



C.A. Elsdén*
E. Vélez Mediavilla**
J. Arana Izuel***
M^a.I. Chasco Arróniz*
M^a.J. Espina Díez****

*Excma. Diputación Foral de Álava, I.F.B.S., Residencia
Psicogeriátrica de Arana, Vitoria, Álava.

**Excma. Diputación Provincial de Burgos, Residencia S. Miguel
del Monte, Miranda del Ebro, Burgos.

***Osakidetza/SVS, Hospital Comarcal de Alto Deba,
Mondragón, Guipúzcoa.

****Osakidetza/SVS, Hospital de Txagorritxu, Vitoria, Álava.

Correspondencia:

Carol-Anne Elsdén
C/ Honduras 7, 5º E
01009 Vitoria-Gasteiz
Álava. España
Tfno.: 945-28 52 07
E-mail: adigona@meditex.es

Restricciones de movilidad física
en residencias de personas mayores:
actitudes del personal asistencial
y directivo hacia su uso

*Physical restraints in homes for the
elderly: attitudes of management and
nursing staff towards their use*

RESUMEN

Introducción: El uso de las restricciones de movilidad, tales como cintos y barras, en residencias de personas mayores plantea serias cuestiones éticas, legales y asistenciales. Las actitudes del personal directivo y asistencial de las residencias son muy importantes para su eventual reducción. **Objetivo:** Examinar las actitudes hacia su uso de gestores, médicos, trabajadores sociales, y personal de enfermería de nuestro entorno. **Métodos:** Estudio cualitativo, con 25 entrevistas en profundidad, con 13 preguntas abiertas múltiples; contrastamos la validez de la transcripción de las respuestas mediante la técnica de jueces ciegos. **Resultados:** Todos coinciden en que su uso se debe evitar al máximo. El personal

SUMMARY

Introduction: The use of physical restraints, such as straps and cot sides, in Residential Homes for the Elderly raises serious questions as regards ethics, legality and caregiving. The attitudes of management and direct care staff in Residential Homes towards their use are very important for its reduction. **Aim:** To examine the attitudes of management staff, social workers, and medical and nursing staff towards their use. **Methods:** A qualitative study with 25 in-depth interviews of staff using 13 multiple open questions; the validity of the transcription of answers was checked using the blind judges technique. **Results:** All agreed that the use of restraints should be avoided as much as possible. The nursing staffs were those most in favour; management staff mentioned ethical problems. In general

8 de enfermería se muestra más a favor; directores y gestores mencionan problemas éticos. Generalmente su utilización se vive como algo negativo aunque a algunos no les afecta personalmente o acaban acostumbrándose. Existen protocolos o pautas de actuación y la decisión se delega en el personal médico, teniendo en cuenta el bienestar del residente. Algunos residentes se sienten mal, otros más seguros, al estar sujetos. **Conclusiones:** Es necesario reformar la legislación, realizar protocolos de actuación, informar debidamente al personal e investigar sobre el tema. En la toma de decisiones debe participar el equipo multidisciplinar.

PALABRAS CLAVE

Restricciones físicas, contención mecánica, residencias, personas mayores, actitudes del personal.

*their use caused negative feelings although some claimed not to be personally affected or to become accustomed to it. There are protocols or action guidelines; the decision to use restraint is delegated to the medical staff, after considering the resident's welfare. Some residents feel bad about their use, others more secure. **Conclusions:** There is a need for relevant legislation, action protocols, staff training and research. The multidisciplinary team should take part in decision-making.*

KEY WORDS

Physical restraint, residential facilities, aged, staff attitudes.

INTRODUCCIÓN

Para los trabajadores en las residencias, el uso de restricciones físicas, tales como barras en las camas o cinturones en camas y sillas que limitan el libre movimiento de los residentes, es algo tan común que casi dejamos de cuestionar su conveniencia, pero de hecho su uso plantea serias dudas éticas y legales así como cuestiones asistenciales sobre su efecto a corto y largo plazo.

En la bibliografía sorprende que mientras en la literatura inglesa y otras existen abundantes escritos sobre el tema de las restricciones físicas, en español hay pocos y a menudo son traducciones de textos ingleses. Destaca un artículo sobre el resultado de una investigación llevado a cabo por el Instituto Karolinska de Suecia (1) comparando el uso de restricciones físicas (comprendidos cintos de cintura y extremidades y sillas que impiden levantarse) en residencias mediante datos de ocho países desarrollados, entre ellos España. Demuestra que su uso varía mucho entre los países estudiados y que en España se usan de dos a cuatro veces más que en los demás países del estudio. Este hallazgo incita a cuestionar el porqué de su uso más

frecuente aquí y el qué y el cómo de las medidas que se usan en otros países parecidos al nuestro para tratar problemas comunes a todos.

En la literatura se describen los intentos de reducir al mínimo esta práctica, destacando en ellos la importancia de las actitudes del personal. Por ello el propósito del presente estudio es determinar las actitudes del personal involucrado en los cuidados de personas mayores en residencias de nuestro entorno -gestores, médicos, trabajadores sociales, y personal de enfermería- sobre el uso de contenciones mecánicas, en concreto las barras en camas y los cintos en cintura, brazos y piernas.

MÉTODOS

El estudio de corte cualitativo que se llevó a cabo se basa en la realización de entrevistas en profundidad a personal de distintos niveles de atención a personas mayores. Las entrevistadoras fueron cuatro de las autoras, todas diplomadas en enfermería.

Descripción de la muestra: Se entrevistó a cinco gestores-directores, cuatro médicos, cinco diplomados en enfermería, dos supervisoras, siete auxiliares de enfer-



9 mería y dos asistentes sociales, todos los cuales desarrollan su labor profesional en centros geriátricos y psicogerátricos de las provincias de Álava, Burgos y Guipúzcoa. La selección de los entrevistados no fue aleatoria sino de personas presumiblemente dispuestas a colaborar. Este último factor puede haber introducido un sesgo en los resultados.

Instrumento: Una encuesta de preguntas abiertas de elaboración propia, compuesta por 13 ítem múltiples, sobre actitudes del personal asistencial y directivo hacia el uso de restricciones de movilidad física en residencias de personas mayores. Se realizó un estudio piloto con enfermeros para probar el cuestionario. La entrevista fue la misma para los distintos profesionales.

Procedimiento: Se contactó mediante carta con los directivos de los centros para solicitar su colaboración y la de los profesionales en el mismo. Uno de los centros no pudo participar, alegando la dirección falta de tiempo. Tras recibir la conformidad de los directores de los centros restantes, se contactó bien vía telefónica o personalmente con los sujetos que iban a ser entrevistados, solicitando a cada uno su colaboración. Todas las personas a quienes se solicitó colaboración accedieron a ella. Se tomaron medidas de confidencialidad para garantizar el anonimato de los participantes.

Todas las entrevistas tuvieron lugar en el ámbito de trabajo del entrevistado. Una cuestión fundamental tenida en cuenta a la hora de llevar a cabo las entrevistas fue la de mantener un ambiente de comunicación abierto. También se procuró que la entrevista transcurriera en un lugar tranquilo y sin interrupciones, aunque este último factor no siempre se consiguió. La duración de las entrevistas fue de entre 30 y 45 minutos. Las entrevistas quedaron registradas en cinta magnetofónica, de forma que el contenido pudo ser transcrito con posterioridad. La validez de las transcripciones se contrastó mediante la utilización de la técnica de jueces ciegos.

RESULTADOS

Se llevaron a cabo 25 encuestas en total sobre el uso de restricciones físicas. A continuación figuran las

preguntas sobre cada ítem de la entrevista, seguido de un resumen de las respuestas obtenidas.

1.- ¿Qué opinas sobre este tema? ¿Qué ventajas e inconvenientes ves en el uso de dichas medidas? ¿Cómo se lleva a cabo aquí?

En general todos los profesionales coinciden en que en algunos casos es necesaria su utilización, dicen que intenta llevarse a cabo únicamente para garantizar la seguridad del usuario o de los demás residentes, pero nunca por la comodidad del personal que los atiende.

Como ventaja, cabe mencionar que opinan que se trata de un importante elemento de seguridad, previene de lesiones graves y es una alternativa al tratamiento farmacológico, además de evitar que se lesione o lesione a otros. En el aspecto negativo de estas medidas, hay que destacar que se trata de una privación de libertad lo cual atenta contra la dignidad de la persona y es vejatorio, puede producir angustia y ansiedad, provocando una mala vivencia al usuario. En el aspecto fisiológico, se produce una merma de movimientos que provocará un importante deterioro del aparato locomotor y en los reflejos, esto es, atrofia muscular y debilidad que conduzcan posteriormente a una caída. En este sentido, además, no se puede negar lo más grave de todo, esto es, el posible riesgo de muerte por asfixia que puede implicar el uso de estas medidas.

Por otro lado, nos explican que este procedimiento se lleva a cabo mediante prescripción médica y que, aunque en algunos casos de urgencia es la propia enfermera quien decide su aplicación, en otros, incluso, se considera conveniente comunicar al juez su utilización.

2.- ¿Qué opinión personal te merece el uso o la necesidad de usar restricciones físicas? ¿Cómo lo vives? ¿Has trabajado en otros sitios? ¿Cómo era?

Los profesionales entrevistados opinan que es un tema muy delicado que precisa de una valoración en equipo, de manera individualizada para cada caso, llevándolo a cabo mediante protocolos o formas de actuación consensuadas. Refieren que este hecho puede provocar una mala vivencia, no sólo en el per-

10 sonal asistencial que las aplica, sino también en el propio anciano, ya que es vivido como una agresión.

Como punto interesante de reflexión, y a pesar de una mayor sensibilización producida en los últimos años, se nos explica en la entrevista que la toma de esta decisión es algo muy subjetivo, pues cada persona tiene su criterio y sensibilidad y en función de ello actúa, es decir, lo que para uno puede ser cuestión de mayor vigilancia, para otro es necesidad de restricción física. En definitiva, de ello depende el grado de utilización de estas medidas o bien, la búsqueda de otro tipo de alternativas.

En cuanto a las vivencias que esta labor provoca, se comenta que en general no se ven afectados personalmente, pues aunque es duro, estas medidas son en ocasiones necesarias y terminas habituándote a ello.

3.- Hay un vacío legal respecto a este tema. ¿Cómo os veis? ¿Qué tipo de situación os plantea?

Los profesionales con mayor responsabilidad señalan la importancia de la existencia de un vacío legal en este tema, pues aunque los derechos de los ciudadanos estén garantizados por ley, no se alude a este tipo de casos especiales, que plantean cuestiones de tipo ético y moral. Ante esta situación, los profesionales se amparan en el correcto uso de protocolos locales, o bien en formas de actuación consensuadas, o bien en el consentimiento informado, firmado por el propio afectado o por su responsable legal.

Es importante mencionar la ignorancia existente respecto a esta falta de legislación por parte de algunos entrevistados, así como la creencia de los auxiliares en su exención de responsabilidad legal, dada su graduación profesional.

4.- ¿Quiénes son los ancianos con los que más frecuentemente es necesario el uso de estas medidas?

La utilización de medidas de contención física en algunos ancianos se lleva a cabo en momentos puntuales, se puede decir así que no hay anciano tipo, sino que se actúa en función de diversas circunstancias. Así, cabe

10 nombrar los casos de agitación y vagabundeo nocturno, o bien para evitar huidas, circunstancias estas que son habituales en ancianos con deterioro cognitivo, en demencias y predemencias. Independientemente de esto, puntualmente pueden darse situaciones de agitación o de desorientación por procesos agudos que cursen con fiebre, en las cuales se precisa de estas medidas como tratamiento coadyuvante.

Muchos ancianos sufren de inestabilidad en la marcha, tanto por patologías como el ictus o degenerativas como por el deterioro físico propio de la edad, lo cual lleva implícito un posible riesgo de caídas que, en ocasiones, conduce a su utilización o a la demanda de algunos ancianos de medidas que les aporten tranquilidad y seguridad.

Se comenta también que hay momentos en que no se puede estar con el anciano debido a que el auxiliar debe realizar otras tareas y por ello se ven obligados a recurrir a la sujeción para controlarle y evitar que se caiga o sufra algún otro percance.

5.- ¿Cómo reaccionan los propios ancianos ante este hecho? ¿Y los de alrededor?

Las reacciones de los ancianos ante este tipo de medidas son muy diversas en función del estado y características de cada uno. Los que son capaces de comprender las razones para su uso lo aceptan bien; cuando esto no es así, en cambio, lo asumen con indiferencia o bien pueden tolerarlo mal, incluso con agresividad.

Los ancianos que no son usuarios de estas medidas lo ven, a veces con indiferencia, como algo cotidiano, y otras veces con temor, pues llegan a percibirlo como una amenaza, como algo que puede llegar a sucederles también a ellos. Otros, por su parte, lo ven como una manera de evitar perjuicios tanto para la propia persona, como para los demás.

6.- ¿Se ha planteado aquí el uso de otro tipo de medidas que no sean de restricción física, como medicación, aumento de personal, etc...?

Ante la necesidad de utilizar medidas de contención mecánica se plantean una serie de alternativas a fin de discriminar su uso en lo posible.



11 Señalan los directores que el aumento de personal no es la solución más idónea, esto no solucionaría el problema. Ante esta situación, sería interesante plantearse una redistribución de tareas, en definitiva, un cambio en la forma de trabajo. Algunos de los entrevistados opinan que se debe cambiar de mentalidad a la hora trabajar, hacerlo desde cada persona, olvidándose de las reglas y formas de trabajo estructuradas y actuando con el interés y la sensibilidad que ello requiere. Se considera fundamental una mayor vigilancia y acompañamiento constante a los ancianos, cobra importancia la colaboración de familiares o bien de voluntarios y además es necesaria la existencia de medidas arquitectónicas adecuadas.

En lo referente al uso de medicación cabe decir que debe llevarse a cabo un uso correcto y en casos muy puntuales, pues habitualmente no sustituye al uso de contención mecánica, ya que favorece la sedación del paciente, incrementándose así la inestabilidad y concluyendo en la utilización de medidas físicas para evitar lesiones por caídas.

7.- ¿Qué medidas de contención física se utilizan en el centro bajo su dirección o donde trabaja?

El procedimiento se lleva a cabo utilizando, generalmente, materiales homologados, tales como son las barras para cama, cinturones de cama (tipo Segufix), sujeciones para extremidades, cinturones de silla, cinturones pélvicos y petos.

8.- ¿Qué criterios se utilizan para el uso correcto de dichas medidas? ¿Siguen algún protocolo de actuación?

Algo menos de la mitad de los profesionales confirman la existencia de pautas de actuación en su residencia, es decir, de un informe escrito donde consta quién debe decidir sobre su colocación; el resto de los profesionales, o bien niegan su existencia o bien desconocen si hay algún documento a tal fin. La mayoría de los entrevistados está de acuerdo en que para reali-

zar este procedimiento lo más correctamente posible se ponen en práctica protocolos o formas de actuación consensuadas dependiendo de cada centro. Basándose en esto, como criterios generales se intenta preservar la autonomía del usuario, se debe valorar cada caso de manera individualizada y en equipo, también se deben proporcionar elementos de seguridad, además es muy importante la elección de la medida de seguridad más adecuada en cada caso, así como garantizar su uso correcto.

9.- ¿Quién decide su utilización? ¿Qué opinas respecto a la toma de esta decisión? ¿Quién debe decidir?

Ante esta pregunta se coincide en que es el médico quien decide su utilización, es quien firma la orden y quien asume por tanto la mayor responsabilidad. En ausencia del médico, es la enfermera de la unidad quien se hace cargo, situación ésta que lleva a una supervisora a reivindicar el derecho y la obligación de la enfermería a asumir dicha responsabilidad pues está perfectamente formada y capacitada para ello. Los auxiliares, por su parte, reclaman que debería ser más tenido en cuenta su criterio. A pesar de estas discrepancias, la mayoría de los profesionales coinciden en que ésta debería ser una decisión de equipo.

10.- ¿Se sigue el protocolo realmente? ¿Se informa a la familia? ¿Cómo reacciona la familia al respecto: lo asumen, se enfadan, lo entienden, lo aceptan, expresan enojo, pena, etc...?

En general, se sigue el protocolo o bien las pautas de actuación establecidas en cada centro. La mayoría de los profesionales coinciden, además, en que se informa a la familia sobre el procedimiento llevado a cabo. Existen ambivalencias en cuanto a la postura que cada familia adopta ante esta situación. Generalmente les angustia ver así a su familiar y aunque algunos comprenden su necesidad, otros por el contrario se oponen rotundamente a su utilización. No obstante, generalmente delegan esta decisión en el personal asistencial.

12 11.- El mal uso y abuso de estas medidas puede provocar úlceras, rozaduras, erosiones, o asfixia. ¿Qué opinas de los riesgos de lesiones por la aplicación de medidas y la merma del funcionamiento fisiológico? ¿Está el personal formado correctamente para su aplicación? ¿Se abusa?

Los profesionales son conscientes de los riesgos que conlleva el uso de restricciones físicas y se muestran sensibles al riesgo de muerte por asfixia, por ello se intenta evitar al máximo y se extreman sus cuidados. Hay discordancia en cuanto a la aptitud y actitud del personal con relación a este procedimiento, pues algunos opinan que el personal está correctamente formado y otros, por el contrario, no sólo difieren en esto, sino que además creen que no se le presta suficiente importancia y no se le dedica el tiempo necesario, pues supone un gran esfuerzo y el personal no está todavía mentalizado, además de haber una falta de sensibilidad. Por último, un médico cree que no es cuestión de formación sino de abuso y falta de sensibilidad.

12.- ¿Es concluyente para la toma de esta decisión el temor al litigio como consecuencia de una caída?

La mayoría de los profesionales coinciden en que no se actúa por temor a litigio, sino pensando en la seguridad y el bienestar del anciano. No obstante, este tema se encuentra muy presente en la dirección de los centros.

13.- Para terminar, hay un estudio realizado por el Instituto Karolinska de Suecia, sobre el uso de restricciones físicas en ocho países: Dinamarca, Francia, Islandia, Italia, Japón, España, Suecia, EE.UU. De los resultados obtenidos resulta que hay una baja prevalencia en Dinamarca, Islandia y Japón, entre el 15 y 18% en Francia, Italia, Suecia y EE.UU. y por último en España casi un 40%. ¿Qué opinión te merece?

Ante el resultado de este estudio son muy diversas las respuestas vertidas en la entrevista; así, cobra impor-

12 tancia la idea de que el estudio puede no ser correcto o haberse mal interpretado los datos; también es posible un mayor número de personal asistencial por cada anciano, o bien una mayor utilización de medidas químicas, en detrimento de las medidas físicas. Por último, se cree que puede deberse a los distintos modelos asistenciales de cada país. Para concluir, es interesante la opinión mostrada por otro profesional, que piensa que esta diferencia con otros países se debe a que en nuestro país sobreprotegemos al anciano y lo infantilizamos, adquiriendo una actitud paternalista, tomando sus decisiones por él y privándole de su autonomía, un paternalismo negativo que no respeta al individuo.

DISCUSIÓN

Se ha llevado a cabo el presente trabajo con el fin de estimular el debate sobre su uso entre los profesionales involucrados en los cuidados de personas mayores en residencias de nuestro entorno. La búsqueda bibliográfica reveló la falta de investigación en este tema en España. Los principales artículos publicados en el ámbito enfermero español se encuentran en la versión española de la revista *Nursing* (2, 3). En 2000 se publicó lo que dice ser el primer libro en castellano dedicado al tema; su autor es médico (4).

Consideramos nuestro estudio como un primer paso que debería llevar a la investigación por parte de profesionales de enfermería españoles de una práctica enfermera cuestionable. No es suficiente delegar en nuestros colegas médicos la responsabilidad de la toma de decisiones sobre el uso de contenciones mecánicas.

Hemos creado nuestro propio instrumento para llevar a cabo las entrevistas a los profesionales que trabajan en residencias. Somos conscientes de que las preguntas se pueden mejorar para estudios posteriores. El propósito del estudio fue conocer las actitudes de personal representativo en nuestro entorno. Los resultados de las entrevistas revelan que el personal que está más en contacto con las personas mayores (auxiliares y enfermeras) es el que se muestra más a favor del uso de restricciones físicas.

Generalmente, dicho personal vive su utilización como algo negativo, malo y duro. Hay quien dice no



13 afectarle personalmente y otros refieren acabar acostumbándose, viéndolo como algo cotidiano. Por otro lado, se cita como alternativa al uso de restricciones físicas la contención química; ésta es muy usada, aunque hay quien considera que tiene peores efectos secundarios pero es más admitida socialmente.

Ante la falta de legislación específica, casi todas las residencias han elaborado pautas de actuación donde consta por escrito quién debe decidir sobre la colocación de contenciones mecánicas, aunque en los centros del estudio no se han elaborado protocolos que determinasen cómo hacerlo y cómo se debiera vigilar su colocación. Siempre se delega la responsabilidad de la decisión en el personal médico y se solicita permiso a la familia si el residente no está capacitado. Si ésta se opone, la decisión tomada por el personal es comunicada al juez. Esto puede denotar un trasfondo de cierto temor a litigio no expresado. En general todos coinciden en que la decisión de sujeción debería tomarse en equipo.

En este estudio nos referimos a las principales medidas de restricción usadas en nuestro entorno, las barras en camas y la sujeción con cinturones y cintos que fundamentalmente priven al individuo del libertad de movimiento.

La finalidad principal de las barras de cama es que el residente no se caiga de la cama y por lo tanto su seguridad. Sin embargo, Parker y Miles (5) describen casos de muerte por asfixia en EE.UU. causados por las barras de cama y los ilustran con dibujos muy gráficos. Su uso en personas con movilidad física y con estados confusionales es contraproducente ya que pueden intentar subir por encima de las barras, con lo cual la caída sería mayor, o salir por el pie de la cama con las dificultades que supone y mayor riesgo de caída. Dada esta posibilidad, en nuestro entorno a veces las barras se combinan con sujeción física en la cama mediante cinturones. Esta combinación a menudo se utiliza a largo plazo. Dichos cinturones a su vez conllevan el riesgo de lesiones por roce o de estrangulación.

Igualmente, de día se usan cintos de sujeción en silla, para prevenir que las personas con inestabilidad en la marcha se levanten y se caigan, y petos o suje-

ciones pélvicas para corregir una mala postura que a la vez limitan la libertad de movimiento.

Restringir la libertad de otra persona conlleva problemas éticos y también legales. El uso de contenciones mecánicas en el anciano puede considerarse una restricción caracterizada incluso como “abuso” o “maltrato”. El denominado, en bioética (6), principio de autonomía plantea que no pueden tomarse decisiones de uso de restricciones físicas (ni de otro tipo) contra la voluntad del individuo. En las situaciones en que se considere necesario se debe: tomar medidas que garanticen la existencia de buena práctica, es decir, la corrección y necesidad terapéutica (principio de no maleficencia); asegurarse de que las indicaciones para su uso son mayores que las contraindicaciones y de que no existen alternativas menos agresivas (principio de no maleficencia: criterio de indicación); usarse en beneficio del residente y no del nuestro (principio de beneficencia) y pedir el consentimiento informado de la familia o tutor cuando la persona sometida a sujeción no puede darlo. Este último es un intento de preservar el principio de autonomía.

Desde la perspectiva de legalidad, Kessel *et al.* (7) nos recuerdan que no disponemos de una legislación específica de protección a las personas mayores contra los abusos. Según Ramos (4), el uso terapéutico de privación de libertad sin el consentimiento del paciente debe estar sometido a la tutela judicial y está regulado en el capítulo de la Tutela del artículo 211 del Código Civil que refiere a internamientos involuntarios. La regulación del consentimiento informado del paciente o su tutor está subsumida en el artículo 10 de la Ley General de Sanidad. Sin embargo, estos artículos no refieren específicamente al caso del uso a largo plazo de contenciones mecánicas en ancianos.

Dado esta parquedad legislativa sobre el uso de sujeciones, las residencias de nuestro entorno usan protocolos que indican que debe ser autorizado por escrito por el facultativo de referencia del residente, o en caso de urgencia, por el profesional de enfermería responsable, quien informará lo antes posible al médico de su decisión. El médico toma tal decisión después de estudiar cada caso, consultar con el mismo residente para buscar su consentimiento, con los demás pro-

14 fesionales involucrados y con la familia o tutor del residente. Si la familia no da su consentimiento prevalece el criterio facultativo y se comunica la decisión al juez. Está clara la importancia de registrar el uso de restricciones y su revisión periódica.

Un factor importante en la decisión de sujetar a un residente es la responsabilidad profesional, institucional y civil en el caso de caídas, que incluso puede prevalecer sobre otros factores. Puede ser necesario en el planteamiento de la reducción de sujeciones clarificar la posibilidad de asumir el riesgo de caídas en interés de una mejor calidad de vida del residente. Sin embargo, un estudio interesante en Holanda (8) indicó que los familiares consultados sobre el uso de restricciones en su mayoría priman la seguridad de su familiar sobre su libertad.

Varias de las instituciones de nuestro entorno han elaborado pautas de actuación para su personal en el caso de tener que usar sujeciones. Tal es el caso de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud que tiene un protocolo aplicable en el Hospital de Txagorritxu, de Vitoria (9), y otro para el Hospital Psiquiátrico de Álava, fechado en 1997. Estos están pensados específicamente para el uso en casos puntuales y a corto plazo. Se ha publicado en 2000 en Madrid un manual de uso de contención mecánica y protocolos de procedimiento (4), pero también está pensado principalmente para su uso en hospitales y no en residencias. Resulta evidente la necesidad de un protocolo común que se centre específicamente en el uso a largo plazo en residencias de restricciones físicas en el anciano para la prevención de caídas.

En libros de texto y revistas especializadas en español hemos encontrado varias referencias al uso de sujeciones. Gorski (3) describe como mitos que la utilización de sujeciones físicas evitará que los pacientes ancianos se caigan y se lesionan; que las sujeciones, cuando se aplican adecuadamente, no lesionan al paciente; que debido a que el estado mental de muchos pacientes ancianos a los que se aplican sujeciones está alterado, que estos no sufren efectos psicológicos negativos por el hecho de estar atados; que la aplicación de sujeciones al paciente anciano agitado disminuirá la conducta de resistencia; o que los programas para reducir el uso de sujeciones requieren personal extra e intervenciones complejas y caras.

Santamaría (10), en su artículo sobre caídas en el anciano, recoge la importancia de mantener una calidad de vida aceptable en la persona a quien se aplica restricciones, recordando que pueden reducir el riesgo de caídas a corto plazo, pero agravarlo a largo plazo, debido a la pérdida de movilidad consecuente. Prieto (11) cuestiona el alto precio de la reducción de riesgo a cambio del proteccionismo y limitación de movilidad.

Otros países con un nivel de desarrollo parecido al nuestro tienen que afrontar los mismos problemas de aumento del número de personas mayores de 65 años y consecuentemente del número de ciudadanos que padecen algún grado de demencia. El dilema de cómo prevenir las caídas en los ancianos a la vez que se garanticen sus derechos es común a todos y se ha tratado ampliamente en la literatura. Ljunggren (1) comenta que en la mayoría de los países existe legislación sobre el uso de contenciones, dadas las cuestiones éticas que suponen. En sus conclusiones, destaca la necesidad de más estudios sobre la relación de su uso con el uso de medicación psicotrópica, las posibles diferencias culturales y de posturas éticas, la formación y proporción de personal, la prevalencia de rutinas sobre cuestiones de calidad de cuidados y la creencia difundida de que los residentes sin restricciones se caen y se causan más daños importantes que los limitados, señalando que esto no está demostrado. Pueden existir diferencias importantes incluso dentro del mismo país, por ejemplo en distintas zonas de Australia varía el porcentaje de uso (12, 13).

Estados Unidos es el país del mundo desarrollado que más ha investigado y publicado y más experiencia tiene en la reducción sistematizada del uso de restricciones físicas en residencias. Allí se aprobó en 1987 como parte de la Ley OBRA (*Omnibus Budget Reconciliation Act*) (14) una ley sobre la reforma de residencias (*Nursing Home Reform Act*). Dicha Ley OBRA dio impulso a muchos trabajos de investigación y publicaciones sobre el uso de sujeciones físicas, sus efectos, y la disminución de su uso, así como la relación con el uso de medicación y la reducción de este. Por ejemplo, Siegler (15) informa de que la reducción del uso de sujeciones físicas no conduce al



15 aumento de medicación psicoactiva. Parker (5) en su artículo sobre las muertes causadas por las barras de contención en camas señala que la incidencia no está suficientemente reconocida y sugiere que se usen con más cautela, y que se mejore el diseño de las barras y las medidas de control cuando se usan. Schnelle (16) destaca la necesidad de concienciar a los gestores de residencias sobre los efectos perjudiciales del uso de sujeciones físicas.

Tinetti (17) investigó sobre la relación entre sujeciones físicas y lesiones debidas a caídas en residentes de residencias. Después de controlar otros posibles factores de riesgo, concluyó que las restricciones mecánicas estaban relacionadas con la incidencia continuada, y posiblemente aumentada, de lesiones serias causadas por caídas. Dijo que se debe estudiar si las sujeciones físicas protegen de forma adecuada, si es que lo hacen. Capezuti *et al.* (18) también estudiaron esa relación. Confirmaron que en el subgrupo de personas ambulantes y confusas de su estudio, su uso estaba asociado a un aumento en las caídas. Éste era precisamente el grupo con más probabilidades de estar sujeto. Sólo las personas no confusas y no ambulantes tenían menos riesgo de caídas si estaban sujetas. Sugirieron que la decisión de usar sujeciones se debe tomar basándose en valoraciones individualizadas y que deben centrarse los esfuerzos en la búsqueda de alternativas y en una gama de medidas que reduzcan el riesgo de caídas, promoviendo la movilidad antes que la inmovilidad.

En la bibliografía se recogen los efectos negativos que pueden producir el uso de restricciones a corto y largo plazo en residentes (3, 18) que incluyen los perjuicios físicos (pérdidas de masa ósea, masa muscular y estabilidad) y psicológicos (rabia, humillación, depresión), lesiones (5, 19) y el efecto en el personal que las tiene que aplicar. Otros autores destacan las medidas preventivas y las alternativas al uso de restricciones físicas (3, 17, 20, 21) y la importancia de un programa global de mejora de la calidad de cuidados. La sujeción nunca debe sustituir a una cuidadosa evaluación ni a una correcta vigilancia del residente, ni aplicarse por conveniencia del personal.

Sobre las medidas de reducción del uso de restricciones físicas, Werner *et al.* (21) llegan a la conclusión

de que es un proceso complejo que debe ser individualizado, que no debe entenderse como o una meta en sí, sino parte de un comienzo de la mejoría de la provisión de cuidados seguros y dignos. Además de los muchos artículos sobre la reducción, existen manuales detallando las medidas propuestas para programas de reducción del uso de restricciones (22, 23).

Evans *et al.* (20) señalan la importancia de la formación adecuada del personal, combinado con un programa de consulta continuada con los trabajadores, para aumentar su conciencia de los riesgos del uso de restricciones y sus conocimientos sobre la valoración y manejo de conductas de residentes que podrían llevar al uso de restricciones. Indican que se puede conseguir una reducción significativa de su uso sin incrementar los niveles de personal, las lesiones importantes o el uso de psicotrópicos. En todos estos estudios se insiste en la importancia de las actitudes de los responsables y cuidadores directos en el empeño de reducir al mínimo el uso de restricciones.

La bibliografía nos reveló que las publicaciones en español sobre el tema se centran en cómo usar las sujeciones (4, 24), no en cómo evitar o reducir su uso, mientras la literatura en inglés, como hemos indicado, pone énfasis en lo nocivo de las contenciones en todos los sentidos, incluidos los físicos y psicológicos, y en la necesidad de buscar alternativas; la investigación actual está dirigida a su reducción. Por lo tanto, vemos necesarios no sólo protocolos de actuación específicos sino más investigación en España sobre las razones del frecuente uso de restricciones físicas en residencias de personas mayores y el modo de plantearse su disminución.

CONCLUSIONES

- Las actitudes de los entrevistados, especialmente los de atención directa, demuestran una creencia de que por muy desagradable que sean las sujeciones, su uso es inevitable, por lo que parece esencial una formación del personal dirigido a ayudarles a ser creativos en la búsqueda de alternativas.
- Modificar el uso de restricciones de movilidad también requiere una legislación más acorde con el

16 pensamiento actual y que además de regularlo, posibilite su reducción sin temor a litigio.

- Las respuestas también evidencian que el personal de atención directa cree que su opinión debe tomarse en cuenta y que la decisión de usar sujeciones debe tomarse en el equipo multidisciplinar.

- Se concluye que es arriesgado ver este tema como algo cotidiano o habitual, ya que el hábito se estructura en la forma de funcionar, frente a la reflexión o la crítica, que es la que ayuda a modificar formas de actuación incorrectas u obsoletas.

AGRADECIMIENTOS

16

Queremos agradecer la colaboración de todas las instituciones y personas que tomaron parte en las entrevistas, así como a Idoia Romo quien dirigió el estudio, a Txus Zanza, responsable del programa posgrado de Enfermería Geronto-geriátrica en la Escuela de Enfermería de Vitoria-Gasteiz, a Txus Moreno de la biblioteca de la Diputación Foral de Álava por la búsqueda de bibliografía y a Ana Pía López por la información aportada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ljunggren G, Phillips CD, Sgadari A. Comparisons of restraint use in nursing homes in eight countries. *Age Ageing* 1997 Sep; 26 Suppl 2: 43-7.
2. Leger-Krall S. Cuando las restricciones físicas se vuelven abusivas. *Nursing* 1994; Noviembre: 40-3.
3. Gorski KA. Mitos y realidades sobre las sujeciones físicas y los ancianos. *Nursing* 1996; Mayo: 53.
4. Ramos JA. Contención mecánica. Barcelona: Masson S.A., 1999.
5. Parker K, Miles SH. Deaths caused by bedrails. *J Am Geriatr Soc* 1997; 45: 797-802.
6. Couceiro A (ed). Bioética para clínicos. Madrid, Triacastela, 1999.
7. Kessel H, Marín N, Maturana N, Castañeda L, Pageo MM, Larrion JL. Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el Anciano Maltratado. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1996; 31(6): 367-72.
8. Koopmans RT, Wiersma FS, Bouwsma M, van Engelen HG. What carries more weight, safety or freedom? Contact persons on physical restraint of psychogeriatric nursing home patients. (Abstract) *Tijdschr Gerontol Geriatr* 1998; 29(2): 67-73.
9. Sujeción mecánica. En: Manual de Procedimientos de Enfermería. Hospital Txagorritxu Vitoria-Gasteiz: Osakidetza/Servicio Vasco de Salud, 1997.
10. Santamaría J. Caídas en el anciano. *Geriatrka*, 1996, 12(1): 26-31.
11. Prieto AJ; Pérez I. Caídas en el medio institucional. *Geriatrka*, 1994; 10: 21-2.
12. Retas AP, Crabbe H. Use of physical restraints in nursing homes in New South Wales, Australia. *Int J Nurs Stud* 1998 Junio; 35(3): 177-83.
13. Retas AP. Survey findings describing the use of physical restraints in nursing homes in Victoria, Australia. *Int J Nurs Stud* 1998; Junio 35(3): 184-91.
14. Omnibus Budget Reconciliation Act. PL100-203 (1987). Subtitle C, Nursing Home Reform. Washington, DC: US GPO, 1987.
15. Siegler EL, Capezuti E, Maislin G, Baumgarten M, Evans L, Strumpf N. Effects of a restraint reduction intervention and OBRA'87 regulations on psychoactive drug use in nursing homes. *J Am Geriatr Soc* 1997; Jul 45(7): 791-6.
16. Schnelle JF, Smith RL. To use physical restraints or not? *J Am Geriatr Soc* 1996; 44: 727-8.
17. Tinetti ME, Wen-Liang Liu, Ginter SF. Mechanical restraint use and fall-related injuries among residents of skilled nursing facilities. *Ann Intern Med* 1992; 116: 369-74.
18. Capezuti E, Evans L, Strumpf N, Maislin G. Physical restraint use and falls in nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 1996; 44: 627-33.
19. Anonymous. Ethical issues in the management of the demented patient. *Neurology* 1996; 46: 1180-3.
20. 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* 1999; 45: 675-81.
21. 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: 321-5.
22. Carter P, Koroknay V. Environmental and nursing alternatives to physical restraint. In: Braun J, Lipson S, eds. *Toward a Restraint-Free Environment: Reducing the Use of Physical and Chemical Restraints in Long-Term and Acute-Care Settings*. Baltimore, MD: Health Professions Press, 1993.
23. Downs M. *Eliminating restraints resource manual: A guide for nursing home staff*. Vermont Free-to-be Project. Waterbury, VT: Planning Division, Agency of Human Services, 1990.
24. Alorda C. Uso de sujeciones. *Metas* 2000; 24. Abril: 16-9.