres de truncamiento específicos de cada base de datos. Al abordar la búsqueda no se limitaron los campos, ya que se deseaba que fuera lo menos restrictiva posible.

En lo que respecta a las bases de datos en español, los términos de búsqueda fueron muy simples, ya que no se esperaba encontrar mucha literatura. Éstos fueron “restricción física”, “sujeción física” y “contención física”. Sin embargo, para las bases de datos en inglés, además del término “physical restraint”, se añadieron mediante el operador “AND” los términos “(geriatric* OR old* OR elder*)”. Cuando se localizaba un número excesivo de artículos se ampliaron los operadores booleanos, quedando la terminología de la siguiente manera: “physical restraint AND (geriatric* OR old* OR elder*) NOT (child* OR adolesc*)”.

A través de este proceso, y mediante una lectura rápida de los títulos y resúmenes de los registros encontrados, se pudo decidir qué artículos eran de interés para los objetivos de este estudio. Con posterioridad, y a través de los servicios que ofrecen las bases de datos electrónicas contratadas por la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, así como su servicio de obtención de documentos (SOD), se accedió al texto completo de los mismos para un análisis más detallado.

Las bases de datos y fuentes bibliográficas consultadas fueron Cuiden Plus, el Índice Médico Español (IME), IBECS (Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud), LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud), SciELO (Scientific Electronic Library Online), la Plataforma EBSCOHST (que incluye entre otras, la base de datos CINAHL), Embase, la plataforma JBI CONNECT (Instituto Joanna Briggs), la Cochrane Library y la Cochrane Library Plus, la Web of Sciences (WoS), PUBMED, Scopus y la plataforma PROQUEST.

Es importante señalar que esta búsqueda se limitó a artículos en español e inglés. Aunque otros idiomas, como el francés o el alemán, también fueron explorados cuando el documento, por su resumen, parecía aportar información de interés.

En relación a los tipos de documentos seleccionados, se incluyeron tanto estudios descriptivos como analíticos, así como revisiones sistemáticas y meta-análisis. También se consultaron tesis, manuales, guías de práctica clínica, y en general cualquier documento que se considerara que podía relacionarse con la materia de estudio.

4.6. ANÁLISIS DE LOS DATOS

Se llevó a cabo un análisis descriptivo de los datos obtenidos. Las variables categóricas se resumieron en frecuencias, las numéricas en media y desviación estándar. Para la comparación de distribuciones se utilizó la prueba de Wilcoxon, ya que no se cumplía el supuesto de normalidad. Las relaciones para variables categóricas se estudiaron mediante el test de la ji-cuadrado y para las comparaciones múltiples se utilizó la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis.

Se utilizó la regresión logística, método “backward” o “hacia atrás”, razón de verosimilitud, para explorar modelos explicativos de las variables que se consideraron de interés, cuantificando los posibles factores asociados (odds-ratio crudo/ajustado). El encaje de los modelos se evaluó mediante el test de Hosmer y Lemeshow. Para todos los análisis se estimó un nivel de confianza (IC) del 95%.

Los datos fueron analizados utilizando el programa SPSS versión 22.0 para Windows (IBM Corporation, 2013).

4.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El protocolo de esta investigación fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Humana de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria (ULPGC), con el registro “CEIH 2013-10” (ANEXO 3). Éste consideró que era suficiente el consentimiento verbal de los residentes o, en caso de presentar limitaciones cognitivas, el de su familia. Esta gestión fue realizada por los

agencias responsables de los centros, quienes aprobaron el acceso a los datos por parte del investigador.

Para preservar la confidencialidad de la información, el nombre de los centros y de los residentes fueron convertidos a códigos numéricos y sólo el investigador tuvo acceso a la lista, la cual fue guardada en un archivo protegido con contraseña.



5. RESULTADOS





Con el fin de ordenar los resultados, hemos decidido ofrecerlos estructurados en cuatro apartados. El primero explora las características generales de la población, así como las específicas de los dos grupos de estudio, los residentes restringidos y los que no, indicando las variables que incrementan la probabilidad de aplicación de los dispositivos de restricción. El segundo recoge diferentes aspectos relacionados con el uso de la restricción en los centros. El tercer apartado explora las variables relacionadas con la documentación clínica registrada en los expedientes de los residentes restringidos. Finalizamos plasmando las diferentes estrategias que siguen los centros en el cuidado de estas personas.

Por otro lado, y para asegurar la confidencialidad de la información obtenida y el compromiso adquirido con los centros, no identificaremos el nombre de los mismos, limitándonos a numerarlos de manera aleatoria del 1 al 9, tanto en los resultados como en la discusión.

5.1. LAS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE LA POBLACIÓN

En la tabla 1 se muestran los datos referidos a este apartado. Desde el punto de vista demográfico, se observa que nos encontramos con una población bastante envejecida, cuya edad media se sitúa en torno a los 80 años, y que lleva ingresada algo más de cuatro. Así mismo, destaca que dos tercios de la misma eran mujeres.

En lo referido a las variables clínicas, constatamos que la mayoría no había sufrido caídas en los últimos seis meses (83,14%; IC 95%: 80,59-85,41). Entre los resultados es de destacar el elevado nivel de dependencia de los residentes, ya que dos terceras partes de la población presentaba un incapacidad total o grave (66,38%; IC 95%: 63,27-69,35) para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD). Por otro lado, el deterioro cognitivo también era importante, ya que el grado severo alcanzaba a un 41,67% de los residentes (IC 95%: 38,2-45,21). Así mismo, su nivel de movilidad era moderado.

Cuando comparamos las variables clínicas y demográficas relativas a los residentes que estaban restringidos y los que no, se vio que estas diferían de manera importante, lo que fue corroborado por las distintas pruebas estadísticas realizadas, reflejando la última columna de la tabla el valor “p” de los diferentes test de hipótesis llevados a cabo.

Así, los residentes que no estaban restringidos eran en su mayoría hombres, de menor edad, y con un mayor tiempo de estancia en el centro (algo más de seis años, frente a los menos de cuatro de los otros). Además, disfrutaban de un mayor grado de movilidad y un menor deterioro en las ABVD, puesto que casi las dos terceras partes de este colectivo era independiente o levemente dependiente (puntuaciones de 60 o más). Lo mismo ocurría con la evaluación cognitiva, ya que alrededor de un tercio de ellos no mostraba afectación en esta esfera.

Por el contrario, el grupo de personas restringidas era predominantemente femenino (dos tercios eran mujeres) y de mayor edad (cuatro años más de media que el otro grupo). Este conjunto era muy dependiente en las ABVD, ya que el 75,06% (IC 95%: 71,95-77,93) presentaba un deterioro total o grave en esta

variable (puntuaciones de 35 o menos), y una afectación cognitiva severa (45,59%; IC 95%: 41,82-49,41). Respecto a las personas sin restricción, se observaba que habían sufrido un menor número de caídas en los seis meses anteriores (74% frente a 84,5%).

TABLA 1				
Características demográficas y clínicas de los residentes				
	Total (n=925)	Sin restricción (n=123)	Con restricción (n=802)	p
Edad (años)	80,07 (11,06)	76,16 (12,42)	80,67 (10,72)	<0,01 ^a
Estancia (años)	4,21 (4,93)	6,36 (6,38)	3,88 (4,6)	<0,01 ^a
Género				
Mujer	586 (63,4%)	55 (44,7%)	531 (66,2%)	<0,01 ^b
Varón	339 (36,6%)	68 (55,3%)	271 (33,8%)	
Movilidad*	5 (2,0)	8 (2,0)	4 (2,0)	<0,01 ^b
Caídas previas				
Frecuentes	48 (5,2%)	11 (08,9%)	37 (04,6%)	<0.01 ^c
Esporádicas	108 (11,7%)	21 (17,1%)	87 (10,8%)	
Ninguna	769 (83,1%)	91 (74,0%)	678 (84,5%)	
Dependencia ABVD				
Total	438 (47,4%)	3 (2,4%)	435 (54,2%)	<0,01 ^c
Grave	176 (19,0%)	9 (7,3%)	167 (20,8%)	
Moderada	157 (17,0%)	33 (26,8%)	124 (15,5%)	
Leve	136 (14,7%)	62 (50,4%)	74 (9,2%)	
Independiente	18 (1,9%)	16 (13,0%)	2 (0,2%)	
Deterioro cognitivo	(n=756)	(n=98)	(n=658)	
Severo	315 (41,7%)	15 (15,3%)	300 (45,6%)	<0.01 ^c
Moderado	214 (28,3%)	28 (28,6%)	186 (28,3%)	
Ligero	104 (13,7%)	17 (17,3%)	87 (13,2%)	
Sin deterioro	92 (12,2%)	35 (35,7%)	57 (8,7%)	
No valorable	31 (4,1%)	3 (3,1%)	28 (4,2%)	

^aPrueba de Wilcoxon. ^bPrueba de la chi-cuadrado. ^cPrueba de Kruskal-Wallis.

*Mediana y rango intercuartílico.

En base a esta información se estimó un modelo que integrara las diferentes variables descritas y el uso de la restricción. El análisis multivariante incluyó el género, el tiempo de estancia, la capacidad funcional para las ABVD, el nivel de deterioro cognitivo y el grado de movilidad. El modelo de odds ratios (OR) ajustado por edad presentaba un buen encaje (p-valor del test de Hosmer y

Lemeshow=0,754), clasificando correctamente al 90,6% de los casos. El mismo puso de manifiesto que ser mujer, tener menor movilidad y peor grado de capacidad funcional y cognitiva incrementaba la probabilidad de uso de la restricción física (tabla 2).

TABLA 2 Modelo exploratorio de la relación entre las características de los residentes y el uso de la restricción física		
	Odds ratio ajustada (95% IC)	p
Género (mujer)	2,59 (1,47-4,56)	0,005
Estancia (años)	0,95 (0,90-1,00)	0,062
Movilidad (referencia: alta movilidad=8)		
4	3,52 (1,2-10,37)	0,022
5	4,80 (1,86-12,4)	0,001
6	2,06 (0,89-4,75)	0,090
7	1,29 (0,58-2,86)	0,538
Dependencia ABVD (referencia: leve/independiente)		
Moderada	2,07 (1,08-3,97)	0,029
Grave	9,30 (3,38-25,6)	<0,001
Total	30,02 (7,35-122,7)	<0,001
Deterioro cognitivo (referencia: sin deterioro)		
Ligero	3,18 (1,36-7,45)	0,008
Moderado	4,33 (2,05-9,15)	<0,001
Severo	6,25 (2,71-14,4)	<0,001

5.2. EL USO DE LA RESTRICCIÓN FÍSICA

Se estudiaron 30 unidades dentro de nueve centros, que proporcionaron datos de 925 residentes. Dado que cada uno de ellos fue observado en 4 momentos diferentes para identificar el uso de la restricción física, el número total de mediciones fue de 3.700.

Como se expone en la tabla 3, la prevalencia de residentes con al menos una restricción física fue del 86,7% (n=802; IC 95%: 84,36 a 88,74). Aunque todos los centros presentaban valores elevados, las divergencias entre ellos eran notables y significativas (p-valor del test de Kruskal Wallis <0.005), existiendo más de 20 puntos porcentuales de diferencia entre los que las aplicaban más y los que menos.

TABLA 3 Prevalencia en el uso de la restricción física		
	Prevalencia global n (%)	Prevalencia excluidas barras bilaterales n (%)
Centro 1 (n=75)	64 (85,3%)	20 (26,7%)
Centro 2 (n=163)	119 (73,0%)	47 (28,8%)
Centro 3 (n=82)	74 (90,2%)	28 (34,1%)
Centro 4 (n=95)	86 (90,5%)	31 (32,6%)
Centro 5 (n=76)	63 (82,9%)	17 (22,4%)
Centro 6 (n=37)	26 (70,3%)	10 (27%)
Centro 7 (n=66)	54 (81,8%)	29 (43,9%)
Centro 8 (n=118)	114 (96,6%)	61 (51,7%)
Centro 9 (n=213)	202 (94,8%)	131 (61,5%)
TOTAL (n=925)	802 (86,7%)	374 (40,4%)

Si excluimos la aplicación de las barras bilaterales como dispositivo de restricción, la frecuencia pasaba a ser de 40,43% (n=374; IC 95%: 37,31 a 43,64). Aquí las desigualdades entre los centros eran todavía más acusadas, ya que el número 9 alcanzaba una prevalencia de casi el 62% frente a porcentajes cercanos al 30% de casi todos los demás. Estas variaciones eran estadísticamente significativas (p-valor del test de Kruskal Wallis <0.005).

TABLA 4 Frecuencia de uso de los dispositivos de restricción (n=802)	
Dispositivos	n (%; IC 95%)
Barras bilaterales	796 (99,25%; IC: 98,38-99,66)
Cinturones en silla	259 (32,29%; IC: 29,15-35,61)
Cinturones en cama	106 (13,22%; IC: 11,05-15,74)
Chalecos de restricción	49 (6,11%; IC: 4,65-7,99)
Mesa con tabla rígida	28 (3,49%; IC: 2,43-5,0)
Miembros	12 (1,49%; IC: 0,86-2,60)

Otro aspecto destacable de esta parte de los resultados es la intensidad con que se aplicaba la restricción. Así, de los 802 residentes restringidos, más de la mitad tenía colocado alguno de los dispositivos en las cuatro observaciones (54,2%; IC 95%: 50,73 a 57,63), siendo las diferencias entre los centros estadísticamente significativas (p-valor del test de Kruskal Wallis <0.005).

Respecto a los dispositivos aplicados por los profesionales, la tabla 4 muestra que las barras bilaterales de la cama fueron, con diferencia, los más utilizados en las personas restringidas (99,25%; IC: 98,38-99,66). Los cinturones en silla o en cama también se usaron con bastante frecuencia.

La revisión de las historias clínicas y las entrevistas al personal pusieron de manifiesto que la razón fundamental para el uso de la restricción fue prevenir las caídas desde la cama o desde el sillón (94,26%; IC 95%: 92,43-95,67). Además, ésta fue la única razón esgrimida en cinco de los centros; respecto a esto, consideramos importante señalar que ninguno de los nueve disponía de un protocolo de prevención de caídas.

5.3. LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA REGISTRADA

Como refleja la tabla 5, la revisión de los expedientes mostró que en casi las tres cuartas partes de los mismos no constaba una prescripción de uso de la restricción (74,06%; IC 95%: 70,92-76,98). También es importante destacar que cuando esta existía, en la mayoría de los casos no estaba bien elaborada debido a que no mencionaba el motivo o el dispositivo a emplear (9,73%; IC: 7,86-11,97). Las diferencias entre los centros son también relevantes; así por ejemplo, mientras que esta orden aparecía en el 48% de los expedientes del centro 7 y en el 65,6% de los del 1, no se encontró ninguna referencia a ella en los centros 5 y 9 (p-valor del test de Kruskal Wallis <0.005).

Además de estos datos, en algunos casos encontramos residentes que tenían indicada restricción en silla y en ninguna de las cuatro observaciones se les estaba aplicando dispositivo alguno. Así mismo, otros tenían indicada “protección nocturna”, sin más especificación, la cual parecía indicar que podría utilizarse cualquier tipo de restricción para evitar que el residente pudiese salir de la cama. Por otro lado, el uso de las barras bilaterales fue raramente documentado (n=15).

En esta misma tabla se muestra quién era el profesional que pautaba el uso de la restricción. En general vemos que este era el médico, aunque en cuatro de los siete centros la propuesta partía de la enfermera. Esto era especialmente relevante en el 1, puesto que la orden de aplicación de la restricción por parte de enfermería superaba en frecuencia a la de los médicos. En ninguno de los expedientes consultados se pudo encontrar constancia documental de que la decisión de aplicar y/o mantener la restricción se hubiera debatido en el equipo.

También estudiamos si existía una relación entre las características de los residentes y la ausencia de una prescripción de uso de la restricción. El análisis univariable mostró una asociación positiva con el deterioro cognitivo (p-valor del test de Kruskal Wallis <0.001) y una negativa con el tiempo en el centro (p-valor del test de Wilcoxon <0.005). Por su parte, el análisis multivariante también

incluyó estas variables. Sin embargo, el modelo de odds ratios (OR) no tenía un buen encaje (P-valor del test de Hosmer y Lemeshow=0,046), por lo que se rechazó.

TABLA 5 Prescripción de uso de la restricción física y quién lo hacía		
	¿Estaba indicada la restricción? n (%)	Profesional que ordenaba su uso n (%)
Centro 1 (n=64)	Sí: 29 (45,3%) Incompleta: 9 (14,1%) No: 26 (40,6%)	Médico: 14 (36,8%) Enfermera/o: 24 (63,2%)
Centro 2 (n=119)	Sí: 13 (10,9%) Incompleta: 7 (5,9%) No: 99 (83,2%)	Médico: 19 (95%) Enfermera/o: 1 (5%)
Centro 3 (n=74)	Sí: 9 (12,2%) No: 65 (87,8%)	Médico: 6 (66,7%) Enfermera/o: 3 (33,3%)
Centro 4 (n=86)	Sí: 14 (16,3%) Incompleta: 5 (5,8%) No: 67 (77,9%)	Médico: 16 (83,2%) Enfermera/o: 3 (15,8%)
Centro 5 (n=63)	Sí: 5 (7,9%) No: 58 (92,1%)	Médico: 5 (100%)
Centro 6 (n=26)	No: 26 (100%)	-----
Centro 7 (n=54)	No: 54 (100%)	-----
Centro 8 (n=114)	Sí: 8 (7,0%) Incompleta: 12 (10,5%) No: 94 (82,5%)	Médico: 20 (100%)
Centro 9 (n=202)	Sí: 52 (25,7%) Incompleta: 45 (22,3%) No: 105 (52,0%)	Médico: 97 (100%)
TOTAL (n=802)	Sí: 130 (16,21%) Incompleta 78 (9,73%) No: 594 (74,06%)	Médico: 177 (85,1%) Enfermera/o: 31 (14,9%)

Siguiendo con la documentación clínica registrada (tabla 6), se constató que existía una importante falta de información en los expedientes de los residentes sobre el tiempo que se les llevaba aplicando la restricción física, ya que en 3 de

cada 4 casos no fue posible conocer este hecho (75,31%; IC al 95%: 72,21-78,17). Entre los que si se explicitaba (198 residentes), la mayoría las tenía desde hacía más de un año. Respecto a estos datos también se advertía una gran diferencia entre los centros (p-valor del test de Kruskal Wallis <0.005), ya que en dos de ellos no pudimos conocer desde cuándo se aplicaba la restricción (centros 6 y 7), mientras que en otros dos la información aparecía en la mitad de las historias (centros 1 y 9).

TABLA 6 Tiempo que lleva usándose la restricción				
	Más de un año (n)	6 - 12 meses (n)	< 6 meses (n)	No se sabe (n)
Centro 1 (n=64)	21 (32,8%)	3 (4,7%)	6 (9,4%)	34 (53,1%)
Centro 2 (n=119)	6 (5,0%)	2 (1,7%)	13 (10,9%)	98 (82,4%)
Centro 3 (n=74)	4 (5,4%)	----	3 (4,1%)	67 (90,5%)
Centro 4 (n=86)	7 (8,1%)	3 (3,5%)	8 (9,3%)	68 (79,1%)
Centro 5 (n=63)	3 (4,8%)	2 (3,2%)	----	58 (92,0%)
Centro 6 (n=26)	----	----	----	26 (100,0%)
Centro 7 (n=54)	----	----	----	54 (100,0%)
Centro 8 (n=114)	18 (15,8%)	1 (0,9%)	----	95 (83,3%)
Centro 9 (n=202)	54 (26,7%)	15 (7,4%)	29 (14,4%)	104 (51,5%)
TOTAL (n=802)	113 (14,0%) (IC: 11,85-16,67)	26 (3,24%) (IC: 2,22-4,71)	59 (7,36%) (IC: 5,75-9,37)	604 (75,31%) (IC: 72,21-78,17)

Con respecto al consentimiento informado (tabla 7), en seis de los centros no se encontró en las historias ninguna autorización por parte de los usuarios o sus familias para que se aplicara una restricción física.

Observamos que el consentimiento explícito sólo aparecía en 57 de las historias de los residentes restringidos (8,2%; IC: 6,38-10,48). Sin embargo, sólo en 10

casos estaba correctamente elaborado: firmado por el residente o su familiar, con las indicaciones de para qué situación y para qué dispositivo se daba el consentimiento, así como el médico que lo requería.

TABLA 7 Consentimiento informado para el uso de la restricción física	
Centro 1 (n=64)	Correcto: 03 (4,7%) Incompleto: 15 (23,4%) No consta: 46 (71,9%)
Centro 2 (n=119)	Correcto: 0 Incompleto: 06 (5%) No consta: 113 (95%)
Centro 3 (n=74)	No consta: 74 (100%)
Centro 4 (n=86)	No consta: 86 (100%)
Centro 5 (n=63)	No consta: 63 (100%)
Centro 6 (n=26)	No consta: 26 (100%)
Centro 7 (n=54)	No consta: 54 (100%)
Centro 8 (n=114)	No consta: 114 (100%)
Centro 9 (n=95)^a	Correcto: 07 (7,4%) Incompleto: 26 (27,4%) No consta: 62 (65,2%)
TOTAL (n=695)	Correcto: 10 (1,44%) Incompleto^b: 47 (6,76%) No consta: 638 (91,8%)
^a Perdidos 107 casos. ^b Incompleto. Se refiere a que no menciona el dispositivo o los motivos por los que debía utilizarse, falta la firma del residente/familia/médico.	

La única relación estadísticamente significativa hallada en el análisis univariable entre alguna de las características clínico-demográficas de los residentes y la ausencia de consentimiento informado fue el tiempo de ingreso (p-valor del test de Wilcoxon <0.01). El análisis multivariante incluyó, además de esta variable, la situación cognitiva junto con el grado de movilidad (tabla 8). El modelo de odds ratios (OR) presentaba un buen encaje (P-valor del test de Hosmer y Lemeshow=0,737), clasificando correctamente al 90,3% de los casos. El mismo puso de manifiesto que sólo aquellos residentes que llevaban más tiempo en el

centro presentaban una menor probabilidad de contar con un consentimiento informado (OR=0,85; IC 95%: 0,75-0,96).

TABLA 8 Modelo exploratorio de la relación entre las características de los residentes y la presencia de un consentimiento informado		
	Odds ratio ajustada (95% IC)	p
Tiempo de ingreso (años)	0,85 (0,75-0,96)	0,008
Movilidad (referencia: alta movilidad=8)		
4	1,10 (0,31-3,93)	0,883
5	2,89 (0,78-10,7)	0,112
6	1,08 (0,25-4,63)	0,913
7	2,87 (0,68-12,2)	0,153
Deterioro cognitivo (referencia: sin deterioro)		
Ligero	1,18 (0,26-5,24)	0,832
Moderado	1,85 (0,49-6,88)	0,361
Severo	2,98 (0,86-10,4)	0,086

5.4. EL CUIDADO DE LOS RESIDENTES RESTRINGIDOS

La primera columna de la tabla 9 indica el número de expedientes que contenían comentarios anotados por los profesionales relacionados con la aplicación de la restricción. Como puede observarse estos eran bastante escasos, ya que sólo aparecían en el 4,7% de las historias (n=38). En tres de los centros (3, 5 y 9) no se encontró ningún dato sobre el uso de este procedimiento, mientras que el centro 2 acaparaba casi la mitad de los registros (n=17).

La segunda columna de la tabla 9 resume el tipo de información que se había registrado. Sobresalía la referida a la aplicación o retirada de algún dispositivo por parte de enfermería, lo que ocurría en 16 de los casos. En 7 se reflejaba que la persona salía de la cama a pesar de la restricción (en cinco casos con caídas), y el resto de la información está referida a complicaciones por el uso de la restricción (agitación o tumefacción de alguna extremidad sujeta).

La última columna hace referencia a las reacciones de los residentes, poniendo de manifiesto que la aplicación de restricciones había provocado su agitación, en algunos casos golpeando las barras bilaterales (centros 1, 2, 4, 6 y 7).

TABLA 9 Comentarios de los profesionales cuando se aplica la restricción			
	Expedientes con comentarios	Contenido de la información	Cómo reaccionó el residente cuando fue restringido
Centro 1 (n=64)	2 (3,1%)	Contención (1) Agitado, golpeando barras (1)	Agitado, golpeando las barras (1)
Centro 2 (n=119)	17 (14,3%)	Contención/descontención (11) Agitado, golpeando barras (3) Agitación (3)	Agitado, golpeando las barras (3) Agitación (3)
Centro 4 (n=86)	6 (7,0%)	Contención (3) Agitado, golpeando barras (1) Agitación (2)	Agitado, golpeando las barras (1) Agitación (2)
Centro 5 (n=63)	3 (4,8%)	Contención (1) Cae de cama con barras (2)	----
Centro 8 (n=114)	2 (1,8%)	Agitación (1) Sale de cama con restricción (1)	Agitación (1)
Centro 9 (n=202)	8 (4,0%)	Cae de cama con barras (3) Tumefacción mano (3) Sale de cama con restricción (1) Agitación (1)	Agitación (1)
TOTAL (n=802)	38 (4,74%) (IC: 3,47-6,44)	Contención/desc. 16 (2,0%) Agitación 12 (1,5%) Cae de la cama 5 (0,62%) Sale de la cama 2 (0,25%) Tumefacción mano 3 (0,37%)	Agitación 12 (1,5%)

En la tabla 10 observamos las intervenciones de los profesionales para reducir o controlar el uso de la restricción. Únicamente tres historias contenían indicaciones relacionadas con la aplicación de alternativas previas al uso de la restricción (centro 2); todas consistieron en bajar la altura de la cama. Sin embargo, no sabemos si la medida se llegó a aplicar ni si fue o no efectiva. En todo caso entendemos que debió fracasar ya que los tres residentes estaban sometidos a una restricción.

La segunda columna de esta tabla pone de manifiesto que sólo en uno de los nueve centros existía constancia escrita acerca de la revisión sobre la continuidad del uso de la restricción, si bien ésta se limitaba a un tercio de los residentes. También era destacable que la misma se proponía cada 6 (n=53) ó 12 meses (n=11). En 5 casos se hacía referencia al uso de las barras bilaterales.

Así mismo, de los 802 residentes restringidos, 10 tenían un plan de cuidados específico, todos en el centro 2. Éste consistía exclusivamente en la indicación de vigilancia cada 60 ó 90 minutos.

TABLA 10					
Intervenciones profesionales para controlar o reducir el uso de la restricción					
	Alternativas		Evaluación de la continuidad		Plan cuidados específico
Centro 2 (n=119)	Cama baja	3 (2,5%)	----		Vigilancia cada 60/90' 10 (8,4%)
Centro 9 (n=202)	----		Revisión en 6 meses	53 (26,2%)	----
			Revisión en 12 meses	11 (5,44%)	
TOTAL (n=802)	Sí	3 (0,38%)	Sí	64 (7,98%)	Sí 10 (1,20%)
	No	799 (99,6%)	No	738 (92,0%)	No 792 (98,8%)

Finalizamos este apartado comentando que siete de los centros no contaban con protocolos de uso de la restricción. Respecto a los dos centros que sí disponían de él, ambos coincidían en que el médico era el responsable de indicar la restricción y el personal de enfermería de su control y cuidados. Así mismo, establecían la obligación de contar con un consentimiento informado. Sin embargo, se diferenciaban en otros muchos aspectos.

El protocolo del centro 1 hacía referencia a que podía ser necesaria la contención física en pacientes con marcha inestable o riesgo de caídas, y también en aquellos que presentan deambulación errática. Incluía las barras bilaterales como una forma de restricción y se recomendaba el control de todas las restricciones cada tres horas. Por último sugería evaluar periódicamente la conveniencia de seguir aplicándolas, estableciendo plazos diferentes según el tipo de dispositivo utilizado.

El protocolo del centro 2 indicaba que la restricción debía ser una medida excepcional de duración muy limitada, y sólo después de haber intentado otras alternativas. Exponía que estos dispositivos no debían usarse para evitar caídas o el vagabundeo. No incluía las barras bilaterales como una forma de restricción y en cuanto al control de la restricción señalaba que debía hacerse, al menos, cada hora.



6. DISCUSIÓN





6.1. EL USO DE LA RESTRICCIÓN FÍSICA

6.1.1. La prevalencia

Los resultados pusieron de relieve que casi 9 de cada 10 residentes fueron sometidos a algún dispositivo de restricción en algún momento del día.

En España sólo hemos encontrado un trabajo que incluyera todos los dispositivos que hemos considerado en este estudio, y el mismo indicaba que la prevalencia alcanzaba al 20,8% de los residentes³⁹. Si bien utiliza un concepto de restricción muy similar, otros factores han podido influir en esta diferencia. El primero de ellos tiene que ver con las características de la muestra. En la citada investigación, casi el 66% de los residentes eran autónomos o con dependencia leve, cuando en la nuestra este tipo de residentes apenas suponía el 17%. Dado que el deterioro en esta área parece ser una característica favorecedora de un mayor uso de la restricción^{28,34,80}, ello podría explicar esta discrepancia.

También habría que considerar la forma en que la información fue recogida. En dicho trabajo se recurría a un registro centralizado que, como han puesto de manifiesto otros autores, podría contener información distorsionada de la realidad en el caso de no estuviera actualizada³³. Además, se ha detectado que las intervenciones puntuales, episódicas o de corta duración muchas veces no se introducen en estos registros¹⁵⁶. Por lo tanto, la prevalencia podría ser más elevada de la registrada.

Sin embargo, recoger los datos mediante observación directa en cuatro momentos de un mismo día, como se ha hecho en nuestro estudio, mostraría una imagen más real del uso de la restricción y, por lo tanto, es posible que los porcentajes fuesen más elevados⁷⁹.

Respecto a los estudios internacionales sobre prevalencia en el uso de restricciones físicas, factores similares también podrían haber influido de manera importante en la variabilidad de los resultados encontrados¹⁴³. Por ello, hemos comparado los datos sólo con aquellos trabajos que accedieron a la información mediante observación directa y que utilizaron una definición similar de restricción física. Ello mostraría una imagen más aproximada de la distancia a la que podemos estar en relación a los trabajos realizados en otros países.

La prevalencia detectada en nuestro estudio fue del 86,7%, un porcentaje superior a la encontrada en esas investigaciones. Las mayores puntuaciones las vamos a encontrar en trabajos realizados en Irlanda del Norte, Canadá y Taiwán, con valores que oscilan entre el 62 y el 68%^{15,66,79}, y las más bajas en Alemania, con el 26,2%³⁴. Entre ambos grupos se situaría Holanda, con una prevalencia alrededor del 50%^{35,46}.

Cuando se excluyeron las barras bilaterales de la cama, la prevalencia se redujo al 40,43%. Dato que sigue siendo superior a los publicados en España en los últimos años, los cuales oscilaban entre el 8,5% y el 28%, dependiendo del tipo de centro y de residentes, así como de la metodología seguida para recopilar la información^{39,55,152,155}, factores que probablemente han condicionado estas diferencias¹⁴³.

Dado que ninguno de ellos obtuvo la información mediante observación directa, debemos recurrir de nuevo a estudios internacionales para entender qué representan nuestros datos. Así, identificamos puntuaciones cercanas en Canadá (33,7%)⁷⁹ y algo más alejadas en Singapur (23,3%)⁵⁴. Mientras que en el otro extremo se situaría Alemania, donde los cinturones y otros dispositivos se aplican de manera excepcional³⁴.

Por lo tanto, y a la vista de estos resultados, podemos afirmar que el uso de la restricción física en los residentes de los centros participantes es superior a la detectada en los estudios que utilizaban la observación directa como forma de recogida de la información.

Además de los factores señalados, otras razones podrían ayudar a explicar estas notables diferencias. En primer lugar, deben mencionarse las actitudes que presenta el personal de enfermería ante el uso de las restricciones, ya que las mismas van a jugar un papel muy importante en el proceso de toma de decisiones^{67,193}. Al igual que en otros países, los profesionales españoles no suelen tener sentimientos positivos ante este procedimiento, pero en la práctica creen que su uso es necesario para garantizar la seguridad de los residentes^{48-50,145,193}. Este dato se confirma en este trabajo, ya que prevenir caídas de la cama o del sillón fue la principal razón expresada por estos para aplicar la restricción.

Otro de los aspectos que podría tener relación con la elevada prevalencia detectada es la poca formación que suelen tener los profesionales. Trabajos previos llevados a cabo en España resaltaban este hecho, al reconocer enfermeras y auxiliares que esta era insuficiente, a pesar de que aplicaban restricciones de manera frecuente^{49,50}. El panorama a nivel internacional no es muy diferente^{43,44,83}.

Muchos de ellos desconocen que la inmovilidad que genera la restricción es fuente de numerosas complicaciones físicas^{83,87}, tampoco saben que el uso de estos dispositivos incrementa el riesgo de estrangulación o que está relacionado con la muerte de residentes^{43,50,83,86,87,91}. Así mismo, no parece que sean conscientes del impacto de la restricción a nivel psicológico^{51,63,85,88}, hasta el extremo de que algunos piensan que quienes presentan deterioro cognitivo no pueden sufrir efectos negativos en esta área⁶³. Más aún, creen que el uso de la restricción se hace por el bien de los residentes y que, por lo tanto, no tiene efectos indeseables⁶³. Evidentemente, esta visión les llevaría a sobrestimar de manera errónea los beneficios percibidos, y en consecuencia, facilitar el uso de la restricción.

Pero la falta de formación también está relacionada con otros aspectos. Muchos profesionales creen que no existen buenas alternativas a la restricción capaces de proteger a los residentes, o tienen bastantes dificultades para encontrarlas^{16,50,72,83}. En este sentido, los estudios ponen de manifiesto que les faltan habilidades para abordar problemas complicados, como el manejo de la inquietud, la prevención de caídas, la manipulación de algunos dispositivos médicos o las alteraciones del sueño^{40,51,72}; tal y como hemos constatado en nuestro trabajo, donde la única alternativa que se aplicó fue el uso de camas bajas a tres residentes. Sin embargo, frente a la creencia de que no las hay, debe recordarse que existen centros en los que se aplican medidas para proteger a los ancianos que no incluyen de manera

necesaria el uso de estos mecanismos, y sin que se vea afectada la seguridad de los mismos^{60,99}.

Por lo tanto, es probable que una mejor formación contribuya a un menor uso de estos dispositivos, como han puesto de manifiesto diferentes trabajos^{191,192,198}. No se trata únicamente de que conozcan los diferentes tipos de restricciones, las indicaciones para un uso correcto y las complicaciones relacionadas con su empleo^{47,54,63,195,199-201}. También es necesario que los profesionales sepan aplicar alternativas a la misma, lo que implica adquirir habilidades para abordar los síntomas psicológicos y conductuales, como la deambulación errática o la agresividad^{47,54,191,195,197-201}, así como el desarrollo de habilidades para el control y la prevención de caídas^{54,195,201}. Es preciso que mejoren sus conocimientos en relación al cuidado de personas con demencia^{96,191,196-198,201}. Y que incorporen a su formación contenidos concernientes a cuestiones éticas y legales^{43,44,47,200}.

Pero más allá de los contenidos es importante tener presente otras cuestiones relacionadas con la formación. En primer lugar, debe extenderse a todos los profesionales que de una u otra manera realizan atención directa a los residentes. En segundo lugar, y si queremos que llegue a todos, debe articularse de tal forma que la misma sea proporcionada durante el turno de trabajo, incluido el nocturno. De hecho, el personal de noche se queja del obstáculo que representa para ellos la formación realizada en horarios en que están descansando⁵¹. Cumplido este requisito, debe ser obligatoria y continua, ya que los conocimientos que se adquieren de manera puntual no se mantienen a lo largo del tiempo^{11,96,196}.

Aunque la formación es importante para modificar actitudes y creencias^{191,192}, por sí sola no es suficiente, y para que sea efectiva debe acompañarse de otras medidas complementarias. Entre ellas destacan la aplicación de ayudas técnicas, cambios en la cultura institucional o el apoyo de un consultor especialista^{60,99,202}. El papel de este último podría ser muy relevante a la hora de ayudar al personal en el abordaje de los residentes con alteraciones comportamentales o historial de múltiples caídas, orientándoles en la búsqueda de alternativas.

Finalmente, la ausencia de leyes estatales específicas que regulen el uso de la restricción física en este tipo de centros podría ser otro de los factores que influiría en su excesiva aplicación en España²²⁵. La mayoría de las comunidades autónomas, dentro de las leyes de servicios sociales, hacen mención a que *“los usuarios de los servicios residenciales tienen derecho a no ser sometidos a ningún tipo de inmovilización o restricción de la capacidad física o intelectual por medios mecánicos o farmacológicos, salvo que exista un peligro inminente para la seguridad física de los usuarios o de terceras personas”*¹⁸¹. Sin embargo, este enunciado es bastante genérico y susceptible de diferentes interpretaciones, no sólo profesionales sino también judiciales¹⁷⁶.

Una excepción legislativa la constituye el Decreto Foral 221/2011 de la Comunidad Foral de Navarra¹⁸³. Dicha norma destaca por su carácter pionero y avanzado, al ser la primera vez que se reglamenta de manera específica el uso de las sujeciones físicas y farmacológicas en el ámbito de los servicios sociales. Incluye, entre otros, los procedimientos, los controles y las garantías mínimas necesarias que determinarán su utilización²²⁵. Esta misma comunidad aprobó en 2014 un protocolo que introduce unos mínimos de obligado cumplimiento para el

uso de dichos dispositivos en los centros de tercera edad y discapacidad¹⁸⁴. Pero todavía es pronto para conocer el impacto de tales medidas. Aunque previsiblemente conduzca a un uso más racional de la restricción, como ha ocurrido en otros países^{33,34,82,130}.

Además de la alta prevalencia encontrada en este estudio, llama la atención la gran variabilidad existente entre los centros investigados, incluso entre aquellos dependientes de la misma institución. Este resultado también se ha observado en investigaciones desarrolladas en otros países^{28,34,35}. Si bien no está clara la razón de ello, este dato sugiere que es una práctica que podría estar vinculada a la cultura de la organización del lugar de trabajo^{28,74}, y por lo tanto susceptible de reducirse.

6.1.2. La intensidad con que se usa

Otro aspecto destacable del uso de la restricción es la intensidad con que se aplicaba, ya que identificamos que más de la mitad de los residentes tenía colocado alguno de los dispositivos en las cuatro observaciones. Ninguno de los estudios que evaluaron el uso de la restricción en varios momentos de un mismo día alcanzaba valores tan elevados, los cuales oscilaban entre el 15% y el 27%^{43,46,47}. Aunque hay que ser prudente a la hora de interpretar esta dato, el mismo podría indicar que una parte importante de los residentes estaría restringido de manera continua.

Otros resultados apoyan esta impresión. En casi las tres cuartas partes de los mayores ingresados se desconocía desde cuándo se les está aplicando una restricción, y entre aquellos de los que se tenía información, más de la mitad las tenían indicadas desde hacía más de un año. Así mismo, en ocho de los nueve centros no constaba que se revisara la continuidad de la restricción. Y en el único en el que se hacía, se proponía la reevaluación a los 6 ó 12 meses. Estos datos, además, nos lleva a preguntarnos si estos dispositivos, una vez que empiezan a utilizarse, son irreversibles^{26,51}.

Tanto la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología, como el Comité de Bioética de España, han resaltado que *“el uso de las restricciones debería ser algo excepcional y solo se justifica en la aplicación de terapias esenciales para la subsistencia de la persona, que sean rechazadas por ella, o ante estados de agitación, irritabilidad, agresividad, intento autolítico o inmovilización post-fractura, en los que se han agotado todos los recursos terapéuticos y ambientales al alcance y pese a ello, resulte imposible su control, siempre que entrañe un riesgo vital para sí mismo o terceros”*^{95,177}.

Por lo tanto, el uso de la restricción más allá de las situaciones descritas plantea importantes controversias clínicas, sociales y ético-legales. Al respecto, conviene recordar que la inmovilización prolongada es la responsable de la aparición de más problemas en los residentes. Entre ellos destacan un mayor riesgo de aparición de úlceras por presión^{13-15,54,66,104,120}, atrofas musculares y contracturas articulares^{13,14,104,120}, incontinencia urinaria y fecal^{13,14,54,129}, alteraciones metabólicas o electrolíticas¹²⁴⁻¹²⁶, y trombosis venosa profunda o tromboembolia pulmonar^{13,14,124}, entre otros. A ello se le unen emociones y sentimientos

negativos^{74,133}; así como pérdida de libertad y autonomía, lo que reduce las posibilidades de relación contribuyendo a un mayor aislamiento de las personas de su entorno^{14,140}.

Pero también el uso continuo de la restricción hace que la misma se presente como un hecho cotidiano y habitual en el cuidado de las personas mayores, lo que hace que el mismo acabe normalizándose. No debe olvidarse que los profesionales y las instituciones constituyen modelos educativos que son imitados socialmente, por lo que esta forma de intervenir se traslada a las familias. Además, esta manera de atender a los mayores es contrario al buen quehacer profesional, el cual debe estar dirigido a promocionar la autonomía de las personas a las que se cuida¹⁷⁷.

Por otro lado, un cuidado basado en una inmovilización continua puede ser contrario a las expectativas de la persona mayor y a que pueda vivir esta etapa de su vida de acuerdo a su proyecto vital y a sus capacidades, pues el bienestar emocional está directamente relacionado con la capacidad de autodeterminación personal¹⁷⁷. Además, esta manera de cuidar también puede afectar a la relación del residente con sus cuidadores, alterando la sintonía con los mismos y derivando en una percepción negativa de ellos^{74,139}.

A pesar del uso cotidiano y normalizado de la restricción física como una medida de seguridad dirigida a proteger a las personas mayores, debemos preguntarnos si su uso continuado no contraviene las leyes españolas: *“Nadie puede ser privado de su libertad, ... [excepto] en los casos y en la forma previstos en la ley”*¹⁵⁹, *“Las personas en situación de dependencia deberán, entre otros, disfrutar de los derechos humanos y libertades fundamentales, con pleno respeto de su dignidad e intimidad”*¹⁷¹.

Una restricción a la libertad de movimiento puede ser lícita siempre que sea razonable y proporcionada. Es decir, se realiza de manera puntual para abordar una situación que no se puede resolver de otra manera, aplicando la opción menos restrictiva y después de evaluar otras alternativas. Por el contrario, someter a una persona a una restricción continua sin buscar otras alternativas podría ser considerada una privación de libertad, y ésta es ilegal salvo autorización judicial. La diferencia entre restricción y privación de libertad es de intensidad y grado más que de naturaleza o sustancia¹⁸⁶.

6.1.3. Los dispositivos de restricción utilizados

En lo que respecta al tipo de restricción, y en coincidencia con otros autores, se observó que las barras bilaterales eran los dispositivos más utilizados^{15,28,30,34,46}, alcanzando al 99,25% de las personas restringidas. Desde hace décadas, muchos centros las han venido aplicando de manera sistemática para reducir las caídas de los residentes y minimizar los problemas de responsabilidad legal⁴⁰. Esto era consecuencia de la creencia de que su uso mejoraba la seguridad del paciente¹¹, lo que ayudaría a explicar su elevada prevalencia. Sin embargo, existe una creciente evidencia que parece sugerir que las barras bilaterales no son tan beneficiosas como se piensa^{14,38}, ya que pueden llegar a provocar lesiones fatales, no siendo por tanto un procedimiento benigno ni seguro¹³².

Por otra parte, el hecho de que su uso no se registre en la historia del residente induce a pensar que no son consideradas por los profesionales como una forma de

restricción^{17,26}, lo que favorecería un uso rutinario de las mismas. Sin embargo, las barras bilaterales cuando limitan la libertad de movimiento de la persona deben ser consideradas una restricción^{20,95}. En otros países, con regulaciones más estrictas, se exige la documentación y justificación de su uso¹³⁰. Por lo tanto, creemos que la decisión en torno a su aplicación, una vez que otras medidas han sido probadas, debería basarse en una evaluación individualizada que tenga en cuenta los beneficios y los riesgos, así como los posibles perjuicios a la dignidad y autonomía de la persona^{82,226,227}. Además, su uso debería ser acordado entre profesionales, residentes y familiares, documentado y revisado de manera periódica^{38,226,228}.

6.1.4. Las razones para el uso de la restricción

Los registros de los expedientes de los residentes y las entrevistas al personal pusieron de manifiesto que la razón, casi exclusiva, para el uso de la restricción era controlar el riesgo de caídas, tanto desde la cama como desde el sillón. Aunque este resultado está en concordancia con lo publicado por otros estudios^{15,26,30,54,76}, deben mirarse con cierta prudencia. Los expedientes consultados contenían poca información, por lo que la mayor parte de la misma se obtuvo de los profesionales; y proteger a los residentes de caerse o dañarse si esto ocurría, puede ser una razón socialmente más aceptable frente a otras como la falta de personal o la comodidad de los profesionales^{11,63,72,73}.

Si bien es cierto que a medida que envejecemos se incrementa el riesgo de caídas y que las consecuencias de las mismas en las personas mayores son importantes^{229,230}, habría que preguntarse si el uso de estos dispositivos puede ser una medida adecuada para abordar este problema, especialmente dado el impacto negativo físico y psicológico que pueden tener sobre los residentes^{12,13,74,104,120,133}.

Como señalaban Evans y Strumpf, la visión de que *“los mayores deben ser restringidos debido a que son más propensos a caer y sufrir lesiones graves”* o que *“el deber moral de proteger del daño requiere restricciones”* son en realidad mitos, puesto que no existen suficientes evidencias acerca de que las prácticas restrictivas ayuden a prevenir caídas¹⁰². De hecho, se ha constatado que los residentes continúan cayéndose a pesar de la restricción^{59,60,62,104,105,227}; más aún, su uso puede incrementar los riesgos de lesiones graves o incluso provocar la muerte^{14,93,130}.

A pesar de ser las caídas el elemento determinante del uso de la restricción, ninguno de los centros disponía de un protocolo de prevención de caídas. Esto sugiere, en primer lugar, que la determinación del riesgo estaba basada más en las percepciones y creencias de los profesionales que en una evaluación del mismo^{26,53,79}. Y en segundo lugar, que probablemente no se buscaron y aplicaron medidas preventivas para evitar caídas, recurriendo a una intervención de fácil acceso para manejar este problema. Pero cuando no se ha realizado una evaluación formal del riesgo y no se ha efectuado un examen exhaustivo de las posibles alternativas que pueden ponerse en marcha, el uso de la restricción debe considerarse una forma de abuso²³¹.

Esta situación podría haberse evitado si las diferentes instituciones hubiesen cumplido con la legislación actual. Tanto el Decreto 67/2012, como el 154/2015

de la Comunidad Autónoma de Canarias, en su artículo 17 señalaban que este tipo de centros *“deberán disponer de protocolo de prevención de caídas en que se describa el procedimiento de detección de los niveles de riesgo, medidas de prevención y actuación ante una caída”*²³².

Por lo tanto, y si queremos reducir el uso indiscriminado de los dispositivos de restricción, sería muy útil disponer de un documento de este tipo. Tomando como referencia la bibliografía consultada, el mismo debería ser capaz de ayudar a los profesionales a identificar a los residentes con mayor riesgo de caídas, lo que exigiría una valoración individual de los factores intrínsecos (como la movilidad alterada, el deterioro sensorial, la polifarmacia, o el déficit visual) y extrínsecos (alumbrado inadecuado, ruedas de la cama sin seguro, alturas de silla inapropiadas o sin apoyabrazos, entre otros) que pudieran contribuir a ello. Igualmente, tendría que describir las medidas preventivas que se pueden aplicar, no sólo para reducir el número de caídas, sino también para minimizar sus consecuencias en el caso de que se produzcan. Si esto último ocurriera, este protocolo tendría que describir de manera precisa el procedimiento a seguir, incluyendo la reevaluación de las intervenciones realizadas^{206,233,234}.

6.2. LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS RESIDENTES RESTRINGIDOS

Aunque los resultados pusieron de manifiesto que las personas restringidas diferían de las que no lo estaban en todas las variables clínico-demográficas consideradas, el modelo de odds-ratios ajustado por edad sólo incluyó el género, el grado de movilidad, y nivel de deterioro funcional y cognitivo.

Respecto al género, y al contrario de lo observado en nuestro trabajo, los estudios publicados sugieren que los hombres suelen ser más propensos a ser restringidos que las mujeres^{31,35,74}. Esta discrepancia, al menos en parte, podría deberse al predominio femenino que encontramos en nuestra muestra. Además, las alteraciones conductuales como la agresividad o la perturbación del entorno, comportamientos más difíciles de manejar en los varones, y por lo tanto, favorecedores del uso de la restricción⁷⁴, casi no son nombradas por los profesionales, lo que también contribuiría a explicar estas diferencias.

También hemos encontrado que las personas restringidas presentaban mayor deterioro funcional que aquellas que no lo estaban. Con el fin de analizar dicho deterioro hemos utilizado el Índice de Barthel, que evalúa el grado de autonomía para las actividades básicas de vida diaria (ABVD). En base a este instrumento algunos autores establecen la puntuación de 60 como el límite entre ser o no dependiente²²². En el primer grupo estarían los grados de total, severo y moderado, mientras que el segundo se correspondería con los de leve e independiente. Trasladado a los resultados de la tabla 1, significaría que el 90,6% de las personas restringidas serían dependientes, frente a sólo el 36,6% de las no restringidas. Este dato se corresponde con lo publicado por otros autores.^{12,15,26,28,29,35,44,53,54,78} La relación entre estas dos variables fue corroborado por el análisis multivariante, el cual indicaría que un residente con nula autonomía para las ABVD tiene una probabilidad treinta veces mayor de ser restringido que uno que tenga una buena autonomía. La cuantificación de esta relación también ha sido establecida por otros estudios^{28,34,81}, siendo especialmente interesante el

llevado a cabo por Meyer et al. en Alemania. El equipo investigador estableció tres grados diferentes de deterioro funcional: considerable, severo y muy severo. Sus resultados pusieron de manifiesto que a una mayor pérdida de autonomía le correspondía una probabilidad más elevada de ser restringido. Así, si el deterioro era considerable, el riesgo era cinco veces superior; pero si era muy severo, el mismo se incrementaba 98 veces más³⁴. Información muy similar podemos encontrar en un reciente trabajo realizado en Suiza, donde las personas con mayor grado de dependencia para las ABVD tenían una probabilidad 300 veces mayor de ser restringidas.²⁸

En concordancia con la literatura internacional, los mayores restringidos de nuestro estudio presentaban un deterioro cognitivo superior al de quienes no lo estaban^{12,15,32,54,78}. El modelo obtenido confirmó este dato, señalando que aquellos con deterioro severo tenían una probabilidad seis veces mayor de ser restringidos respecto a quienes se encontraban en mejor estado. Este dato es más elevado que los recogidos en otros estudios^{34,35,52,76,81}.

En nuestro trabajo, los niveles más bajos de movilidad de los residentes parecen incrementar la probabilidad de uso de la restricción. Sin embargo, el hecho de que el intervalo de confianza de la puntuación obtenida en el análisis multivariable incluya al uno, nos obliga a ser muy prudentes respecto a su impacto. En cualquier caso, sí que existía una relación entre ambas variables. En este sentido, diversos trabajos han encontrado que las dificultades en la movilidad contribuyen a un mayor uso de la restricción^{26,28,35,78}.

En definitiva, y en concordancia con la literatura, los resultados indicarían que las personas que presentaban un mayor deterioro eran las que tenían más probabilidades de ser restringidas^{15,28,34,35}. Esta pérdida de capacidades puede llevar a que estos residentes sean vistos por muchos profesionales como un colectivo frágil y dependiente, que debe protegerse de todo riesgo, percepción que conduciría hacia actitudes pro-restricción^{48,49,73}. Pero también podría reflejar un escaso conocimiento de alternativas a las restricciones por parte de estos trabajadores, los cuales preferirían sacrificar parte de la autonomía residual de los residentes con el fin de conseguir una mayor seguridad²⁷. Sin embargo, debe recordarse que la limitación de la movilidad que caracteriza la restricción física incrementa el riesgo de que sufran mayor discapacidad^{12,104,140,141}.

El cuidado de las personas mayores vulnerables es una labor compleja que requiere atención profesional sensible e integral con el objetivo de preservar la salud, la integridad física, la dignidad y la calidad de vida. Por esta razón, es importante proporcionar recursos y formación a los profesionales que cuidan a residentes con estas características, especialmente en aquellos aspectos que puedan contribuir a reducir el uso de este procedimiento⁵.

En este sentido, la OMS propone redefinir los cuidados que se prestan en este tipo de centros y sugiere *“adoptar una perspectiva más positiva y proactiva, y dejar de ver estos cuidados como una red de seguridad mínima y básica que proporcione apoyo rudimentario a las personas mayores que ya no pueden valerse por sí mismas”*. Considera que este tipo de cuidados *“debe estar centrado en la persona, dirigido a satisfacer sus necesidades y orientado a optimizar su capacidad intrínseca”*. Así mismo, debe ser respetuoso con su dignidad,

posibilitar su autoexpresión y, dentro de sus posibilidades, facilitar que estos residentes tomen decisiones en aquellos aspectos que les afecten⁵.

6.3. LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA REGISTRADA

6.3.1. La indicación de uso de la restricción

La revisión de los expedientes de los residentes restringidos puso de manifiesto que alrededor de las tres cuartas partes no tenían una prescripción de uso de la restricción. Y entre los que la tenían se detectó que se estaban empleando dispositivos diferentes a los realmente indicados; asimismo, se dejaba a criterio del profesional la aplicación o bien existían prescripciones inespecíficas, como era la de “protección nocturna”. También encontramos casos de personas que tenían indicada restricción en silla y a las cuales no se les estaba aplicando ningún tipo de restricción.

No sabemos si esta es la realidad de los centros para mayores en España, dado que no disponemos de estudios que exploren esta variable. A nivel internacional, trabajos realizados hace una década habían detectado en algunos países tendencias similares, oscilando entre un tercio y la mitad el número de personas restringidas respecto a las cuales se desconocía quién había decidido el uso de la restricción^{54,144}. De manera más reciente, una investigación identificaba que en nueve de cada diez residentes a los que se aplicaba algún dispositivo no existía constancia de su prescripción⁷⁶.

Respecto al profesional que la indicaba, en nuestro estudio observamos que en la mayoría de las ocasiones era el médico, si bien, en algunos casos lo había hecho la enfermera. Un trabajo finlandés constató que sólo en el 6% de los residentes la restricción la decidió el médico, siendo en el resto la enfermera la responsable de hacerlo¹⁴⁴. Otro realizado en México con 149 residentes constató que fue también esta profesional quien tomó la decisión en la mayoría de las situaciones (62,7%)⁷⁶.

La utilización de la restricción física para abordar problemas de seguridad ha sido una práctica habitual desde hace años en los centros para personas mayores, ya que se entendía que era una medida apropiada para controlar estas situaciones^{11,48}. Las propias normas legales reforzaban esta forma de actuar, y así el Decreto 63/2000 de 25 de abril de la Comunidad Autónoma de Canarias señala en su anexo III que “*se procurará un entorno seguro, organizado de tal forma que se favorezca la orientación temporo-espacial y se proteja la integridad física de los usuarios*”²³⁵. En este contexto, no es difícil entender que los profesionales consideraran que no era necesaria una prescripción médica para aplicar una restricción o que la misma pudiera ser una iniciativa de la enfermera.

Sin embargo, la evidencia de los enormes perjuicios que causa el uso de estos dispositivos, unido al impacto que tiene en los derechos de las personas, ha propiciado en España un amplio consenso entre juristas y profesionales sobre la necesidad de contar con una prescripción médica previa a la aplicación de un procedimiento de estas características, salvo en situaciones de peligro inminente. La misma sólo se podría utilizar como medida terapéutica excepcional, una vez agotadas otras alternativas y respondiendo a criterios clínicos^{95,170,176,236}.

Las leyes autonómicas de servicios sociales contemplan, en mayor o menor medida, este tipo de garantía^{183,232}. Un importante referente en este aspecto lo constituye el Decreto Foral de Navarra 221/2011¹⁸³. En él se establece que corresponde al facultativo la prescripción de las sujeciones físicas, una vez analizado el caso en un contexto interdisciplinar, debiendo dicha orden especificar el tipo de dispositivo, la situación concreta para la que se indica y la duración, siguiendo un criterio similar al utilizado en otros países²³⁷.

De manera más precisa, la Orden Foral 186/2014 de esta misma comunidad señala que es necesario que el equipo interdisciplinar *“realice una valoración individualizada de las necesidades y problemas del residente y la adecuación o no del uso de la restricción, valorando posibles alternativas a ella, así como los efectos positivos y negativos que ocasionaría su aplicación. Finalmente, la prescripción la realizará el personal facultativo”*¹⁸⁴.

Estas normas están en línea con las recomendaciones que ha realizado la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología⁹⁵. Para esta, tal medida excepcional no debería ser decidida por un solo profesional, sino que tendría que ser fruto del consenso del equipo interprofesional; si bien debe recordarse que muchas residencias en nuestro país no disponen de médico en su plantilla²³⁶.

Por último, queremos señalar que la relación negativa encontrada entre prescripción y tiempo de estancia en el centro podría indicar que, al menos en parte de estos, se está produciendo un cambio positivo en la tendencia a obviar la indicación médica de uso de la restricción.

6.3.2. El consentimiento informado

A tenor de los resultados, la solicitud de un consentimiento informado para la aplicación de una restricción física no parece ser una práctica habitual en las instituciones estudiadas; así en seis de los nueve centros no existía constancia documental de haberla solicitado, y un 91,8% del total de los pacientes sometidos a restricción carecían de la misma. Los estudios publicados en otros países nos muestran una distribución desigual. En algunos casos, la mayoría cumplía con este requisito^{15,34}, pero otros mostraban resultados similares a los que nosotros hemos encontrado^{76,238,239}.

A excepción del citado Decreto Foral 221/2011 de la Comunidad Foral de Navarra²²⁵, el resto de las normas autonómicas de servicios sociales que hacen referencia a esta garantía suelen ser poco específicas²³⁶, como Canarias, en la que la misma no se contempla²⁴⁰. Es por ello conveniente complementar las leyes autonómicas con normas sanitarias más precisas, como la Ley 41/2002, la cual establece que toda actuación en el ámbito de la salud necesita el consentimiento del usuario o de su representante¹⁷⁴. A pesar de no haber sido elaborada para centros residenciales, dicha ley es aplicable en los mismos, ya que afecta a derechos de usuarios en el contexto de una relación con profesionales sanitarios que realizan actos clínicos^{95,177}.

En cuanto a la forma de emitir el consentimiento, esa misma ley establece que será por escrito en caso de *“aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente”*, siendo indudable que el uso de las restricciones físicas genera

complicaciones^{95,241}. Esta forma de proceder permite acreditar que se proporcionó la información adecuada y se otorgó el consentimiento, lo que resulta útil en caso de conflicto legal. Otros países siguen criterios parecidos^{237,242}.

Es importante tener en cuenta que el consentimiento debe conseguirse sin coerción, por lo que no se deben enfatizar los riesgos o presentar la restricción física como única solución²³⁹. Asimismo, se evitará redactar el documento de forma genérica ya que el hecho de que se tolere su uso no significa que se haya extendido un talón en blanco para que el personal actúe libremente^{95,225}. Tampoco es lícito su obtención en el momento del ingreso con la intención de ser utilizado con posterioridad⁹⁵. Como norma general debería señalar el tipo de dispositivo a utilizar, la situación concreta para la que se indica, los tiempos de aplicación y la duración prevista. Además tendrían que figurar los posibles efectos negativos y las alternativas que se intentaron de forma previa, así como la firma del residente o su representante legal y la del médico responsable. En este documento debe quedar explícita la posibilidad de rechazar o revocar el consentimiento en cualquier momento^{95,184}.

Otra cuestión que puede plantearse es la negativa de los afectados a dar el consentimiento para que se aplique una restricción que el centro considera ineludible. Según el Defensor del Pueblo¹⁶⁹, esos casos deberían quedar bajo control judicial, criterio que mencionan otros autores^{176,236}. También sería necesario clarificar en qué circunstancias se debe notificar al Ministerio Fiscal el uso de esta medida⁹⁵. Todo ello con el fin de evitar que la decisión quede al libre arbitrio de los profesionales¹⁷⁶, ya que la contención de un usuario sin que medien excepcionales razones que lo justifiquen podría ser considerado una violación de sus derechos^{95,236}.

El que no se esté pidiendo el consentimiento podría estar relacionado con el hecho de que muchos profesionales consideran la restricción física como un procedimiento rutinario y exento de riesgos¹¹, no viendo necesario solicitar este tipo de autorización⁵⁰; también es posible que se deba a que desconocen la ley. En este sentido, sería conveniente que los centros, a la hora de aplicar una sujeción, se atuvieran tanto al marco legal en vigor como a las recomendaciones de las sociedades científicas^{95,243} y los colegios profesionales^{244,245}, las cuales, aunque carezcan de valor normativo, son una importante referencia a tener en cuenta.

Finalmente, resaltamos que el estudio de la relación entre las variables en los centros que sí solicitaban el consentimiento mostró que los residentes que llevaban más tiempo en ellos tenían una menor probabilidad de contar con este documento. Esto nos sugiere que en los ingresos más recientes los profesionales empiezan a tenerlo en cuenta, si bien el camino a recorrer todavía es amplio.

6.4. EL CUIDADO DE LOS RESIDENTES RESTRINGIDOS

6.4.1. La documentación relacionada con el cuidado

La revisión de los expedientes reveló que de los 802 residentes sometidos a una restricción, sólo en el 5% de ellos fue posible encontrar algún comentario sobre el uso de la misma. En la mayoría de los casos este tenía que ver con la colocación o la retirada de una restricción, o para describir alguna reacción del residente.

Además, en tres centros no se encontró ningún dato relacionado con las restricciones que se estaban aplicando.

Respecto a la supervisión de las personas restringidas la información disponible era todavía más escasa. Esta se limitaba a un centro y consistía en pautar vigilancia, cada 60-90 minutos, a solo 10 de los 119 residentes a los que se les estaba aplicando un dispositivo de restricción.

Otros estudios han puesto de manifiesto esta misma realidad, confirmando que la documentación sobre este procedimiento suele ser escasa y poco concreta^{40,43,51,66,85,144,149,179}. Al igual que en el caso de la prescripción, el uso cotidiano de la restricción puede haber conducido a que los profesionales hayan acabado viéndola como una práctica rutinaria y exenta de riesgos, por lo que no considerarían necesario registrarla en la historia del usuario. De hecho, algunos profesionales argumentaban que *“era difícil hacer registros precisos del uso de la restricción para los pacientes confusos y dementes, porque [la restricción] había sido utilizada durante largos períodos de tiempo”*⁸⁵. También han señalado que cumplimentar los registros hacía que estuvieran menos tiempo con los residentes, por lo que un entorno de alto uso de la restricción, como era nuestro caso, podría ayudar a explicar la falta de documentación⁵¹.

Al respecto, conviene recordar que la normativa española exige registrar en los expedientes de los residentes toda aquella información que tenga que ver con los procesos asistenciales que les afecten: *“La historia clínica incorporará la información que se considere trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente. Este tiene derecho a que quede constancia, por escrito o en el soporte técnico más adecuado, de la información obtenida en todos sus procesos asistenciales”*¹⁷⁴. Además de los requisitos legales, debemos tener presente que la falta de registros dificulta la comunicación entre los miembros del equipo, lo que puede conducir a errores en las decisiones relacionadas con el cuidado de los usuarios²³¹. De igual manera, la escasa documentación impide que se deje constancia de las razones por las que se inició en su momento la restricción. Y también dificultará la valoración de su efectividad, dando lugar a que, una vez que se haya empezado a aplicar, su uso se perpetúe en el tiempo⁴³, tal y como parece que ha venido ocurriendo en los centros estudiados. Finalmente, si surgiese algún problema durante su aplicación, resultaría difícil poder demostrar que este suceso no se debiese a una negligencia en el control y vigilancia de esta intervención^{130,231}.

Por lo tanto, la utilización de la restricción física no sólo exige cumplir con los requisitos básicos de prescripción médica y consentimiento informado. También precisa de un control riguroso de este procedimiento que proteja al residente de los efectos perniciosos de la inmovilidad continuada o de las complicaciones que puedan surgir por el uso de los dispositivos^{95,177}.

En este sentido se recomienda la elaboración de un plan de cuidados específico que cuente con una pauta de control o vigilancia frecuente, no superior a las tres horas, en la que se reevalúe la respuesta del residente, incluyendo su estado de ánimo, así como los problemas articulares o musculares que pudieran surgir, la existencia de síntomas de compresión de algún miembro o cualquier otro aspecto que se constate^{13,92,94,95}.

Es preciso que se describa en dicho plan las medidas que se adoptarán para prevenir el deterioro funcional y las complicaciones, entre las que se incluyen cambios frecuentes de posición y cuidados de la piel, ejercicios de fisioterapia y movilización cada cierto tiempo, retirada periódica de la restricción y asistencia en las actividades de la vida diaria^{94,95,234}.

Así mismo, no debe obviarse la evaluación continua de la condición subyacente que motivó el uso de la restricción, lo que obliga a mantener bajo revisión constante la prescripción de esta medida^{234,186}.

Por último, y en relación al registro de toda esta información, la legislación española establece que *“la cumplimentación de la historia clínica, en los aspectos relacionados con la asistencia directa al paciente, será responsabilidad de los profesionales que intervengan en ella”*¹⁷⁴. Dado el tipo de cuidados que debe ser proporcionado, las enfermeras serían las responsables de la documentación correcta y adecuada de la atención proporcionada⁹⁴.

6.4.2. Los protocolos de uso de la restricción física

Tanto el Decreto 67/2012 como el 154/2015 de la Comunidad Autónoma de Canarias²³², indican que los centros residenciales tendrían que disponer de protocolos de contención física o farmacológica. Sin embargo, siete de los nueve centros que participaron en este estudio carecían del mismo, a pesar de que aplicaban con frecuencia medidas de contención.

Esta misma situación ha sido puesta en relieve por algunos estudios que han mostrado que en muchos centros no existen directrices claras y por escrito del uso de la restricción física^{66,85,246}, lo que coloca a los profesionales en una situación difícil, ya que deben tomar decisiones donde contrapongan beneficios y desventajas en el uso de este procedimiento.

Respecto a los protocolos elaborados en los centros 1 y 2, los mismos presentaban importantes diferencias entre ellos, probablemente debido a que las instrucciones descritas en los decretos señalados con anterioridad son bastantes escuetas y genéricas²³². En relación a los requisitos que se consideran necesarios en un protocolo, se detectó una importante falta de contenido.

En primer lugar, ninguno de los dos protocolos definió qué debía entenderse por restricción física. De hecho, en uno de ellos se consideraban las barras bilaterales como un posible dispositivo de restricción, aspecto que no mencionaba el otro. En este sentido, un instrumento de este tipo debería describir de manera precisa el objeto sobre el que se regula²⁴⁷, en especial porque la bibliografía ha evidenciado que los profesionales discrepan acerca de lo que es o no una restricción^{17,25-27}.

Un segundo aspecto igual de relevante es determinar el objetivo que se persigue con la implantación de este protocolo²⁴⁷. Puede estar dirigido a hacer un uso más racional y controlado de la restricción física o, por el contrario, utilizarse como un instrumento defensivo para afirmar su aplicación^{95,177}. Un ejemplo del primer caso lo constituiría la Orden Foral de Navarra 186/2014 al señalar que *“su objetivo es que el uso de sujeciones físicas sea considerado como un último recurso por parte de los profesionales, tras haber experimentado y agotado todas las posibles alternativas existentes, ... se pretende conseguir un control y seguimiento ..., para*

evitar la cronicidad en su uso por falta de revisión de la prescripción". Esta Orden acababa exponiendo que *"el objetivo final es la eliminación de la sujeción en el plazo de tiempo más corto posible"*¹⁸⁴.

El protocolo del centro 1 se marcaba como objetivos *"prevenir y limitar el uso de sujeciones en cantidad y tiempo"*. Mientras que el del centro 2 estaba dirigido a la *"promoción de la autonomía y dignidad de los residentes; así como su salud e integridad física"*. Si bien los resultados indicaban que estos centros no se encontraban entre los que más utilizaban la restricción, su prevalencia era bastante elevada y no alejada de los otros. De hecho, el primero se situaba alrededor del 85%, y el segundo alcanzaba el 73%. Por lo tanto, y a pesar de las buenas intenciones, los objetivos que se planteaban no parecen haberse alcanzado.

En tercer lugar, es imprescindible realizar una valoración de las necesidades y problemas del residente previa a la aplicación de los dispositivos, evaluando posibles alternativas a las sujeciones, así como los efectos negativos y positivos que ocasionaría su aplicación⁹⁵. En parte, este requisito es contemplado por el protocolo del centro 2 al señalar que la restricción debía ser una medida excepcional de duración muy limitada, y que debería aplicarse sólo después de haber intentado otras alternativas. Lo completaba indicando que no debía usarse para evitar caídas o el vagabundeo.

A pesar de estos supuestos, los resultados mostraron que en este centro no se sabía desde cuándo se estaban aplicando las restricciones en ocho de cada diez residentes. Además, en casi todos los casos se usaron para evitar caídas. Igualmente, en muy pocas situaciones se habían documentado alternativas a la restricción.

Llama la atención que el otro protocolo considerara que podía ser necesaria la contención física en pacientes con este tipo de problemas, sin entrar a valorar otras medidas, lo que parece indicar que el abordaje del riesgo de caídas o la deambulación errática en este centro descansaba en el uso de la restricción física, en contraposición a los estándares científicos actuales que no avalan estas intervenciones⁹⁵.

En cuarto lugar, y una vez decidida que la restricción es la única intervención posible, debe procederse a su prescripción facultativa y a la solicitud del consentimiento informado^{95,177}. Ambos protocolos recogían estas indicaciones, si bien se detectó que los mismos no se cumplían en la mayoría de las ocasiones, especialmente en el centro 2, ya que la orden médica sólo alcanzaba a poco más del 15% de los residentes y el consentimiento faltaba en el 95% de los expedientes.

Debido a los importantes efectos adversos que conlleva este procedimiento, se destaca la necesidad de que un documento de este tipo contenga un plan de cuidados específico cuyo contenido siga las directrices que hemos enumerado⁹⁵. Sin embargo, las referencias al mismo son muy someras en los protocolos de ambos centros, limitándose a señalar la frecuencia con que debían controlarse las restricciones. A pesar de ello, en ningún residente del centro 1 se encontró constancia documental de que esto se estuviera haciendo, mientras que en el centro 2 alcanzaba a menos del 10% de las personas restringidas.

En sexto y último lugar, un protocolo sobre restricciones debe plantear que se revise de forma periódica la conveniencia de seguir aplicándolas^{95,247}. Si bien el documento del centro 1 contenía este aspecto, no fue posible encontrar ninguna referencia a ello en los expedientes de los residentes.

En definitiva, aunque dos de los centros han realizado el esfuerzo de regular el uso de la restricción mediante un protocolo, este no parece haber tenido un impacto relevante sobre las tasas de uso de este procedimiento. El incumplimiento de los requisitos establecidos en los mismos ha reducido las diferencias con el resto de los centros. Esta falta de seguimiento puede también deberse al desconocimiento de estas directrices por una parte de los profesionales²⁴⁶.

6.5. LIMITACIONES

El registro de las diferentes variables, a excepción de las recogidas mediante la observación directa y la evaluación de los profesionales, se basó en la información disponible en las historias clínicas, por lo que en algunos casos esta podría ser incompleta^{156,248}. Otros datos como la evaluación del deterioro cognitivo deben ser tomados con precaución, debido a que no se disponía de esta información en relación a todos los residentes.

Con respecto al uso de la restricción es necesario señalar que la misma se registró en un período de 24 horas, lo que podría no reflejar por completo la verdadera realidad. Además, se excluyeron los fines de semana, días en los que suele disminuir el personal de enfermería, y quizás variar el uso de la misma. Por otro lado, y dado que sólo se contabilizaron los dispositivos visibles, podría existir un subregistro, aunque consideramos que la desviación respecto a la prevalencia registrada es probable que sea mínima.

Otra posible limitación del estudio puede residir en el uso de los ítems de actividad y movilidad de la escala de Braden para determinar si una persona era móvil o no. El hecho de que se haya utilizado anteriormente²⁹ y con el mismo propósito, y que cada una de las puntuaciones aparezcan muy bien definidas en la escala, hacen que consideremos que se trata de un instrumento confiable.

La decisión de excluir a los residentes sin movimiento voluntario también puede haber influido en los resultados, especialmente su comparabilidad con otros estudios; sin embargo, nos parece que proporciona una muestra más representativa de aquellos en los que la barras bilaterales y otros dispositivos pueden ser considerados una restricción.

Finalmente, conviene señalar que los resultados sólo reflejarían una parte de la realidad, que es la que tiene que ver con los centros de titularidad y gestión pública de una sola región de España. Sin embargo, es probable que los mismos puedan extenderse al resto del Estado, dado que este tipo de instituciones tienen características similares y son reguladas bajo leyes similares.



7. CONCLUSIONES





A partir de los resultados descritos, y en base a los objetivos planteados, podemos extraer las siguientes conclusiones:

1.- La prevalencia en el uso de la restricción física en los centros estudiados es elevada y superior a la registrada en otros países. Cuando se incluyen las barras bilaterales alcanza al 86,7 % de los residentes, mientras que si se excluye este dispositivo se sitúa en el 40,4%. Estos porcentajes no son homogéneos, existiendo notables diferencias entre los centros participantes.

También se observa que buena parte de los residentes parecen estar restringidos desde hace tiempo y de manera continua, lo que plantea importantes controversias clínicas, sociales y ético-legales.

2.- Este procedimiento se utiliza más con las personas que presentan mayor deterioro físico, funcional y cognitivo, por lo que sería deseable que los profesionales mejoraran sus capacidades en el cuidado de este grupo de residentes.

En sintonía con las propuestas de diferentes organizaciones, parece necesario que las instituciones y los profesionales que trabajan en ellas orienten los cuidados según un modelo basado en la atención centrada en la persona. Este modelo contribuirá a satisfacer las necesidades y preferencias de los residentes mejorando así su calidad de vida.

3.- La elevada prevalencia detectada tiene que ver principalmente con el uso de barras bilaterales como medida de seguridad. Este hecho, junto a la falta de registros relacionados con su aplicación, sugiere que este dispositivo se está empleando de manera rutinaria.

4.- La razón fundamental por la que se utiliza la restricción física es el riesgo de caídas. Sin embargo, no existen evidencias acerca de que este haya sido evaluado, lo que sugiere que las percepciones y creencias de los profesionales han guiado esta decisión.

Además, ninguno de los centros participantes contaba con un protocolo de prevención de caídas. Dado que se trata de un requisito necesario en este tipo de instituciones sería conveniente su inmediata puesta en marcha.

5.- No se están cumpliendo los requerimientos legales acerca de la prescripción facultativa y el consentimiento informado. Esto sugiere que la restricción física se está aplicando de manera indiscriminada, sin que los residentes y sus familiares sean conscientes del riesgo asociado a estos dispositivos.

6.- La sistemática ausencia de documentación acerca de este procedimiento puede afectar de manera importante la seguridad de los residentes ya que puede llevar a que los profesionales tomen decisiones equivocadas, a la vez que perpetuar el uso de la restricción física. Deben también considerarse las consecuencias que podría tener para los profesionales la falta de registros sobre sus actuaciones.

7.- La falta de un plan de cuidados específico dirigido a las personas sometidas a una restricción afecta de manera relevante a su seguridad, ya que incrementa los riesgos de que sufran efectos adversos y aumente su deterioro físico, funcional, cognitivo y relacional.

8.- A pesar del elevado uso de la restricción física, la mayoría de los centros no disponen de un protocolo que regule las mismas, y ello a pesar de la obligación que tienen de contar con uno. Esto puede llevar a que criterios y decisiones personales guíen la toma de decisiones acerca de la aplicación de este procedimiento.

9.- Los resultados globales ponen de manifiesto un uso extensivo de la restricción física combinado con un bajo control de la misma. Esto pone de manifiesto la necesidad de que se elaboren leyes específicas que regulen esta intervención, guiando a los profesionales y a las instituciones a ofrecer una atención lo menos restrictiva posible.

En términos éticos y de calidad de cuidado, una vida libre de restricción física tiene que ser el estándar de cuidado para todas las personas mayores y debe ser tomada en cuenta como uno de los pilares de la calidad asistencial.

Para finalizar, sugerimos que los estudios futuros exploren más a fondo los factores institucionales y culturales que podrían afectar el uso de restricciones físicas.



8. BIBLIOGRAFÍA





- (1) Fernández JN (coordinador). INFORME 2014. Las Personas Mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas. Madrid: IMSERSO. 2015. Disponible en: http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/22029_info2014pm.pdf. Acceso 15 junio 2016.
- (2) Abellán A, Pujol R. Un perfil de las personas mayores en España, 2016. Indicadores estadísticos básicos. Informes Envejecimiento en red nº 14. Madrid: CSIC. 2016. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos16.pdf>. Acceso 20 diciembre 2016.
- (3) Abades M, Rayón E. El envejecimiento en España: ¿un reto o problema social?. Gerokomos. 2012;23(4):151-5.
- (4) Carabaña J. Los cambios demográficos y sus consecuencias sociales. Información Comercial Española, ICE: Revista de economía 2003;811:153-174.
- (5) Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra (Suiza): Organización Mundial de la Salud. 2015. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf. Acceso 18 enero 2017.
- (6) Alonso P, Sansó FJ, Díaz-Canel AM, Carrasco M, Oliva T. Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2007; 33(1). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v33n1/spu10107.pdf>. Acceso 12 diciembre 2016.
- (7) Marín JM. Envejecimiento. Salud Pública Educ Salud. 2003;3(1):28-33.
- (8) Esparza C. Discapacidad y dependencia en España. Informes Portal Mayores, nº 108. Madrid: CSIC. 2011 Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/pm-discapacidad-01.pdf>. Acceso 12 diciembre 2016.
- (9) Del Barrio JL, De Pedro-Cuesta J, Boix R, Acosta J, Bergareche A, et al. Dementia, stroke and Parkinson's disease in Spanish populations: a review of door-to-door prevalence surveys. Neuroepidemiology. 2005;24(4):179-188.
- (10) Organización Mundial de la Salud. Demencia. Una prioridad de salud pública. Washington, DC (EE.UU.): Organización Panamericana de la Salud. 2013. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98377/1/9789275318256_spa.pdf. Acceso 18 enero 2017.
- (11) Lane C, Harrington A. The factors that influence nurses' use of physical restraint: A thematic literature review. Int J Nurs Pract. 2011;17(2):195-204.
- (12) Engberg J, Castle NG, McCaffrey D. Physical restraint initiation in nursing homes and subsequent resident health. Gerontologist. 2008;48(4):442-452.
- (13) 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.
- (14) Evans D, Wood J, Lambert L. Patient injury and physical restraint devices: a systematic review. J Adv Nurs. 2003;41(3):274-282.

- (15) Huang H, Huang Y, Lin K, Kuo Y. Risk factors associated with physical restraints in residential aged care facilities: a community-based epidemiological survey in Taiwan. *J Adv Nurs*. 2014; 70(1):130-143.
- (16) Kong E-H, Evans LK. Nursing staff views of barriers to physical restraint reduction in nursing homes. *Asian Nurs Res*. 2012;6(4): 173-180.
- (17) Koch S, Nay R, Wilson J. Restraint Removal: tension between protective custody and human rights. *Int J Older People Nurs*. 2006;1(3):151-8.
- (18) Real Academia Española de la lengua. *Diccionario de la lengua española*. 20ª edición. Madrid: Espasa-Calpe. 1992.
- (19) Bleijlevens MHC, Wagner LM, Capezuti E, Hamers JPH. Physical restraints: Consensus of a research definition using a modified Delphi technique. *J Am Geriatr Soc*. 2016.
- (20) Centers for Medicare & Medicaid Services. Revisions to the State Operations Manual-Appendix PP-Guidance to Surveyors for Long Term Care Facilities. Pub. 100-07 State Operations. Transmittal 157. Maryland (U.S.) (actualizado 10 de junio 2016). Disponible en: <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R157SOMA.pdf>. Acceso 12 octubre 2016.
- (21) Royal College of Nursing. Let's talk about restraint. Rights, risks and responsibility. Londres (Reino Unido). Royal College of Nursing. 2008. Disponible en: https://www2.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0007/157723/003208.pdf. Acceso 15 julio 2016.
- (22) Bredthauer D, Becker C, Eichner B, Koczy P, Nikolaus Th. Factors relating to the use of physical restraints in psychogeriatric care: A paradigm for elder abuse. *Z Gerontol Geriatr*. 2005;38(1):10-18.
- (23) Retsas, AP. Survey findings describing the use of physical restraints in nursing homes in Victoria, Australia. *Int J Nurs Stud*. 1998; 35(3):184-191.
- (24) Hantikainen V. Physical restraint: a descriptive study in Swiss nursing homes. *Nurs Ethics*. 1998;5(4):330-346.
- (25) Zwijsen SA, Depla MF, Niemeijer AR, Francke AL, Hertogh CM. The concept of restraint in nursing home practice: a mixed-method study in nursing homes for people with dementia. *Int Psychogeriatr*. 2011;23(5):826-834.
- (26) Hamers J, Gulpers M, Strik W. Use of physical restraints with cognitively impaired nursing home residents. *J Adv Nurs*. 2004;45(3):246-251.
- (27) Ludwick R, Meehan A, Zeller R, O'Toole R. Safety work: initiating, maintaining, and terminating restraints. *Clin Nurse Spec*. 2008;22(2):81-87.
- (28) Hofmann H, Schorro E, Haastert B, Meyer G. Use of physical restraints in nursing homes: a multicentre cross-sectional study. *BMC Geriatr*. 2015; 15: 129.
- (29) Heinze C, Dassen T, Grittner U. Use of physical restraints in nursing homes and hospitals and related factors: a cross-sectional study. *J Clin Nurs*. 2012;21(7-8):1033-1040.

- (30) Chiba Y, Yamamoto-Mitani N, Kawasaki M. A national survey of the use of physical restraint in long-term care hospitals in Japan. *J Clin Nurs*. 2012; 21(9-10):1314-1326.
- (31) Pellfolk T, Sandman PO, Gustafson Y, Karlsson S, Lövheim H. Physical restraint use in institutional care of old people in Sweden in 2000 and 2007. *Int Psychogeriatr*. 2012;24(7):1144-1152.
- (32) Heeren P; Van de Water G; De Paepe L; Boonen S; Vleugels A; Milisen K. Staffing levels and the use of physical restraints in nursing homes: a multicenter study. *J Gerontol Nurs*. 2014;40(12):48-54.
- (33) Cassie KM, Cassie W. Racial disparities in the use of physical restraints in U.S. nursing homes. *Health Soc Work*. 2013;38(4):207-213.
- (34) Meyer G, Kopke S, Haastert B, Muhlhauser I. Restraint use among nursing home residents: Cross-sectional study and prospective cohort study. *J Clin Nurs*. 2009;18(7):981-990.
- (35) Huizing AN, Hamers JP, De Jonge J, Candel M, Berger MP. Organisational determinants of the use of physical restraints: a multilevel approach. *Soc Sci Med*. 2007;65(5):924-933.
- (36) Cohen C, Neufeld R, Dunbar J, Pflug L, Breuer B. Old problem, different approach: alternatives to physical restraints. *J Gerontol Nurs*. 1996;22(2):23-9.
- (37) Moseley CB. Inappropriate clinical care in nursing homes. *Am J Med Qual*. 1994; 9(1):10-17.
- (38) Capezuti E, Maislin G, Strumpf N, Evans LK. Side rail use and bed-related fall outcomes among nursing home residents. *J Am Geriatr Soc*. 2002;50(1):90-6.
- (39) 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):208-213.
- (40) 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):3197-3207.
- (41) 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(2):248-255.
- (42) VETTEL. Línea Addigy: Cinturones. Navarra. Manufacturas Vettel, S.L. 2015. Disponible en: http://www.vettel.es/category.php?id_category=39. Acceso 15 enero 2016.
- (43) Karlsson S, Bucht G, Sandman PO. Physical restraints in geriatric care. Knowledge, attitudes and use. *Scand J Caring Sci* 1998; 12(1):48-56.
- (44) Karlsson S, Bucht G, Eriksson S, Sandman PO. Factors relating to the use of physical restraints in geriatric care settings. *J Am Geriatr Soc*. 2001;49(12):1722-1728.

- (45) Myers H, Nikolett S, Hill A. Nurses' use of restraints and their attitudes toward restraint use and the elderly in an acute care setting. *Nurs Health Sci.* 2001;3(1):29-34.
- (46) Huizing AR, Hamers JPH, Gulpers MJM, Berger MPF. Short-term effects of an educational intervention on physical restraint use: a cluster randomized trial. *BMC Geriatr.* 2006;6:17.
- (47) 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. *J Am Geriatr Soc.* 2009; 57(7):1139-48.
- (48) Kong EH, Choi H, Evans LK. Staff perceptions of barriers to physical restraint-reduction in long-term care: a meta-synthesis. *J Clin Nurs.* 2017;26(1-2):49-60.
- (49) Fariña-López E, Estévez-Guerra GJ, Gandoy-Crego M, Polo-Luque LM, Gómez-Cantorna C, Capezuti EA. Perception of Spanish Nursing Staff on the Use of Physical Restraints. *J Nurs Scholarsh.* 2014;46(5):322-30.
- (50) Fariña-López E, Estévez-Guerra G, Núñez-González E, Pérez-Hernández D, Gandoy-Crego M. Actitudes, conocimientos y práctica de los profesionales de enfermería en el uso de restricciones físicas con personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2013;48(5):209-215.
- (51) Moore K, Haralambous B. Barriers to reducing the use of restraints in residential elder care facilities. *J Adv Nurs.* 2007;58(6):532-540.
- (52) 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. *J Am Geriatr Soc.* 1999;47(3):342-348.
- (53) Woo J, Hui E, Chan F, Chi I, Sham A. Use of restraints in long-term residential care facilities in Hong Kong SAR, China: predisposing factors and comparison with other countries. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2004;59(9):M921.
- (54) Mamun K, Lim J. Use of physical restraints in nursing homes: current practice in Singapore. *Ann Acad Med Singapore.* 2005;34(2):158-162.
- (55) 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):33-38.
- (56) Retsas, AP, Crabbe, H. Use of physical restraints in nursing homes in New South Wales, Australia. *Int J Nurs Stud.* 1998;35(3):177-183.
- (57) Retsas, AP. The use of physical restraints in Western Australian nursing homes. *Aust J Adv Nurs.* 1997;14(3):33-39.
- (58) Retsas, AP; Crabbe, H. Breaking loose. Use of physical restraints in nursing homes in Queensland, Australia. *Collegian* 1997;4(4):14-21.
- (59) 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.

(60) Muñoz R, Gómez S, Curto D, Hernández R, Marco B, García P, et al. Reducing Physical Restraints in Nursing Homes: A Report From Maria Wolff and Sanitas. *J Am Med Dir Assoc*. 2016;17(7):633-639.

(61) 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. *J Am Geriatr Soc* 2007;55(3):334-341.

(62) Dunn KS. The effect of physical restraints on fall rates in older adults who are institutionalized. *J Gerontol Nurs*. 2001;27(10):40-48.

(63) Lee DT, Chan MC, Tam EP, Yeung WS. Use of physical restraints on elderly patients: an exploratory study of the perceptions of nurses in Hong Kong. *J Adv Nurs* 1999;29(1):153-159.

(64) Di Giulio P, Toscani F, Villani D, Brunelli C, Gentile S, et al. Dying with advanced dementia in long-term care geriatric institutions: a retrospective study. *J Palliat Med*. 2008;11(7):1023-1028.

(65) Gillick MR. Rethinking the role of tube feeding in patients with advanced dementia. *N Engl J Med*. 2000; 342(3), 206–210.

(66) Gallinagh R, Nevin R, Mc Ilroy D, Mitchell F, Campbell L, 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(2):147–156.

(67) Hantikainen V, Käppeli S. Using restraint with nursing home residents: a qualitative study of nursing staff perceptions and decision-making. *J Adv Nurs*. 2000;32(5):1196-1205.

(68) Cohen-Mansfield J. Agitation in the elderly: Definitional and theoretical conceptualizations. In Hay DP, Klein DT, Hay LK, Grossberg GT, Kennedy JS (Eds.). *Agitation in patients with dementia: A practical guide to diagnosis and management*. Washington, DC (USA): American Psychiatric Publishing, Inc. 2003.

(69) Kolanowski AM, Whall AL. Toward holistic theory-based intervention for dementia behavior. *Holist Nurs Pract*. 2000;14(2):67-76.

(70) Dewing J. Responding to agitation in people with dementia. *Nurs Older People*. 2010;22(6):18-25.

(71) Scherder EJ, Bogen T, Eggermont LH, Hamers JP, Swaab DF. The more physical inactivity, the more agitation in dementia. *Int Psychogeriatr*. 2010;22(8):1203-1208.

(72) Lai CK. Nurses using physical restraints: Are the accused also the victims? – A study using focus group interviews. *BMC Nurs*. 2007;6:5.

(73) Karlsson S, Buch G, Rasmussen BH, Sandman PO. *J Clin Nurs*. 2000;9(6):842-850.

- (74) 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):276-286.
- (75) Tinetti ME, Liu WL, Marottoli RA, Ginter SF. Mechanical restraint use among residents of skilled nursing facilities. Prevalence, patterns, and predictors. *JAMA*. 1991;265 (4):468-471.
- (76) Gutiérrez-Herrera RF, Sierra-Ayala I, Riquelme-Heras HM, Padrón-López O. Uso de restricción física en estancias geriátricas del área metropolitana de Monterrey, México. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2016;51:180-181.
- (77) Feng Z, Hirdes JP, Smith TF, Finne-Soveri H, Chi I, et al. Use of physical restraints and antipsychotic medications in nursing homes: a cross-national study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2009;24(10):1110-1118.
- (78) Karlsson S, Bucht G, Eriksson S, Sandman PO. Physical restraints in geriatric care in Sweden: prevalence and patient characteristics. *J Am Geriatr Soc*. 1996;44(11):1348-1354.
- (79) Laurin D, Voyer P, Verreault R, Durand P. Physical restraint use among nursing home residents: A comparison of two data collection methods. *BMC Nurs*. 2004; 3:5.
- (80) Phillips CD, Hawes C, Mor V, Fries BE, Morris JN, et al. Facility and area variation affecting the use of physical restraints in nursing homes. *Med Care*. 1996;34(11):1149-1162.
- (81) Castle NG, Fogel B, Mor V. Risk factors for physical restraint use in nursing homes: pre- and post-implementation of the Nursing Home Reform Act. *Gerontologist*. 1997;37(6):737-747.
- (82) Luo H, Lin M, Castle N. Physical restraint use and falls in nursing homes: a comparison between residents with and without dementia. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*. 2011;26(1):44-50.
- (83) Suen LK, Lai CK, Wong TK, Chow SK, Kong SK, et al. Use of physical restraints in rehabilitation settings: staff knowledge, attitudes and predictors. *J Adv Nurs*. 2006;55(1):20-28.
- (84) 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):784-791.
- (85) Chien WT. The use of physical restraints to psychogeriatric patients in Hong Kong. *Issues Ment Health Nurs*. 1999;20(6):571-586.
- (86) 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(5):499-507.
- (87) Suen LKP. Knowledge, attitude and practice of nursing home staff towards physical restraints in Hong Kong nursing homes. *AJN*. 1999; 5(2):73-86.

- (88) Chuang YH, Huang HT. Nurses' feelings and thoughts about using physical restraints on hospitalized older patients. *J Clin Nurs*. 2007 Mar;16(3):486-94.
- (89) Strumpf NE, Evans LK. Physical restraint of the hospitalized elderly: perceptions of patients and nurses. *Nurs Res*. 1988;37(3):132-137.
- (90) Hardin SB, Magee R, Stratmann D, Vinson MH, Owen M, et al. Extended care and nursing home staff attitudes toward restraints. Moderately positive attitudes exist. *J Gerontol Nurs*. 1994;20(3):23-31.
- (91) Matthiesen V, Lamb KV, McCann J, Hollinger-Smith L, Walton JC. Hospital nurses' views about physical restraint use with older patients. *J Gerontol Nurs*. 1996;22(6):8-16.
- (92) Janelli LM, Stamps D, Delles L. Physical restraint use: a nursing perspective. *Medsurg Nurs*. 2006;15(3):163-167.
- (93) Fariña-López E, Camacho AJ, Estévez-Guerra GJ, Bros M. Accidentes asociados al uso de restricciones físicas en ancianos con trastornos: estudio de tres casos. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2009;44:262-265.
- (94) Welch L. Catastrophic outcomes in long-term care. *Can Nurs Home*. 2014;25(2):18-19.
- (95) Comité Interdisciplinar de Sujeciones. Documento de consenso sobre sujeciones mecánicas y farmacológicas. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Madrid. 2014. Disponible en: https://www.segg.es/info_prensa.asp?pag=1&cod=349. Acceso 12 enero 2017.
- (96) De Bellis A, Mosel K, Curren D, Prendergast J, Harrington A, et al. Education on physical restraint reduction in dementia care: a review of the literature. *Dementia (London)*. 2013;12(1):93-110.
- (97) 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):147-155.
- (98) Blakeslee JA, Goldman BD, Papougenis D, Torell CA. Making the transition to restraint-free care. *J Gerontol Nurs*. 1991 Feb;17(2):4-8.
- (99) Gulpers MJ, Bleijlevens MH, Ambergen T, Capezuti E, Van Rossum E, Hamers JP. Belt restraint reduction in nursing homes: effects of a multicomponent intervention program. *J Am Geriatr Soc*. 2011;59(11):2029-2036.
- (100) Peiró JM, Rodríguez I. Estrés laboral, liderazgo y salud organizacional. *Pap Psicol [Internet]*. 2008 [citado 15 de noviembre de 2016]; 29(1):68-82. Disponible https://www.researchgate.net/profile/Isabel_Rodriguez10/publication/28249621_Estres_laboral_liderazgo_y_salud_organizacional/links/0deec517f90e5c8374000000.pdf. Acceso 12 diciembre 2016.
- (101) 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):1114-1120.
- (102) Evans LK, Strumpf NE. Myths about elder restraint. *Image J Nurs Sch*.

1990;22(2):124-128.

(103) Castle NG, Fogel B. Characteristics of nursing homes that are restraint free. *Gerontologist*. 1998;(2):181-188.

(104) Castle NG, Engberg J. The health consequences of using physical restraints in nursing homes. *Med Care*. 2009;47(11):1164-1173.

(105) Thomas KS, Hyer K, Castle NG, Branch LG, Andel R, Weech-Maldonado R. Patient safety culture and the association with safe resident care in nursing homes. *Gerontologist*. 2012; 52(6):802-811.

(106) Weech-Maldonado R., Meret-Hanke L, Neff MC, Mor V. Nurse staffing patterns and quality of care in nursing homes. *Health Care Manage Rev*. 2004;29(2):107-116.

(107) Lucas JA, Levin CA, Lowe TJ, Robertson B, Akincigil A, et al. The relationship between organizational factors and resident satisfaction with nursing home care and life. *J Aging Soc Policy*. 2007;19(2):125-151.

(108) Amirkhanyan AA, Kim HJ, Lambright KT. Does the public sector outperform the nonprofit and for-profit sectors? Evidence from a national panel study on nursing home quality and access. *J Policy Anal Manage*. 2008;27(2):326-353.

(109) Moynihan DP, Pandey SK. Testing how management matters in an era of government by performance management. *J Public Adm Res Theory* 2004;15(3):421-439.

(110) Kirkevold O, Engedal K. Prevalence of patients subjected to constraint in Norwegian nursing homes. *Scand J Caring Sci*. 2004;18(3):281-286.

(111) Verbeek H, van Rossum E, Zwakhalen SM, Ambergen T, Kempen GI, et al. The effects of small-scale, homelike facilities for older people with dementia on residents, family caregivers and staff: design of a longitudinal, quasi-experimental study. *BMC Geriatr*. 2009;9,3

(112) Verbeek H, Zwakhalen SM, van Rossum E, Ambergen T, Kempen GI, et al. Effects of small-scale, home-like facilities in dementia care on residents' behavior, and use of physical restraints and psychotropic drugs: a quasi-experimental study. *Int Psychogeriatr*. 2014;26(4):657-668.

(113) Haut A, Kolbe N, Strupeit S, Mayer H, Meyer G. Attitudes of relatives of nursing home residents toward physical restraints. *J Nurs Scholarsh*. 2010;42(4):448-456.

(114) 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):201-207.

(115) Lai CK, Wong IY. Families' perspectives on the use of physical restraints. *Contemp Nurse*. 2008;27(2):177-184.

- (116) Gallinagh R, Nevin R, Campbell L, Mitchell F, Ludwick R. Relatives' perceptions of side rail use on the older person in hospital. *Br J Nurs*. 2001;10(6):391-399.
- (117) Koch S, Lyon C, Lyon KS. Case study approach to removing physical restraint. *Int J Nurs Pract*. 2001;7(3):156-161.
- (118) Hardin SB, Magee R, Vinson MH, Owen M, Hyatt E, et al. Patient and family perceptions of restraints. *J Holist Nurs*. 1993;11(4):383-397.
- (119) Cruz-Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM, Boirie Y, Cederholm T, et al. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. *Age Ageing*. 2010;39(4):412-423.
- (120) Demir A. Nurses' use of physical restraints in four Turkish hospitals. *J Nurs Scholarsh*. 2007;39(1):38-45.
- (121) Kron M, Loy S, Sturm E, Nikolaus T, Becker C. Risk indicators for falls in institutionalized frail elderly. *Am J Epidemiol*. 2003;158(7):645-653.
- (122) Lahmeyer HH, Stock PG. Phencyclidine intoxication, physical restraint, and acute renal failure: case report. *J Clin Psychiatry*. 1983;44(5):184-185.
- (123) Yabe M, Hirose Y, Toyoshima H. Bedrail-related rhabdomyolysis caused by abdominal wall injury. *Geriatr Gerontol Int*. 2007;7(4):406-408.
- (124) Mohr WK, Petti TA, Mohr BD. Adverse effects associated with physical restraint. *Can J Psychiatry*. 2003;48(5):330-337.
- (125) Lehmann AB, Johnston D, James OF. The effects of old age and immobility on protein turnover in human subjects with some observations on the possible role of hormones. *Age Ageing*. 1989;18(3):148-157.
- (126) Bischoff H, Stähelin HB, Vogt P, Friderich P, Vonthein R, et al. Immobility as a major cause of bone remodeling in residents of a long-stay geriatric ward. *Calcif Tissue Int*. 1999;64(6):485-489.
- (127) Quigley P, Bulat T, Kurtzman E, Olney R, Powel-Cope G, et al. Fall prevention and injury protection for nursing home residents. *J Am Med Dir Assoc*. 2010;11(4):284-293.
- (128) Catalano M, Quelle LS, Jeric PE, Di Martino A, Maimone SM. Survival of *Acinetobacter baumannii* on bed rails during an outbreak and during sporadic cases. *J Hosp Infect*. 1999;42(1):27-35.
- (129) Offermans MP, Du Moulin MF, Hamers JP, Dassen T, Halfens RJ. Prevalence of urinary incontinence and associated risk factors in nursing home residents: a systematic review. *Neurourol Urodyn*. 2009;28(4):288-294.
- (130) Berzlanovich AM, Schöpfer J, Keil W. Deaths due to physical restraint. *Dtsch Arztebl Int*. 2012;109:27-32.
- (131) Quintero-Urbe LC, Blanco-Arriola L, Zarrabeitia MT. Muertes provocadas por cinturones de contención en ancianos encamados. *Rev Esp Med Legal*

2012;38(1):28-31.

(132) Miles SH. Autopsy findings in asphyxia in medical bed rails. *Am J Forensic Med Pathol.* 2009;30(3):256-261.

(133) Strout TD. Perspectives on the experience of being physically restrained: an integrative review of the qualitative literature. *Int J Ment Health Nurs.* 2010;19(6):416-427.

(134) Lin LC, Wu SC, Kao CC, Tzeng YL, Watson R, et al. Single ability among activities of daily living as a predictor of agitation. *J Clin Nurs.* 2009;18(1):117-123.

(135) Werner P, Cohen-Mansfield J, Braun J, Marx MS. Physical restraints and agitation in nursing home residents. *J Am Geriatr Soc.* 1989;37(12):1122-1126.

(136) Voyer P, Verreault R, Azizah GM, Desrosiers J, Champoux N, et al. Prevalence of physical and verbal aggressive behaviours and associated factors among older adults in long-term care facilities. *BMC Geriatr.* 2005;5:13.

(137) Ryden MB, Feldt KS, Oh HL, Brand K, Warne M, et al. Relationships between aggressive behavior in cognitively impaired nursing home residents and use of restraints, psychoactive drugs, and secured units. *Arch Psychiatr Nurs.* 1999;13(4):170-178.

(138) 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):171-178.

(139) Sullivan-Marx EM. Psychological responses to physical restraint use in older adults. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 1995;33(6):20-25.

(140) Freeman S, Spirgiene L, Martin-Khan M, Hirdes JP. Relationship between restraint use, engagement in social activity, and decline in cognitive status among residents newly admitted to long-term care facilities. *Geriatr Gerontol Int.* 2016 Jan 28.

(141) Foebel AD, Onder G, Finne-Soveri H, Lukas A, Denkinger MD, et al. Physical Restraint and Antipsychotic Medication Use Among Nursing Home Residents With Dementia. *J Am Med Dir Assoc.* 2016;17(2):184.e9–184.e14.

(142) Castle NG. Mental health outcomes and physical restraint use in nursing homes {private}. *Adm Policy Ment Health.* 2006;33(6):696-704.

(143) Kruger C, Meyer G, Hamers J. Mechanische freiheitsentziehende Maßnahmen im Krankenhaus. Ein systematischer Literaturüberblick. *Z Gerontol Geriatr.* 2010;43(5):291–6.

(144) Kirkevold O, Engedal K. A study into the use of restraint in nursing homes in Norway. *Br J Nurs.* 2004;13(15):902-905.

(145) Möhler R, Meyer G. Attitudes of nurses towards the use of physical restraints in geriatric care: a systematic review of qualitative and quantitative studies. *Int J Nurs Stud.* 2014;51(2):274–88.

- (146) Salgado JF. Personalidad y deseabilidad social en contextos organizacionales: implicaciones para la práctica de la psicología del trabajo y las organizaciones. *Pap Psicol* [Internet]. 2005 [citado 15 de noviembre de 2016]; 26(92):115-128. Disponible en: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1252.pdf>. Acceso 12 diciembre 2016.
- (147) 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):92-96.
- (148) Ljunggren G, Phillips CD, Sgadari A. Comparisons of restraint use in nursing homes in eight countries. *Age Ageing*. 1997;26 Suppl 2:43-47.
- (149) Castle NG. Nursing homes with persistent deficiency citations for physical restraint use. *Med Care*. 2002;40(10):868-878.
- (150) Kirkevold O, Laake K, Engedal K. Use of constraints and surveillance in Norwegian wards for the elderly. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2003;18 (6):491-497.
- (151) Karlsson S, Nyberg L, Sandman PO. The use of physical restraints in elder care in relation to fall risk. *Scand J Caring Sci* 1997;11(4):238-242.
- (152) Burgueño AA, 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 del Programa desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer. *Agathos*. 2008;8(1):4-11.
- (153) Schleenbaker RE, McDowell SM, Moore RW, Costich JF, Prater G. Restraint use in inpatient rehabilitation: incidence, predictors, and implications. *Arch Phys Med Rehabil*. 1994;75(4):427-430.
- (154) Kow JV, Hogan DB. Use of physical and chemical restraints in medical teaching units. *CMAJ*. 2000;162(3):339-340.
- (155) Olazarán J, Valle D, Serra JA, Cano P, Muñiz R. Psychotropic medications and falls in nursing homes: a cross-sectional study. *J Am Med Dir Assoc*. 2013;14(3):213-217.
- (156) Schnelle JF, Bates-Jensen BM, Chu L, Simmons SF. Accuracy of nursing home medical record information about care-process delivery: Implications for staff management and improvement. *J Am Geriatr Soc*. 2004;52(8):1378-1383.
- (157) Fariña-López E, Estévez-Guerra GJ. La restricción física de los pacientes: siglos XIX y XX. *Rev Enferm*. 2011;34(3):182-189.
- (158) Cole, A. Applications to restrict elderly people without mental capacity rose 70% in three years. *BMJ*. 2014;348:g377.
- (159) Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, nº 311, (29-12-1978).
- (160) Resolución 46/91 de la Asamblea General. Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad (16 de diciembre de 1991). Disponible en: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/46/91&referer=/english/&Lang=S. Acceso 15 julio 2016.

- (161) Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006. Boletín Oficial del Estado, nº 96, (21-04-2008).
- (162) Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. UNESCO. París (Francia). 2005, (19 de octubre de 2005). Disponible en: http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html. Acceso 25 enero 2017.
- (163) Ley 13/1983, de 24 de octubre, de Reforma del Código Civil en materia de tutela. Boletín Oficial del Estado, nº 56, (26-10-1983).
- (164) Circular 2/1984, de 8 de junio, en torno al artículo 211 del Código Civil: el internamiento del incapaces presuntos [acceso 10 febrero 2016]. Disponible en: https://www.fiscal.es/fiscal/PA_WebApp_SGNTJ_NFIS/descarga/circular02_1984.pdf?idFile=b3f30231-156c-4f29-bddd-4246d4ee8233.
- (165) Instrucción 3/1990, de 7 de mayo, sobre régimen jurídico que debe regir para el ingreso de personas en residencias de la tercera edad [acceso 20 mayo 2016]. Disponible en: https://www.fiscal.es/fiscal/PA_WebApp_SGNTJ_NFIS/descarga/instruccion03_1990.pdf?idFile=65700ff4-e231-46ba-afcf-b462022a3470.
- (166) Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Boletín Oficial del Estado, nº 281, (24-11-1995).
- (167) Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Boletín Oficial del Estado, nº 77, (31-03-2015).
- (168) Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil. Boletín Oficial del Estado, nº 7, (8-01-2000).
- (169) 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 20 mayo 2016]. Disponible en: <https://www.defensordelpueblo.es/documentacion/>.
- (170) Gómez-Durán EL, Guija JA, Ortega-Monasterio L. Aspectos medicolegales de la contención física y farmacológica. Med Clin. 2014;142 Supl 2:23-29.
- (171) Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado, nº 299, (15-12-2006).
- (172) Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, nº 102, (29-04-1986).
- (173) Instrumento de Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997. Boletín Oficial del Estado, nº 251, (20-10-1999).

- (174) 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. Boletín Oficial del Estado, nº 274, (15-11-2002).
- (175) Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Boletín Oficial del Estado, nº 280, (22-11-2003).
- (176) Gallego S, Gutiérrez J, Fernández MF. Aspectos legales del uso de medios de contención mecánica en los diferentes ámbitos asistenciales y sanitarios. Especial referencia a los ingresos por patologías no psíquicas en instituciones sanitarias abiertas. DS, Derecho salud. 2013;23(1):77-95.
- (177) Comité de Bioética de España. Consideraciones éticas y jurídicas sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario. Madrid. Comité de Bioética de España. 2016. Disponible en: <http://www.comitedebioetica.es/>. Acceso 15 noviembre 2016.
- (178) Sancho I. Tratamiento legal y jurisprudencia del consentimiento informado. Disponible en: http://www.indret.com/pdf/209_es.pdf. Acceso 15 noviembre 2016.
- (179) Wagner LM, McDonald SM, Castle NG. Nursing home deficiency citations for physical restraints and restrictive side rails. West J Nurs Res. 2013; 35(5):546-565.
- (180) Decreto 176/2000, de 15 de mayo, de modificación del Decreto 284/1996, de 23 de julio, de regulación del sistema de Cataluña de Servicios Sociales. Diario Oficial de la Generalitat de Cataluña, nº 3148, (26-05-2000).
- (181) Ley 12/2007, de 11 de octubre, de servicios sociales. Diario Oficial de la Generalitat de Cataluña, nº 4990, (18-10-2007).
- (182) Ramos P. Pasado, presente y futuro de la normativa del uso de sujeciones en residencias de la comunidad de Madrid. Abstract Jornadas “Cero Sujeciones. De la teoría a la práctica”. Fundación María Wolff [acceso 15 enero 2017]. Disponible en: http://www.mariawolff.org/_pdf/abstract_jornadas.pdf.
- (183) 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, nº 204, (14-10-2011).
- (184) Orden Foral 186/2014, de 2 de abril, del Consejero de Políticas Sociales, por la que se aprueba el Protocolo para el Uso de Sujeciones en los Centros Residenciales de Tercera Edad y Discapacidad. Boletín Oficial de Navarra, nº 94, (16-05-2014).
- (185) Social Care Institute for Excellence. Mental Capacity Act (MCA) Directory. Last updated julio 2015. Disponible en: <http://www.scie.org.uk/mca-directory/>. Acceso 13 enero 2017.
- (186) Griffith R. Restraint and the older patient: legal and professional considerations. Br J Nurs. 2014;23(3):132-133.

- (187) Omnibus Budget Reconciliation Act of 1987. Public Law 100–203, sections 4201 (a), 4211 (a). Disponible en: <https://www.govtrack.us/congress/bills/100/hr3545/text>. Acceso 20 octubre 2016.
- (188) Castle N, Mor V. Physical restraints in nursing homes: a review of the literature since the nursing home reform Act of 1987. *Med Care Res Rev.* 1998;55(2):139–76.
- (189) Hawes C, Mor V, Phillips CD, Fries BE, Morris JN, Steele-Friedlob E, et al. The OBRA-87 nursing home regulations and implementation of the Resident Assessment Instrument: effects on process quality. *J Am Geriatr Soc.* 1997;45(8):977-985.
- (190) Cassie KM, Cassie W. Racial disparities in the use of physical restraints in U.S. nursing homes. *Health Soc Work.* 2013;38(4):207-213.
- (191) Pellfolk TJ, Gustafson Y, Bucht G, Karlsson S. Effects of a restraint minimization program on staff knowledge, attitudes, and practice: A cluster randomized trial. *J Am Geriatr Soc.* 2010;58(1):62-69.
- (192) Godkin MD, Onyskiw JE. A systematic overview of interventions to reduce physical restraint use in long-term care settings. *Online J Knowl Synth Nurs.* 1999;11;6:6.
- (193) Goethals S, Dierckx de Casterlé B, Gastmans C. Nurses' decision-making in cases of physical restraint: a synthesis of qualitative evidence. *J Adv Nurs.* 2012;68(6):1198-210.
- (194) Neufeld RR, Libow LS, Foley WJ, Dunbar JM, Cohen C, Breuer B. Restraint reduction reduces serious injuries among nursing home residents. *J Am Geriatr Soc.* 1999;47(10):1202-1207.
- (195) Evans LK, Strumpf NE, Allen-Taylor SL, Capezuti E, Maislin G, Jacobsen B. A clinical trial to reduce restraints in nursing homes. *J Am Geriatr Soc.* 1997;45(6):675-681.
- (196) Kuske B, Luck T, Hanns S et al. Training in dementia care: A cluster-randomized controlled trial of a training program for nursing home staff in Germany. *Int Psychogeriatr* 2009;21:295–308.
- (197) 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(6):587-590.
- (198) 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):80-86.
- (199) Werner P, Koroknay V, Braun J, Cohen-Mansfield J. Individualized care alternatives used in the process of removing physical restraints in the nursing home. *J Am Geriatr Soc.* 1994;42(3):321-325.

- (200) Huizing AR, Hamers JP, Gulpers MJ, Berger MP. Preventing the use of physical restraints on residents newly admitted to psycho-geriatric nursing home wards: a cluster-randomized trial. *Int J Nurs Stud*. 2009;46(4):459-469.
- (201) Koczy P, Becker C, Rapp K, Klie T, Beische D, Buchele G, et al. Effectiveness of a multifactorial intervention to reduce physical restraints in nursing home residents. *J Am Geriatr Soc*. 2011;59(2):333-339.
- (202) Köpke S, Mühlhause I, Gerlach A, Haut A, Haastert B, Möhler R, et al. Effect of a guideline-based multicomponent intervention on use of physical restraints in nursing homes: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2012;307(20):2177-2184.
- (203) Gulpers MJ, Bleijlevens MH, Ambergen T, Capezuti E, van Rossum E, Hamers JP. Reduction of belt restraint use: long-term effects of the EXBELT intervention. *J Am Geriatr Soc*. 2013;61(1):107-112.
- (204) Cameron ID, Murray GR, Gillespie LD, Robertson MC, Hill KD, Cumming RG, Kerse N. Interventions for preventing falls in older people in nursing care facilities and hospitals. *Cochrane Database Sys Rev*. 2010;20(1):CD005465.
- (205) Shanley C. Falls and injury reduction in residential aged care: translating research into practice. *Contemp Nurse*. 2003;15(1-2):81-93.
- (206) Bazon J, Echevarria KH, Smith GB. Nursing outcome indicator: preventing falls for elderly people. *Outcomes Manag Nurs Pract*. 1999;3(3):112-116.
- (207) White-Chu EF, Graves WJ, Godfrey SM, Bonner A, Sloane P. Beyond the medical model: the culture change revolution in long-term care. *J Am Med Dir Assoc*. 2009;10(6):370-378.
- (208) Li J, Porock D. Resident outcomes of person-centered care in long-term care: a narrative review of interventional research. *Int J Nurs Stud*. 2014;51(10):1395-1415.
- (209) Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA). Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer. Disponible en: <http://ceoma.org/desatar/>. Acceso 15 enero 2017.
- (210) Fundación Cuidados Dignos. Modelo de cuidados centrado en la persona y sin sujeciones. Disponible en: <http://www.cuidadosdignos.org/que-hacemos/>. Acceso 15 diciembre 2016.
- (211) Fundación María Wolff. Cuidados sin sujeciones. Disponible en: <http://www.mariawolff.es/index.php/cuidados-sin-sujeciones>. Acceso 20 diciembre 2016.
- (212) Tortosa MA, Granell R, Fuenmayor A, Martínez M. Efectos de un programa de eliminación de sujeciones físicas sobre personas mayores con demencia en residencias. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2016;51(1):5-10.
- (213) Gobierno de Canarias. Consejería de Empleo, Políticas Sociales y Vivienda. Servicios y plazas en centros de dependencia para mayores. Disponible en: <http://www.gobiernodecanarias.org/politicassociales/dependencia/servicios/>.

Acceso 20 noviembre 2016.

(214) Folstein M, Folstein S, McHugh P. "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.* 1975;12(3):189-198.

(215) Bermejo F, Villanueva C, Rodríguez C, Villarejo A. Escalas de utilidad en la evaluación de la alteración cognitiva y demencia. En Bermejo F, Porta-Etessam J, Díaz J, Martínez-Martín P. Más de 100 escalas en neurología. 2ª ed. Toledo: Aula Médica Ediciones. 2008

(216) Lobo A, Saz P, Marcos G, Día JL, de la Cámara C, Ventura T, et al. Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination) en la población general geriátrica. *Med Clin.* 1999;112(20):767-774.

(217) Luukinen H, Koski K, Laippala P, Kivela SL. Risk factors for recurrent falls in the elderly in long-term institutional care. *Public Health.* 1995;109(1):57-65.

(218) Bergstrom N, Braden B, Laguzza A, Holman V. The Braden Scale for predicting pressure sore risk. *Nurs Res.* 1987;36(4):205-210.

(219) Pancorbo-Hidalgo PL, García-Fernández FP, Soldevilla-Ágreda JJ, Blasco-García C. Escalas e instrumentos de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión. Serie documentos técnicos GNEAUPP nº 11. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas [Internet]. Logroño: GNEAUPP; 2009. Disponible en: http://gneaupp.info/wp-content/uploads/2014/12/19_pdf.pdf. Acceso 6 enero de 2016.

(220) Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel Index. *Md State Med J.* 1965;14:61-65.

(221) Baztán JJ, Pérez J, Alarcón T, San Cristóbal E, Izquierdo G, Manzarbeitia J. Índice de Barthel: Instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 1993;28:32-40.

(222) Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Valoración de la discapacidad física: El Índice de Barthel. *Rev Esp Salud Pública* 1997;71(2):127-137.

(223) Biblioteca virtual en salud. Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS). Disponible en: <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>. Acceso 12 enero 2016.

(224) National Center for Biotechnology Information (NCBI). Medical Subject Headings (MeSH). Bethesda (EE.UU.). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>. Acceso 12 enero 2016.

(225) García P, Beltrán J. El uso de contenciones en el ámbito de los servicios sociales de Navarra. *Revista Jurídica de Navarra* 2012;53-54:71-112.

(226) Shanahan D. Bedrails and vulnerable older adults: how should nurses make 'safe and sound' decisions surrounding their use?. *Int J Older People Nurs.* 2012;7(4):272-281.

(227) Fonad E, Wahlin T, Winblad B, Emami A, Sandmark H. Falls and fall risk among nursing home residents. *J Clin Nurs.* 2008;17(1):126-134.

- (228) Rollins MO. Safety issues surrounding the use of bedrails. *Nurs Older People*. 2006;17(10):20-21.
- (229) Pujiula M, Quesada M, Avellana E, Ramos R, Cubí R, Grupo APOC ABS Salt. Resultados finales de un estudio de intervención multifactorial y comunitario para la prevención de caídas en ancianos. *Aten Primaria*. 2010;42(4):211-217.
- (230) Duaso E, Casas A, Formiga F, Lázaro M, Salvá A, Marcellán T, et al. Unidades de prevención de caídas y de fracturas osteoporóticas. Propuesta del Grupo de Osteoporosis, Caídas y Fracturas de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2011;46(5):268-274.
- (231) Lombard D. Proven Practice: Minimising the use of restraint in care homes for elderly people [Internet]. Community Care. City of York Council. 2009 Disponible en: <http://www.communitycare.co.uk/2009/11/26/proven-practice-minimising-the-use-of-restraint-in-care-homes-for-elderly-people/>. Acceso 20 enero 2017.
- (232) Decreto 154/2015, de 18 de junio, por el que se modifica el Reglamento regulador de los centros y servicios que actúen en el ámbito de la promoción de la autonomía personal y la atención a personas en situación de dependencia en Canarias, aprobado por el Decreto 67/2012, de 20 de julio. *Boletín Oficial de Canarias*, nº 118, (03 de julio de 2015).
- (233) IMSERSO. Protocolo sobre prevención y actuación ante una caída. Madrid: IMSERSO. 2015. Disponible en: http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/im_089257.pdf. Acceso 10 enero 2017.
- (234) Collins LG, Haines C, Perkel RL. Restraining devices for patients in acute and long-term care facilities. *Am Fam Physician*. 2009;79(4):254-256.
- (235) Decreto 63/2000, de 25 de abril, por el que se regula la ordenación, autorización, registro, inspección y régimen de infracciones y sanciones de centros para personas mayores y sus normas de régimen interno. *Boletín Oficial de Canarias*, nº 62, (19 de mayo de 2000).
- (236) Beltrán JL. El uso de sujeciones físicas y farmacológicas en la atención residencial de ancianos: derechos fundamentales afectados y garantías. *Rev. Aranzadi doctrin*. 2011;8:91-104.
- (237) 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
- (238) Demir A. Attitudes, informed consent obtaining rates and feeling about physical restraint use among nurses. *Turkiye Klinikleri J Med Sci*. 2009;29(6):1573-1581.
- (239) 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):217-227.

- (240) Ley 9/1987, de 28 de abril, de Servicios Sociales. Boletín Oficial de Canarias, nº 56, (04 de mayo de 1987).
- (241) 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.
- (242) McBrien B. Exercising restraint: clinical, legal and ethical considerations for the patient with Alzheimer's disease. Accid Emerg Nurs 2007;15(2):94-100.
- (243) Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica. Hacia una cultura sin restricciones: las restricciones físicas en ancianos institucionalizados. Documento Técnico SEEGG nº3. 2003. Disponible en: http://www.seegg.es/Documentos/doc_tec/doc_tec_03.pdf. Acceso 12 noviembre 2015.
- (244) Centre d'Estudis Col·legials. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. Contencions. 2013. Disponible en: <http://www.comb.cat/cat/actualitat/publicacions/bonapraxi/praxi32.pdf>. Acceso 02 diciembre 2015.
- (245) Comisión Deontológica del Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona. Consideraciones ante las contenciones físicas y/o mecánicas: aspectos éticos y legales. 2006. Disponible en: www.coegi.org/uploads/media/contenciones_castella.pdf. Acceso 02 diciembre 2015.
- (246) 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):132-140.
- (247) Comunidad de Madrid. Servicio Regional de Bienestar Social. Protocolos asistenciales en residencias de mayores. Madrid: Comunidad de Madrid. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3DBVCM007151.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352857974016&ssbinary=true>. Acceso 20 enero 2017.
- (248) Hill-Westmoreland EE, Gruber-Baldini AL. Falls documentation in nursing homes: agreement between the minimum data set and chart abstractions of medical and nursing documentation. J Am Geriatr Soc. 2005;53(2):268-73.





ANEXOS





Anexo 1. Instrumento de recogida de datos

ESTUDIO DE PREVALENCIA EN EL USO DE RESTRICCIONES FÍSICAS

CASO Número de caso: _____ Fecha recogida datos: _____ U Unidad: _____
 INGm Fecha ingreso: _____ EDADm Fecha nacimiento: _____ SEX SEXO: (1) Hombre
 (2) Mujer

DEPF **Valoración funcional actualizada (Barthel):**
 (1) Total (<20) (2) Grave (20-35) (3) Moderada (40-55)
 (4) Leve (60-95) (5) Independiente (100; 90 silla ruedas)

MOV **Grado de Movilidad:**

	1	2	3	4
ACTIVIDAD Grado de actividad física	En cama Confinado en cama.	En silla Capacidad para caminar severamente limitada o inexistente. No puede soportar su propio peso o debe ser asistido en la silla común o de ruedas	Camina ocasionalmente Camina ocasionalmente durante el día, pero muy cortas distancias, con o sin asistencia. Pasa la mayor parte del turno (8 horas) en la silla o en la cama	Camina con frecuencia Camina fuera del cuarto por lo menos dos veces al día y dentro de él, por lo menos cada dos horas
MOVILIDAD Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo	Completamente inmóvil No realiza ni ligeros cambios en la posición del cuerpo o las extremidades sin asistencia.	Muy limitada Realiza cambios mínimos y ocasionales de la posición del cuerpo o extremidades, pero es incapaz de realizar de forma independiente, cambios frecuentes y significativos	Ligeramente limitada Realiza frecuentes aunque ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades de forma independiente	Sin limitaciones Realiza cambios mayores y frecuentes en la posición sin asistencia

CAIDA **Caídas:**

- (1) Frecuentes en últimos 6 meses (2 ó más caídas)
 (2) Esporádicas en últimos 6 meses (1 sola caída)
 (3) No consta que se hubiese caído en los últimos 6 meses

DEPC **Valoración cognitiva actualizada (escala y puntuación: _____)**
 (1) Severa (2) Moderada (3) Ligera (4) Sin deterioro (5) No valorable

RESTRICCIONES:

RF1 **10 h:** (1) No (2) Abdominal-perineal (3) Tronco (4) Bloqueando silla
 (5) Miembros (6) Barras bilaterales (7) Otros: _____
 RF2 **14 h:** (1) No (2) Abdominal-perineal (3) Tronco (4) Bloqueando silla
 (5) Miembros (6) Barras bilaterales (7) Otros: _____
 RF3 **18 h:** (1) No (2) Abdominal-perineal (3) Tronco (4) Bloqueando silla
 (5) Miembros (6) Barras bilaterales (7) Otros: _____
 RF4 **21 h:** (1) No (2) Abdominal-perineal (3) Tronco (4) Bloqueando silla
 (5) Miembros (6) Barras bilaterales (7) Otros: _____

Ftotal **Frecuencia de uso: 0 1 2 3 4**

Frelat **Frecuencia de uso (sin barandillas): 0 1 2 3 4**

Tiempo que lleva utilizándose la restricción:

TRF (1) No consta (2) Menos de 1 mes (3) Entre 1-3 meses
(4) Más de 3 meses y menos de seis (5) Entre seis meses y un año (6) Más de un año

¿Aparece reflejada la prescripción de la restricción en la historia?

ORD (1) Si (2) No (3) Parcialmente (señalar): _____

¿Quién la autorizó?

AUT (1) No consta (2) Médico (3) Enfermera (4) Otras: _____

¿Se ha valorado en equipo la conveniencia del uso de la restricción?

EQU (1) Si (2) No (3) Parcialmente (señalar): _____

Información registrada acerca de por qué se utiliza la restricción. Cuando no exista, razón dada por la enfermera para su uso (indicar que es ella)

CAUS (1) Evitar caídas de cama (2) Evitar caídas de sillón (5) Alineamiento corporal
(3) Evitar vagabundeo (4) Evitar fugas (7) Facilitar el descanso del paciente
(8) Falta de tiempo del cuidador (9) Evitar interferencias con dispositivos sanitarios
(10) Por petición de los familiares (6) Controlar agitación (11) Otras: _____

¿Contiene la historia información sobre uso de la restricción? (1) Si (2) No

INFRF

Fecha del último registro (días): _____

ULTR

Describe la información que contiene la historia acerca del uso de la restricción: _____

HCRF

¿Se evalúa de manera periódica si debe continuar o no con ella?

CONT (1) Si (2) No (3) Parcialmente (4) Otras: _____

¿Están descritas, en la historia clínica, las reacciones del paciente ante su uso?

PCRF (1) Si (2) No

Si las hay, indicar en qué consisten (describir): _____

REAC

¿Existe consentimiento informado?

CONS (1) No consta (2) Sí, completo (4) Sí, incompleto (indicar): _____

Si se han utilizado alternativas a la restricción, decir cuáles y su resultado (por ejemplo, colocar el colchón directamente en el suelo o proteger los dispositivos sanitarios):

ALT _____

¿Existe un plan de cuidados específico para la persona con restricción?

HCPC (1) Si (2) No (3) Parcialmente

Si existe plan de cuidados, indicar su contenido: _____

VRHC

¿Dispone la unidad de protocolos que regulen el uso de la RF? (1) Si (2) No
(Adjuntar si existe)

PRF

¿Dispone la unidad de un protocolo de caídas? (1) Si (2) No
(Adjuntar si existe)

PC

Observaciones:





Anexo 2. Índice de Barthel

Actividad	Descripción	Puntaje
Comer	Incapaz Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc. Independiente (la comida está al alcance de la mano)	0 5 10
Trasladarse entre la silla y la cama	1 Incapaz, no se mantiene sentado 2 Necesita ayuda importante (1 persona entrenada o 2 personas), puede estar sentado 3 Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal) 4 Independiente	0 5 10 15
Aseo personal	1 Necesita ayuda con el aseo personal 2 Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse	0 5
Uso del retrete	1 Dependiente 2 Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo 3 Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	0 5 10
Bañarse o Ducharse	1 Dependiente 2 Independiente para bañarse o ducharse	0 5
Desplazarse	1 Inmóvil 2 Independiente en silla de ruedas en 50 m 3 Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal) 4 Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador	0 5 10 15
Subir y bajar escaleras	1 Incapaz 2 Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta 3 Independiente para subir y bajar	0 5 10
Vestirse y desvestirse	1 Dependiente 2 Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda 3 Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.	0 5 10
Control de heces	1 Incontinente (o necesita que le suministren enema) 2 Accidente excepcional (uno/semana) 3 Continente	0 5 10
Control de orina	1 Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa 2 Accidente excepcional (máximo uno/24 horas) 3 Continente, durante al menos 7 días	0 5 10

Dependencia total: < 20

Dependencia grave: 20-35

Dependencia moderada: 40-55

Dependencia leve: ≥ 60

Independiente: 100 (90 si va en silla de ruedas)



Anexo 3. Evaluación Comité Ética



UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA
Vicerrectorado de Investigación,
Desarrollo e Innovación

Comité Ético de Investigación Humana de la ULPGC

REFERENCIA: CEIH-2013-10

Antonio Falcón Martel, Vicerrector de Investigación, Desarrollo e Innovación y Presidente del Comité Ético de Investigación Humana de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria,

CERTIFICA

Que el Proyecto de Investigación titulado “**Restricción física: cultura de seguridad en centros de mayores**”, cuyo Investigador Principal es **D. Gabriel J. Estévez-Guerra**, ha obtenido la consideración de **FAVORABLE** por los miembros vocales del Comité Ético de Investigación de la ULPGC reunidos a tal efecto.

Y para que surta los efectos oportunos, firmo la presente en Las Palmas de Gran Canaria a diecisiete de julio de dos mil catorce.

NOMBRE
FALCON
MARTEL
ANTONIO -
NIF
43256292P

Firmado digitalmente por
NOMBRE FALCON
MARTEL ANTONIO - NIF
43256292P
Nombre de
reconocimiento (DN):
c=ES, o=FNMT, ou=FNMT
Clase 2 CA,
ou=679370027,
cn=NOMBRE FALCON
MARTEL ANTONIO - NIF
43256292P
Fecha: 2014.07.17
12:29:53 +01'00'