

**UNIVERSIDAD DE DEUSTO**

**MÁSTER OFICIAL EN GERONTOLOGÍA**

**“ESTUDIO PILOTO SOBRE LA PREVALENCIA DE USO DE SUJECIONES HABITUALES Y EPISÓDICAS, Y RESISTENCIA AL CAMBIO EN RESIDENCIAS Y CENTROS DE DÍA PARA PERSONAS MAYORES DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO”**

Hannah Ávila Blanco

**UNIVERSIDAD DE DEUSTO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y EDUCACIÓN**

**MÁSTER OFICIAL EN GERONTOLOGÍA**

**Curso 2010 / 2011**

Investigación presentada por Hannah Ávila Blanco.

Dirigida por Juan Francisco López.

El Director/a

El Investigador/a

Deusto-Bilbao, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

## ÍNDICE

1. Resumen.....	Pág. 6
2. Introducción.....	Pág. 7
3. Antecedentes y estado actual de la cuestión.....	Pág. 10
3.1. Marco teórico.....	Pág. 10
3.2. Razones que justifican el estudio.....	Pág. 26
3.3. Variables a estudiar.....	Pág. 27
4. Hipótesis y objetivos.....	Pág. 31
5. Metodología.....	Pág. 33
5.1. Muestra.....	Pág. 34
5.2. Instrumentación.....	Pág. 35
5.3. Procedimiento.....	Pág. 36
6. Resultados.....	Pág. 44
7. Conclusiones.....	Pág. 53
7.1. Discusión.....	Pág. 53
7.2. Limitaciones y dificultades.....	Pág. 61
7.3. Perspectivas de futuro.....	Pág. 64
8. Bibliografía.....	Pág. 67
9. Anexos.....	Pág. 76

# ÍNDICE DE TABLAS, GRÁFICOS Y FIGURAS

## TABLAS

Tabla 1.1. <i>Perjuicios documentados de las sujeciones físicas.</i> (Burgueño, 2008).....	Pág. 18
Tabla 1.2. <i>Efectos potenciales documentados del uso de fármacos psicótropos.</i> (Burgueño, 2008).....	Pág. 19
Tabla 2. <i>Cronograma de tareas.</i> (Elaboración propia).....	Pág. 42-43
Tabla 3. <i>Porcentajes de uso de sujeciones físicas en 8 países.</i> (Ljunggren et al., 1997).....	Pág. 44
Tabla 4. <i>Valoración de cada profesional sobre el uso de sujeciones.</i> (Elaboración propia).....	Pág. 49
Tabla 5. <i>Relación dependencia-uso de sujeciones.</i> (Elaboración propia).....	Pág. 50
Tabla 6. <i>Relación características del centro-uso de sujeciones.</i> (Elaboración propia).....	Pág. 50
Tabla 7. <i>Tipos de sujeciones y restricciones.</i> (Libera-Ger, 2010).....	Pág. 111

## GRÁFICOS

Gráfico 1. <i>Risk Indicators Falls in Institutionalized Frail Elderly</i> (Kron et al., 2003).....	Pág. 15
Gráfico 2. <i>Hitos.</i> (Elaboración propia).....	Pág. 36
Gráfico 3. <i>Quién indica la sujeción</i> (Elaboración propia).....	Pág. 45
Gráfico 4. <i>Porcentaje de uso de sujeciones.</i> (Elaboración propia).....	Pág. 45
Gráfico 5. <i>Consumo de psicótropos.</i> (Elaboración propia).....	Pág. 46
Gráfico 6. <i>Valoración de miedos.</i> (Elaboración propia).....	Pág. 47
Gráfico 7. <i>Valoración de sujeción.</i> (Elaboración propia).....	Pág. 48

## FIGURAS

Figura 1.1. *Perjuicios de restricciones I.* (Brown, 2004).....Pág. 20

Figura 1.2. *Perjuicios de restricciones II.* (Brown, 2004).....Pág. 20

Figuras 2.1. - 2.7. *Summary of entrapment zones.* (Hospital Bed Safety Workgroup, 2006).....Pág. 115

## **1. RESUMEN**

La presente tesina pretende realizar un análisis sobre la prevalencia de uso de sujeciones, habituales y episódicas, en las residencias y centros de día para personas mayores de la Comunidad Autónoma del País Vasco, y más concretamente de la provincia de Bizkaia, así como de los miedos y barreras que impiden su eliminación, y por tanto, su sustitución por otros métodos alternativos. El contexto en el que se enmarca revela un elevado uso de esta metodología en España, en comparación con otros países desarrollados que se encuentran en una situación socioeconómica similar a la nuestra, y, sin embargo, no existen muchas investigaciones al respecto, lo cual dificulta que conozcamos con veracidad la realidad en la que nos encontramos. Esta es una de las principales razones que avalan la ejecución de este estudio, el cual pretende encontrar indicios sobre posibles relaciones entre el uso de sujeciones y determinadas características del centro, de los profesionales que allí trabajan, y de los propios usuarios que son sometidos a sujeciones, pues solo descubriendo qué factores influyen y contribuyen al uso de dicha metodología se podrán idear intervenciones que consigan sustituir y eliminar las técnicas de las que venimos hablando.

## 2. INTRODUCCIÓN

Este trabajo es un estudio de recogida de datos y valoración del uso de sujeciones, tanto habituales como episódicas, en Residencias y en Centros de Día para personas mayores de la Comunidad Autónoma del País Vasco, así como de la resistencia de dichas instituciones al cambio que supone la eliminación de éstas.

La idea de realizar la investigación sobre este tema surge, inicialmente, inspirada por los múltiples y variados comentarios realizados por diferentes profesionales que nos impartieron clase al inicio del presente master: algunos de ellos contemplaban las sujeciones como algo negativo y propio de realizar con animales, no con personas; mientras que otros las veían como algo útil y necesario, sin posibilidades de ser reemplazadas por otros métodos.

Estas notables diferencias despertaron mi interés, y me hicieron reflexionar y cuestionar dichos procedimientos, que tan normales me habían parecido en un pasado cercano.

Comencé, entonces, a adentrarme mentalmente en un escenario sin sujeciones, estudiando sus aspectos positivos y negativos, leyendo experiencias e investigaciones realizadas hasta el momento sobre el tema, comentando con otras personas los diferentes puntos de vista... Hasta que dicho contexto se hizo realidad al incorporarme a la Residencia y Centro de Día Torrezuri, Primer Centro del Estado “Libre de Sujeciones”, la cual me mostró otros muchos caminos posibles para cuidar al mayor que descartan el sujetar al anciano.

Viendo estas alternativas metodológicas, decidí investigar si se llevan a cabo en otras residencias, para lo cual se hace necesario, primero, conocer la prevalencia de uso de sujeciones en los centros, y también aquellos miedos y barreras que les impiden deshacerse de ellas.

Así pues, a lo largo de este documento se podrá ver, inicialmente, un apartado que muestra los antecedentes y el estado actual de la cuestión, en el cual se revelan datos obtenidos de otros estudios que abordan esta misma materia, demostrando que el uso de sujeciones es algo frecuente en España pero que, sin embargo, es un asunto poco estudiado del que no se tienen informes claros. En este punto también se presenta un

marco teórico con definiciones que aclaran los conceptos relacionados con el tema, y especialmente, se señalan aquellos aspectos negativos, o perjuicios, que pueden ocasionar las sujeciones, testimonios que sirven de aval y acreditan el objetivo de aspirar a su eliminación. Aclarado esto, se exponen las razones que justifican la presente investigación, resaltando la necesidad de conocer, ya sea la prevalencia de uso de sujeciones, los motivos de ésta, las barreras que impiden su eliminación, la motivación que poseen los centros para deshacerse de estos métodos... puesto que, como ya se ha comentado, este tema no ha sido muy estudiado, y los datos que se tienen sobre él son algo imprecisos y confusos. Para concluir este apartado, se enumeran las diferentes variables, dependientes e independientes, que se van a estudiar, haciendo referencia a otras experiencias e investigaciones realizadas que también incluyeron en sus indagaciones los mismos parámetros que aquí se analizan.

A continuación, se pasa a comentar las hipótesis sobre las que se apoya el estudio, así como aquellos objetivos que se pretenden lograr con éste.

Para alcanzar dichos objetivos y realizar una investigación se ha de llevar a cabo cierto proceso, el cual se explica en el siguiente apartado: “metodología”. En este punto se expone, primero, cómo es la muestra del estudio, y de dónde se ha obtenido. Después se pasa a aclarar la instrumentación, donde se comentan cada uno de los cuestionarios utilizados en este pilotaje, así como las variables con las que están relacionados. Dicho esto, se pasa a enumerar y desarrollar uno a uno cada hito a seguir, empezando por diseñar una base de datos que contenga todas las residencias y centros de día para personas mayores de la Comunidad Autónoma del País Vasco, de la cual seleccionar la muestra, y finalizando con la elaboración de un informe que refleje los datos conseguidos tras la realización del estudio. Aquí también se presenta un cronograma de tareas para visualizar de manera rápida y sencilla dónde nos encontramos, y cuál es la siguiente labor a realizar.

Una vez llevado a cabo lo anterior expuesto, se presentan los resultados obtenidos, que se relacionarán en el siguiente apartado con las deducciones adquiridas en otras investigaciones realizadas sobre este mismo problema, para poder contrastar o complementar lo hasta ahora averiguado con lo nuevo descubierto.



Finalmente, se exponen las conclusiones que se sacan de todo este proceso, elaborando primero una discusión en la que, como se acaba de comentar, se comparan los resultados obtenidos con los de otros estudios, expuestos en el marco teórico. Y, para concluir, se incluyen las dificultades y limitaciones encontradas durante el estudio, así como algunas perspectivas de futuro suscitadas por lo descubierto.

### **3. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN**

En España, el 1 de enero de 2010 había contabilizadas 7.931.126 personas de 65 y más años. Esta cifra se corresponde con el 17,6% de la población total. En un periodo de tiempo muy breve de tres años (del 2007 al 2010), la población mayor ha ascendido en más de 400.000 personas, con un incremento del 5,6% (INE, 2010).

Además, en este mismo país, las proyecciones auguran un incremento de este envejecimiento que duplicará al actual. El Instituto Nacional de Estadística proyecta para el 2060 una cifra de 15.679.878 personas que habrán superado el umbral de los 65 años. Este segmento poblacional será entonces el 29,9% de la población total (Abellán y del Barrio, 2008).

Dentro de la Comunidad Autónoma del País Vasco, el porcentaje de personas mayores de 65 años es 18,5% (397.132 personas) (INE, 2008), del cual el 2,8% (11.254 personas) se encuentra institucionalizado (IMSERSO, 2008).

En esta comunidad autónoma se pueden contabilizar más de 433 residencias y centros de día para las personas mayores, y en todas ellas, salvo en una (Residencia y Centro de día Torrezuri) se utilizan sujeciones, lo cual nos lleva a pensar que el uso de esta metodología en esta comunidad es elevado.

#### **3.1. Marco teórico**

La sujeción se puede describir como un tipo de intervención que previene que la persona se cause daño a sí misma, a otras personas, o a otras propiedades (Duff et al., 1996).

Se pueden identificar dos tipos de sujeciones: la física y la química:

La contención física se ha definido como “cualquier método manual, instrumento material o equipo, físico o mecánico, que se aplica o se coloca junto al cuerpo del residente de modo que éste no lo pueda retirar fácilmente, con el fin de limitar su libertad de movimiento o el acceso normal a su propio cuerpo” (Koroknay, Braun and Lipson, 1993). Estos dispositivos incluyen cintos para sujetar brazos, piernas y tronco, manguitos, mitones, cinturones pélvicos, sillas de ruedas con bandeja delantera parcial o completa, chalecos y barandillas de cama. La contención física o sujeción física es una

técnica generalizada en las residencias de ancianos y en los hospitales, entre otros fines para garantizar la seguridad del anciano y evitar males mayores, como caídas, fugas, extravasación de sueros, etc. (López García de Madinabeitia, 2003). No obstante, la investigación no ha mostrado la eficacia de esta técnica en tales cuestiones. Incluso, muy al contrario, ha demostrado las demoledoras consecuencias que tiene su utilización rutinaria tanto en el plano físico como en el psicológico, como se verá más adelante (Iborra Marmolejo, 2008).

El perfil del residente al que se aplica contención física es el de mujer anciana, desorientada, con tendencia a la deambulacion, diagnosticada de demencia, dependiente para las actividades básicas de la vida diaria, con doble incontinencia, en tratamiento con neurolépticos, que mantiene cierta actividad social y con una historia de caídas previa durante los últimos seis meses (Tinetti, Liu, Marottoli and Ginter, 1991).

La sujeción química, por su parte, es descrita como el empleo de cualquier fármaco psicoactivo que se administre disciplinariamente o por conveniencia, y que no es necesario para tratar síntomas médicos del residente. En esta definición se entiende por disciplina cualquier acción tomada por la institución con el fin de castigar o penalizar a los residentes, mientras que el término conveniencia se refiere a cualquier acción tomada por la institución para controlar la conducta del residente con el menor esfuerzo, sin considerar si es beneficioso para él (Health Care Financing Administration, 1989).

Tideiksaar (2005), elabora otra definición con más concreciones y ejemplificaciones, en la que se refiere a la sujeción química como el uso de fármacos, fundamentalmente aquellos que actúan a nivel del Sistema Nervioso Central, que reducen la movilidad de la persona, de manera que quedan inhibidas sus actividades (salir de la cama, ir al cuarto de baño, participar en actividades sociales...) con el objetivo de manejar y controlar una conducta inadecuada o molesta (por ejemplo, vagabundeo, agresividad verbal, no colaboración en los cuidados, etc.) que no tiene base en un desorden psiquiátrico diagnosticado; dicho de otro modo, es el uso de fármacos (psicotrópicos o no) para manejar un problema para el cual existe un tratamiento mejor.

Algunas de las sujeciones químicas que podemos encontrar son, según Brown (2004), el uso de hipnóticos/ansiolíticos, antipsicóticos, antidepresivos, neurolépticos y sedantes.

Los residentes verbalmente agresivos, o que gimen o gritan día y noche, o que deambulan sin parar son los más frecuentemente expuestos a contención química, un procedimiento que genera menos controversia que la contención física por ser menos violenta y aparatosa, a la vez que menos inquietante para las conciencias (López García de Madinabeitia, 2003).

Todas estas variables nombradas que parecen afectar el uso de sujeciones físicas y químicas (tener demencia, padecer trastornos de conducta, ser dependiente...) constituyen factores de riesgo que pueden hacer que éste aumente. No obstante, no solo los aspectos relacionados con las personas mayores influyen, sino que también intervienen otros elementos externos al usuario, como son las características de la propia residencia (titularidad, tamaño, ubicación, etc.). Para más concreción, CEOMA, tras la realización de una investigación, encontró que las mayores tasas de uso de sujeciones físicas se daban en residencias públicas de ámbito urbano, con pocos años de antigüedad (menos de 5) y pocas plazas (menos de 60) (Iborra Marmolejo, 2008), aunque aún no se ha descubierto por qué se da tal relación exactamente.

A parte de las sujeciones químicas y físicas ya explicadas, también podemos encontrar acciones restrictivas. La restricción se define como cualquier acción (médica, química, física, psicológica, social o de cualquier otro tipo), palabra u obra que se utiliza con el propósito o la intención de limitar o constreñir la libre circulación o capacidad de toma de decisiones de uno mismo o de una tercera persona (Urrutia Beaskoa, y Erdoiza Inunciaga, 2010).

Siguiendo esta definición, cualquier cosa puede ser una restricción potencial: una silla reclinable, una mesa, una barandilla lateral... dependiendo de cómo se utiliza, quien lo utiliza, y el efecto o motivo por el cual se utiliza (Fryback, 1998).

Tanto la sujeción como la restricción se pueden dividir según la voluntariedad en voluntarias o involuntarias, y a su vez, se subdividen en dos subgrupos determinados por el carácter que se le da a ese elemento (Neufeld et al., 1995):

- **Restrictivo:** Cuando se utiliza con un carácter restrictivo, como elemento que el usuario no puede retirar fácilmente y restringe su libertad de movimientos o normal acceso a parte de su cuerpo.

- No Restrictivo: Cuando se utiliza sin carácter restrictivo, como elemento que permita al usuario mantener una posición corporal correcta y lo más fisiológica posible.

Igualmente, las Restricciones y las Sujeciones Voluntarias e Involuntarias con Carácter Restrictivo se dividen en Minor y Major en función de lo limitantes que puedan resultar para cada persona:

- Minor: Se trata de sujeciones o restricciones menos restrictivas que las mayor.
- Major: Se trata de sujeciones o restricciones mucho más restrictiva y limitantes que las minor (Anexo 7).

Por último, se pueden clasificar, según el número de veces que se utilicen, en habituales y episódicas: se considera uso de sujeciones restrictivas como habituales cuando dentro de un periodo de un año, se utilizan sujeciones restrictivas en al menos cuatro episodios (el número de periodos o veces en los que se utiliza la sujeción restrictiva dentro de un mismo episodio no es relevante); y se considera el uso de sujeciones restrictivas como episódicas cuando dentro de un período de un año, se utilizan sujeciones restrictivas en menos de cuatro episodios (Urrutia Beaskoa, 2011).

Es de mencionar, también, la clasificación que realiza la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica (SEEGG, 2003), que completa con ciertos matices la categorización anterior al señalar los siguientes tipos de restricciones:

- Restricción física individual sobre el movimiento.
- Restricciones a la circulación libre dentro y fuera del edificio.
- Control químico sobre la conducta, como el uso de medicamentos.
- Supervisión y observación no consentida.
- Actitudes culturales, institucionales y profesionales que justifican conductas que limitan la libertad.
- Control no consentido de la economía del mayor.

En este punto, cabe aclarar que esta investigación se centrará concretamente en el estudio del uso de sujeciones, químicas y físicas, en los centros para personas mayores, ya que las restricciones, aunque también limiten la movilidad de la persona, no utilizan ningún tipo de atadura. Si bien es verdad que sí se tendrán en cuenta las barras de cama,

dando importancia a aquellos casos en los que éstas se utilicen para impedir a la persona mayor levantarse y deambular por la noche, sin permitirle, por ende, acudir al servicio de manera autónoma, y causándole, por tanto, problemas de incontinencia y otros trastornos asociados que el residente no sufría antes.

No hay que olvidar, tampoco, que las barras de cama son causantes de muchos accidentes por atrapamiento, e incluso se pueden encontrar casos documentados de muerte. El Grupo de Trabajo de Seguridad de Camas de Hospital (Hospital Bed Safety Workgroup, 2006) reconoce siete zonas potenciales de atrapamiento (anexo 8), siendo la uno y la cuatro las que representan la mayoría de los casos de atrapamiento y muerte por ésta causa.

Además, también es importante tener en cuenta que, como afirman Talerico y Capezuti (2001), el uso de barandillas induce al uso de sujeciones físicas en la cama, como el cinturón abdominal o las sábanas inmovilizadoras.

Está claro que se usan sujeciones por motivos múltiples, pero no siempre aceptables. Dice Burgueño, (2007) que la búsqueda de la tranquilidad moral fácil ha inducido a muchos a pensar que sólo se usan cuando la persona las necesita, pero cuando se fuerza a los profesionales a la reflexión, admiten que se usan por conveniencia de terceros.

Lee et al. (1999) destacan los siguientes motivos que las enfermeras perciben para utilizar sujeciones, ya sean físicas o químicas:

- Para prevenir caídas.
- Para proteger heridas.
- Para mantener regímenes de tratamiento.
- Para controlar a la gente que expone confusión o agitación.

Aunque también se pueden identificar otras razones, como las que señala Andrés Álvarez (2007):

- Ayudar a la consecución de objetivos organizativos de la institución (por ejemplo, que se cumplan los horarios).
- Ayudar a mantener la correcta posición anatómica del cuerpo.

- Mantener un entorno social cómodo (evitar que esos residentes molesten a otros).
- Paliar bajos ratios de personal.
- Reducir riesgos para el personal.
- Evitar problemas para el control de pacientes: tamaño de las salas, disposición de las habitaciones, distancia excesiva entre el personal y los pacientes...
- Sortear las presiones administrativas, familiares...
- Reducir los miedos a denuncias.

Algunas de estas razones, como se ha podido demostrar, están fundamentadas en mitos (The University of Texas MD Anderson Cancer Center Restraints Improvement Group, 1999).

Siguiendo a Burgueño (2008), uno de los mitos más extendidos es el que apoya que el uso de sujeciones disminuye las caídas. Sin embargo, no existe ninguna evidencia científica a favor del uso de sujeciones para manejar el riesgo de caídas o problemas de conducta, muy al contrario, existen evidencias científicas de que son medidas poco recomendables, dados sus efectos, como se podrá comprobar más adelante.

Kron et al. (2003), realizaron un estudio, a través del cual consiguieron desmontar este mito que se está comentando. Prueba de ello es la siguiente gráfica, en la que se puede contemplar que el uso de restricciones no solo no protege de las caídas, sino que con éste método el riesgo de caídas es mayor:

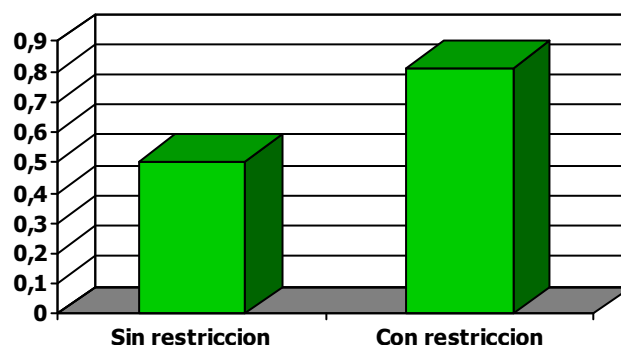


Gráfico 1. *Risk Indicators for Falls in Institutionalized Frail Elderly* (Kron et al, 2003).

Además de Kron, otros muchos autores han investigado sobre esto, como Tinetti (1987), Liu et al. (1992), Capezuti et al. (1998), o Evans et al. (1996), que han demostrado que el riesgo de accidentes y caídas graves aumentan con el uso de restricciones.

Igualmente, Fariña López et al. (2009), tras realizar un estudio, determinaron que las personas inmovilizadas mediante sujeciones físicas se encuentran en mayor riesgo de sufrir lesiones graves, ya que cuando se deslizan en la silla las sujeciones aprietan en el pecho y la cabeza imposibilitando la respiración, o cuando intentan ponerse en pie y luchan por salir de la sujeción, se pueden provocar lesiones graves e incluso la muerte.

Además, es importante señalar que hay muchas alternativas a las sujeciones para prevenir caídas, como pueden ser realizar cambios y modificaciones en el hogar (estancias despejadas, camas bajas, barandillas en escaleras y escalones...), y utilizar dispositivos de seguridad y ayudas de movilidad (Nikolaus et al., 2003); realizar programas de ejercicios de equilibrio, coordinación, ejercicios aeróbicos, de resistencia... que mejoran la potencia muscular y enseñan “cómo caerse” (Barnet et al., 2003), o realizar intervenciones integrales como la que indican Clemson et al. (2004), que incluyen estrategias como generar cambios en la persona (que aprenda a vestirse con ropa y calzado seguro, por ejemplo), mejorar el equilibrio y la fuerza de las extremidades inferiores, mejorar la seguridad ambiental y de conducta (cómo moverse con seguridad por el hogar), reforzar el estímulo visual (señalizar peligros), realizar exámenes médicos para verificar la presencia de baja visión y posibles problemas con los medicamentos...

Otro de los mitos que nos podemos encontrar es el de que los centros que utilizan sujeciones son menos vulnerables a las sanciones legales o a denuncias de los familiares. En contraposición a esto, las experiencias en otros países nos indican que:

- a) Han prosperado pocas denuncias basándose en el no uso de sujeciones. El uso de sujeciones sí aumenta el riesgo de denuncias.
- b) Una correcta gestión y documentación del “control de sujeciones” o de su “no uso” protege frente a posibles denuncias.
- c) Los centros y el personal pueden ser considerados responsables cuando se utiliza las sujeciones por propia comodidad (Urrutia Beaskoa, 2011).



En cuanto a las familias, cabe decir, que éstas acaban aceptando las sujeciones porque no se les ofrecen otras alternativas y, por lo tanto, se basan en la creencia de que no se puede cuidar de otra manera (Urrutia Beaskoa, 2011).

Por último, es de destacar el gran mito de los costes, que lleva a los profesionales a pensar que con las sujeciones se reducen gastos por personal. Phillips et al. (1993) realizaron un estudio al respecto, demostrando que los auxiliares o ayudantes de enfermería dedican más tiempo a los residentes con sujeciones, ya que, aunque el personal no cumpliera con los cuidados exigibles de la persona atada, el deterioro en la autonomía para las actividades de la vida diaria, la incontinencia y el nerviosismo asociados al uso de restricciones exigen un esfuerzo considerable del personal. Esto indica que las sujeciones no solo no reducen el personal necesario para atender a los mayores, sino que lo mantiene o incluso lo aumenta, puesto que las personas sujetas necesitan más atención.

La realidad nos muestra, por tanto, que las consecuencias de estas técnicas pueden resultar más dañinas que las propias causas que llevan a utilizarlas, no solo para los residentes, sino también para el propio personal, que, como se acaba de ver, tiene que realizar más trabajo y con un estado de tensión y estrés que, en exceso, puede desembocar en el síndrome de Burnout.

El Burnout es definido por Maslach y Jackson (1986) como un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja autorrealización personal que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas que tienen problemas. Por lo que se da una pérdida de recursos emocionales y se desarrollan actitudes negativas e insensibilidad hacia los receptores del servicio prestado.

Schaufeli (1999), añade que se caracteriza primordialmente por debilitación, acompañado de distrés, un sentido de efectividad reducida, disminución de la motivación y el desarrollo de actitudes y comportamientos disfuncionales en el trabajo.

El trabajo de los profesionales de asistencia a enfermedades mentales es, por el tipo de características del trabajo en sí, uno de los que más estrés y desgaste genera; especialmente en el campo específico psicogeriatrico (Mariné, 2003).

Atendiendo, por otro lado, a las secuelas de los mayores con los que se utilizan estas técnicas, dice Clavijo (2008), presidente de AFALcontigo, que las sujeciones:

- Producen en la persona que las sufre indebidamente una pérdida de autonomía, dignidad y autoestima.
- Pueden llegar a vulnerar derechos fundamentales inherentes a la persona como la libertad, la dignidad y la integridad.
- El uso inadecuado de sujeciones puede ser considerado un maltrato o un eventual delito de coacciones.

Burgueño (2006) hace énfasis especial en la primera consigna de la autora anterior, y añade, además, que el uso de estos dispositivos se opone a los principales objetivos de los cuidados prolongados, es decir, lograr el máximo nivel de independencia, capacidad funcional y calidad de vida.

En la misma línea, A. Moya y J. Barbero (2003) afirman que la utilización de la sujeción mecánica de pacientes con trastornos de conducta puede tener una dimensión de trato vejatorio e inhumano, además de efectos secundarios indeseables.

He aquí algunos ejemplos descritos por Burgueño (2008):

<b>Perjuicios documentados de las sujeciones físicas:</b>	
<p><b>Efectos físicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Úlceras por Presión</li> <li>• Infecciones</li> <li>• Incontinencias (urinaria y fecal)</li> <li>• Disminución del Apetito</li> <li>• Estreñimiento</li> <li>• Pérdida del tono muscular</li> <li>• Atrofia muscular y debilidad</li> </ul>	<p><b>Efectos Psicológicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aislamiento Social</li> <li>• Miedo / Pánico</li> <li>• Ira</li> <li>• Retiro/ Apatía</li> <li>• Depresión</li> <li>• Agresividad</li> </ul>

Tabla 1.1: *Perjuicios documentados de las sujeciones físicas* (Burgueño, 2008).

Y, de manera más global, sin realizar divisiones entre la esfera física y psíquica, este mismo autor señala como secuelas perjudiciales de las sujeciones químicas las siguientes:

<b>Efectos potenciales documentados del uso de fármacos psicotrópicos:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Delirium/ alteración del pensamiento</li> <li>• Deterioro del estado cognitivo</li> <li>• Deterioro de la comunicación</li> <li>• Deterioro del estado de ánimo</li> <li>• Deterioro de los síntomas conductuales</li> <li>• Depresión</li> <li>• Alucinaciones</li> <li>• Deterioro funcional físico</li> <li>• Uso de sujeciones físicas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Movimientos físicos de repetición</li> <li>• Problemas de equilibrio</li> <li>• Hipotensión</li> <li>• Mareo/ Vértigo/ Síncope</li> <li>• Marcha inestable</li> <li>• Caídas - Fractura de cadera</li> <li>• Problema de deglución</li> <li>• Deshidratación</li> <li>• Estreñimiento –impactación fecal</li> <li>• Retención de orina</li> </ul>

Tabla 1.2: Efectos potenciales documentados del uso de fármacos psicotrópicos (Burgueño, 2008).

Coincidiendo con el autor anterior, De Prada Pérez, (2009, p. 4), director de la residencia El Vergel en Pamplona, afirma que, “a día de hoy, disponemos de conocimientos científicos suficientes que muestran claramente las graves consecuencias que en el anciano origina el uso sistemático de restricciones físicas entre otras, aumento de la agitación, producción de estrés grave, reducción del apetito, deshidratación, inmovilidad, mayor proporción de accidentes graves tras caída, aislamiento del entorno y alteración de la relación con los cuidadores y personal sanitario, aumento de las infecciones, aumento de la pérdida de memoria, aumento de la estancia hospitalaria, abrasiones y úlceras en la piel y posibilidad de muerte directa por asfixia”.

A todo esto, el profesor Holly Brown (2004) añade también agitación, confusión y pérdida de la dignidad. Este docente no sólo se conforma con mencionar los múltiples perjuicios de las sujeciones, ya nombrados, sino que además hace uso en sus ponencias de imágenes sobrecogedoras de personas mayores con las que se han utilizado

restricciones, que muestran las desastrosas consecuencias que pueden tener estos métodos, como las que a continuación se presentan:

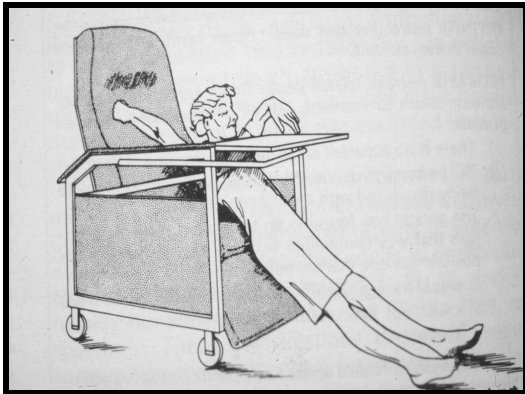


Fig 1.1: Perjuicios de restricciones I (Brown, 2004).

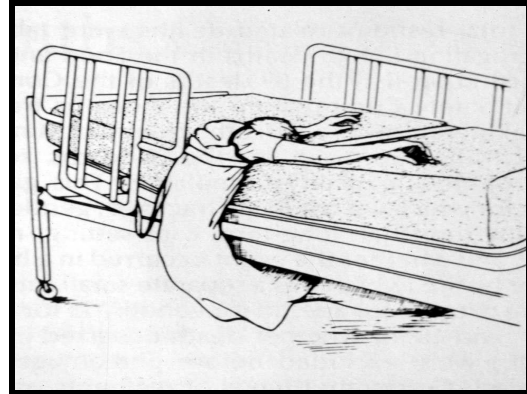


Fig 1.2: Perjuicios de restricciones II (Brown, 2004).

Así pues, es evidente que tanto las restricciones como las sujeciones causan daños físicos y psíquicos. Algunos indicadores de los primeros pueden ser la recurrencia en la hospitalización, las caídas sin causa justificada, marcas y moratones, abatimiento injustificado... Y de los segundos, conductas anómalas (incontinencia, agresividad, agitación nocturna...) o repentino aislamiento social, depresión, confusión... (Clavijo, 2008).

Aún viendo todos estos perjuicios, las familias no suelen estar sensibilizadas ante el tema de las restricciones físicas, como aclara el estudio descriptivo, realizado por Fariña-López et al. (2008), sobre la actitud de la familia ante el uso de restricciones físicas en mayores, que nos muestra que la mayoría de los familiares considera este recurso como adecuado y que un 90,7% está dispuesto a utilizarlo en un familiar suyo. Además, un 41,9% opina que no pueden evitarse las restricciones y desconocen otras alternativas que pudieran usarse. Un 23,3% no es consciente de que la restricción puede ocasionar algún problema físico o psicológico, como se acaba de contemplar párrafos anteriores. Parece que ninguno estima de forma concluyente que este procedimiento sea una forma de maltrato. Las familias mantienen una actitud positiva ante la restricción y consideran apropiado su uso. Ello podría relacionarse con el limitado conocimiento de las alternativas que se pueden emplear y de las complicaciones que originan.

El uso de sujeciones, tanto en los hogares como en las instituciones, por tanto, es algo frecuente en España, de hecho, un estudio realizado por Ljunggren, Phillips y Sgadari, publicado en 1997 por la revista *Age and Ageing*, muestra que el porcentaje de

uso diario y continuado era de un 39,6% respecto al total de la población institucionalizada, dato que resulta alarmante si lo comparamos con otros países desarrollados como Dinamarca (2,2%), Japón (4,5%) o Islandia (8,5%).

No obstante, la prevalencia de uso de sujeciones no ha sido muy estudiada, lo cual dificulta que conozcamos con veracidad la situación actual en la que nos encontramos con respecto a este tema.

Existen investigaciones más recientes, como la publicada en la Revista Española de Geriatría y Gerontología, realizada por Galán, Trinidad, Ramos, Gómez et al. (2008) en 25 residencias públicas de la Comunidad de Madrid, que habla de un 8,4% de prevalencia de uso de sujeciones, y un 20,8% si se añade el uso de barandillas. La Confederación Española de Organizaciones de Mayores – CEOMA, también presenta un estudio, financiado por la Fundación Iberdrola y editado en el 2008, en el cual se utilizó una muestra de 63 residencias, que revela que el porcentaje de uso diario de sujeciones era del 17,61%, y que aproximadamente un 70% de las residencias estudiadas presentaban una prevalencia de uso del 0 al 20%. Sin embargo, la propia CEOMA acaba de completar otra investigación con 263 residencias públicas y privadas que acogen a 9000 personas, demostrando que actualmente la tasa de utilización de estas técnicas en España es del 23%; las mismas fuentes llegan incluso a hablar de que un 25% de personas dependientes que viven en residencias son sometidas a sujeciones físicas (como correas y ataduras), cifra que se sitúa en un 60% cuando se trata de personas mayores con enfermedad mental, mientras que la tasa de utilización de estas técnicas en Italia, Suiza y Alemania ronda el 15%, en el Reino Unido el 4%, y en Dinamarca el 2% (Burgueño, Iborra, Martínez y Pérez, 2008).

En cuanto a las sujeciones químicas, y siguiendo también a Burgueño (2008), cabe destacar que la enfermería de centros de cuidados prolongados sugiere que entre un 50% y un 75% de los sujetos reciben medicamentos psicotrópicos. La mayoría de los fármacos consumidos son benzodiazepinas que se usan de forma inadecuada. Tras ellas se encuentran los antipsicóticos cuyo consumo ha sufrido un incremento importante y preocupante en los últimos años, sin que ello se corresponda con una mayor prevalencia de desórdenes psiquiátricos en estos centros.

En un porcentaje bastante menor, encontramos que la prevalencia del consumo de psicótopos en otros países varía desde un 15,5% en Finlandia (Laukkanen et al., 1992),

un 12,3-28,9% en Estados Unidos (Douglas et al., 1990) y un 37,6% en Francia (Fourrier et al., 2001).

Además de este alto porcentaje de consumo de psicótopos, una investigación llevada a cabo por Wayne, Ray, Charles et al. (1980), con una muestra 5.902 personas mayores residentes en 173 hogares de ancianos de Tennessee (EE.UU.), reveló que el 59% de ésta consumía varios medicamentos de categorías diferentes, siendo la combinación más frecuente la de antipsicóticos y sedantes hipnóticos.

Esta mezcla en el consumo de medicamentos también se da entre la población anciana institucionalizada de España, y así lo demuestra un estudio realizado en Zaragoza por Alonso Formento et al. (2007), definido como “Proyecto ZARADEMP”, en el que se vio reflejado que el 81,9% de los 3715 pacientes de la muestra consumía un solo psicótopo, el 15,3% dos, el 2,5% tres y el 0,3% cuatro. Al mismo tiempo, un 98,3% los consumía de forma diaria o casi diaria y un 1,7% de forma esporádica.

Cabe destacar que, otra investigación realizada por la Universidad de Granada sobre las prescripciones inapropiadas en ancianos institucionalizados, mostró que de las 2.323 prescripciones de medicamentos registradas durante 14 meses, un 19,5% eran inapropiadas; entre ellas destacaron las benzodiazepinas, zolpidem, vasodilatadores cerebrales, nootrópicos, mezclas de antipsicóticos y ansiolíticos, flebotónicos y antibióticos sistémicos (Góngora et al., 2004).

Se puede contemplar, visto lo anterior, que estos tipos de fármacos son ampliamente utilizados en las residencias, especialmente para manejar los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia, pues, como demostraron Phillips et al. (2000), los residentes que se encuentran en unidades de cuidados especiales de Alzheimer son más propensos a recibir medicación psicotrópica.

Aunque en algunos casos su empleo sea necesario, la realidad muestra que en muchas ocasiones se hace un mal uso e incluso abuso de ellos, lo cual puede causar perjuicios secundarios al mayor, como ya se ha comentado anteriormente. Igualmente, cabe señalar que el consumo de antipsicóticos, especialmente los atípicos, se ha asociado también a un aumento significativo del riesgo de muerte (Gill et al., 2007).

Todo esto debería servir de aliciente para evitar emplear dichos medicamentos tan comúnmente, o al menos hacerlo únicamente en aquellas ocasiones en las que sea

estrictamente necesario y no quede ninguna otra alternativa, aunque siempre se pueden buscar otras soluciones.

Burgueño (2008) afirma que existen países que históricamente han venido haciendo un uso muy limitado de estas prácticas (Finlandia y Dinamarca especialmente), sin necesidad de leyes o iniciativas profesionales especiales, pero en el otro extremo, también encontramos países que no se han preocupado por ello, ni siquiera en conocer su realidad, si bien son los países menos desarrollados. De entre éstos, dice el autor, comienza a escapar tímidamente España, que desde hace muy poco tiempo ha comenzado a arrojar luz al problema y a realizar alguna actividad en aras a la concienciación y racionalización.

Otros países importantes de mencionar que han intentado, e incluso logrado deshacerse de las sujeciones son Japón, Alemania y Estados Unidos.

En el caso de Japón, se comenzaron a dar iniciativas profesionales para lograr cuidados libres de sujeciones, basados en el mantenimiento de la dignidad, independencia y libertad (“Proclamación Fukuoka de Cuidados libres de Sujeciones”), que empujaron al Ministerio de Sanidad y Bienestar y al Gobierno de Japón a legislar al respecto, prohibiendo así el uso de sujeciones en los cuidados prolongados (Akamine Yoriko, 2000).

En Alemania, en cambio, a pesar de ser un país con legislación específica que restringe el uso de sujeciones físicas, se sigue utilizando en exceso ésta metodología (Vries et al., 2004), lo cual, afirman Bredthauer et al. (2004), preocupa mucho a los profesionales.

Por último, nos encontramos a Estados Unidos, país en el que se abusaba del uso de sujeciones hasta que entró en vigor en 1987 la ley OBRA (Nursing Home Reform Amendments of the Omnibus Budget Reconciliation Act) que mejoró la regulación de los hogares de ancianos e incluyó nuevos requisitos sobre la calidad de la atención, la evaluación del residente, la planificación del cuidado, y el uso de fármacos neurolépticos y restricciones físicas (Hawes et al., 1997).

Igualmente:

- a) Introduce el derecho a estar libre de restricciones físicas y químicas innecesarias e inapropiadas.
- b) Pone énfasis tanto en la Calidad de Vida de los residentes como en la Calidad de los Cuidados.
- c) Considera el “no uso de Sujeciones” como un Indicador de Calidad de Vida (de residentes y cuidadores): Utiliza en diferentes estudios el uso ó no de sujeciones como Indicador de Calidad de Vida (Urrutia Beaskoa y Erdoiza Inunciaga, 2009).

Además de los mencionados, otros países como Austria, Dinamarca y Países Bajos también disponen de legislación que restringe el uso de sujeciones en centros de atención a personas mayores (Urrutia y Erdoiza, 2010).

En España, como ya se ha dicho y se puede contemplar a lo largo del documento, aún falta mucho camino por recorrer para lograr eliminar las sujeciones de las prácticas profesionales y para que se establezca en el plano estatal una legislación específica que las regule, si bien es cierto que en el ámbito de los servicios sociales autonómicos ya se han desarrollado diferentes leyes y decretos que hacen referencia explícita a las sujeciones físicas, estableciendo límites a su uso (Urrutia y Erdoiza, 2010), como, por ejemplo:

- En Cataluña, con el Decreto 284/1996 modificado por el Decreto 176/2000 de regulación del Sistema Catalán de Servicios Sociales, que establece el derecho a no ser sometido a ningún tipo de inmovilización o restricción física o farmacológica sin prescripción médica y supervisión, salvo que exista peligro inminente para la seguridad física del usuario o de terceras personas (Departamento de la Presidencia de Cataluña, 2000).
- En Valencia, con el Decreto 91/2002, de 30 de mayo, que afirma que a los usuarios solamente les podrán ser aplicadas medidas de sujeción, por prescripción facultativa motivada y expresa, con indicación de las horas que ha de llevarse a efecto, el tipo de sujeción y duración del tratamiento (Gobierno de Valencia, 2002).



- En la Comunidad Autónoma de Navarra, con la entrada en vigor de la ley foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales, que expone en su artículo 8-k el derecho a no ser sometido a ningún tipo de inmovilización o de restricción física o tratamiento farmacológico sin prescripción facultativa y supervisión, salvo que exista peligro inminente para la seguridad física del usuario o de terceros. En este último caso las actuaciones efectuadas se justificarán documentalmente y costarán en el expediente del sumario, en la forma que se establezca reglamentariamente. Asimismo se comunicarán al Ministerio Fiscal (Sanz Sesma, 2006).
- Y, más recientemente, en Cantabria, con la Ley 2/2007, de 27 de marzo, que instaaura el derecho a no ser sujeto a ningún tipo de restricción física o intelectual, por medios mecánicos o farmacológicos sin prescripción y supervisión facultativa, salvo que exista peligro inminente para la seguridad física de la persona usuaria o de terceras personas (Parlamento de Cantabria, 2007).

No obstante, cabe decir que, a pesar de estos esfuerzos, el uso de sujeciones sigue siendo elevado, e incluso se podría calificar de excesivo, si se tiene en cuenta el significado que le da a éste Pérez Cano (2008), que afirma que se da cuando se utilizan las sujeciones como primera solución, sin tener en cuenta otras opciones, válidas y seguras, disponibles.

La Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica (SEEGG) (2003) afirma que la consideración de la sujeción física como un mal menor, el desconocimiento de alternativas y el vacío legal, lleva a los profesionales y en general a la sociedad a una normalización de este tipo de práctica con el mayor, arrastrando a consecuencias tan viciadas y poco reflexionadas como:

- Formación técnica de los profesionales y alumnos sobre el uso de las sujeciones físicas como instrumentos terapéuticos.
- Elaboración de protocolos de uso en las instituciones sin argumentos previos sobre la necesidad de tratar de evitarlas.
- Investigación, desarrollo y comercialización de utillajes para una más eficiente inmovilización.

En resumen, hay que decir que, en general, en este país se observa una evidente ausencia de líneas de investigación y de práctica profesional que incida en la prevención del uso irracional y el desarrollo de nuevas alternativas al uso de sujeciones (SEEGG 2003).

### **3.2. Razones que justifican el estudio**

Una vez contemplada la situación actual en la que nos encontramos con respecto al tema de las sujeciones (que, como se ha podido ver, refleja un elevado uso de esta metodología en España), y demostrada también la falta de conocimiento e investigación en el tema, son varias las razones que justifican este estudio:

La primera de ellas es, por un lado, conocer la prevalencia de uso de sujeciones en la Comunidad Autónoma Vasca, ya que aquí no hay estudios recientes sobre este tema; y, por otro, realizar una investigación al respecto, lo cual es un paso necesario para poder trabajar en la eliminación de estos métodos, puesto que se ha demostrado que causan más daños que beneficios.

Otra de las razones es estudiar los índices de miedos y barreras que impiden evitar o eliminar las sujeciones, y que permiten a la vez extraer los motivos de mayor peso y con mayor presencia en las residencias y centros de día estudiados, de forma que se pueda trabajar sobre ellos y así favorecer la implantación de métodos alternativos orientados al fomento y gestión de la calidad de vida en los centros.

Justifica también la realización de este estudio la necesidad de conocer el porcentaje de residencias y centros de día susceptibles de eliminar las sujeciones en la Comunidad Autónoma del País Vasco, pues estos datos permitirán a su vez evaluar la labor de sensibilización que se habrá de llevar a cabo con todos aquellos centros no predispuestos a deshacerse de esta metodología implantando métodos alternativos.

Por último, otra razón que sirve de justificación es conocer el grado de sistematización que presentan los centros en cuanto al registro de sujeciones y caídas, puesto que estas últimas se pueden evitar sin necesidad de usar sujeciones, simplemente registrando el por qué se producen y los factores asociados (internos: fármacos, patologías...; externos: mobiliario inadecuado, bastones, ropa...), evaluando el riesgo

de caída, planificando la atención y realizando también una evaluación tras la caída (Tideiksaar, 2011).

### **3.3. Variables a estudiar**

Para llevar a cabo esta investigación se han de estudiar determinados aspectos, tanto del centro y del personal que allí trabaja, como de las propias personas usuarias que pueden ser objeto del uso de sujeciones. Con este estudio se podrá comprobar si todas esas características presentan algún tipo de conexión con el uso de dicha metodología, con la presencia de determinados miedos y barreras para eliminarla, o con la motivación de los profesionales para trabajar mediante otros métodos alternativos.

Para ello, las variables que se van a estudiar son:

#### Variables Independientes:

- Características del centro:
  - Ubicación (Urbana o rural).
  - Tipo de titularidad (pública o privada) y gestión (pública, privada mercantil, o privada sin ánimo de lucro).
  - Tamaño (pequeña, mediana o grande).
  
- Características de los trabajadores:
  - Edad.
  - Sexo.
  - Nº de trabajadores por unidad y puesto de trabajo.
  - Nº de trabajadores con especialización en geriatría-gerontología.
  
- Características de las personas usuarias:
  - Estado del intestino / vejiga.
  - Movilidad.
  - Integridad de la piel.
  - Nivel de dependencia (deterioro motriz y cognitivo)

### Variables Dependientes:

- Uso de sujeciones físicas y químicas (habituales y episódicas), y registro de éstas.
- Motivos de uso de sujeciones.
- Percepción de la importancia, utilidad o eficacia de uso de sujeciones por parte de los trabajadores.
- Barreras y miedos de los trabajadores para eliminar el uso de sujeciones.
- Motivación de los trabajadores para eliminar sujeciones y trabajar mediante otros métodos.
- Criterios para el uso de sujeciones (cómo se decide, quién decide, si hay valoración y seguimiento, si existe un protocolo) y percepción de los trabajadores de la utilidad y eficacia de éstos.

Estas variables ya han sido estudiadas en otras investigaciones. Por ejemplo, las variables independientes anteriormente mencionadas, y su relación con las sujeciones, fueron contempladas por Burgueño (2008) en su estudio sobre el Uso de Sujeciones Físicas y Químicas en Personas Mayores dependientes que reciben cuidados prolongados (muestra de 63 residencias), con un documento al que denomina “Censo de residentes y condiciones de residentes”, en el cual se basa el cuestionario utilizado en esta tesina para medir los mismos aspectos (anexo 2). Sin embargo, se hace necesario señalar un matiz que diferencia la presente investigación de la realizada por el autor nombrado, y es que, además de estar focalizado en otra comunidad autónoma, este estudio tiene en cuenta tanto las sujeciones habituales como las episódicas, mientras que el llevado a cabo por Burgueño atiende únicamente los casos en los que el uso de sujeciones es diario, descuidando el análisis de las situaciones concretas en las que se sujeta a otras personas con las que no se suele utilizar esta metodología normalmente.

Por otra parte, atendiendo a las variables dependientes, un estudio relacionado es el desarrollado por Lois Evans y Neville Strumpf (1986), para estudiar la percepción del uso de sujeciones por los profesionales, para lo cual crearon el Perceptions of Restraint Use Questionnaire (PRUQ), cuya adaptación se ha utilizada igualmente en esta investigación (anexo 5).

CEOMA también realizó un estudio, dirigido por Burgueño (2005), sobre la percepción de la sociedad y de los profesionales sociosanitarios acerca del uso de sujeciones, ya que, como afirma De Oriol Ybarra (2005, pág. 8), presidente de la Fundación Iberdrola, “es conocido que la mentalidad y las actitudes de las partes implicadas influyen significativamente en dicho uso”. En esta investigación Burgueño explora los motivos por los que los profesionales usan sujeciones, sin embargo, no indaga sobre la valoración que éstos hacen de dicha metodología frente a los motivos por los que alegan utilizarla. Este aspecto, que sí se tiene en cuenta en el presente estudio, permite saber si las sujeciones se usan porque realmente se consideran útiles y eficaces, o si se recurre a ellas por otras razones, como puede ser el desconocimiento de alternativas, que sí parece ser un aspecto común entre el personal de atención directa, según ha demostrado este mismo autor.

Además de estos estudios, existen otras experiencias desarrolladas en otros países que igualmente tienen que ver con las variables que en este documento se contemplan, como es el caso de la Quality Improvement Organizations (QIO) en Estados Unidos, que realiza proyectos de cambio de cultura para lograr que los centros funcionen sin restricciones físicas, enseñando estrategias alternativas de manejo de residentes que permitan una reducción considerable del uso de este método (Urrutia y Erdoiza, 2009), para lo que se han tenido que manejar algunos de los parámetros mencionados, como por ejemplo, “barreras y miedos de los trabajadores para eliminar el uso de sujeciones”, o “motivación de los trabajadores para eliminar sujeciones y trabajar mediante otros métodos”.

En la misma línea, podemos encontrar el estudio de cambio de cultura y eliminación de sujeciones realizado por Capezuti, Evans y Strumpf (1997), en el que resultó especialmente relevante la educación y preparación del personal (a más preparación, menor uso de sujeciones). Dicha variable se tiene en cuenta también en esta investigación, ya que, como afirman Castle y Fogel (1998) apoyando a los autores anteriores, el uso de sujeciones se ve fuertemente influenciado por la cultura general, la cultura de las organizaciones, la de los distintos profesionales, y la formación del personal.

Por último, cabría mencionar a la Universidad de Maastricht y el proyecto de Jan P. H. Hamers “Stop the Belt”, en el que se recogían, inicialmente y tras la intervención

en 13 hogares de ancianos psicogeríátricos, datos relativos a la edad, sexo, uso de restricciones físicas, número de caídas y lesiones relacionadas con caídas, uso de drogas psicoactivas, y uso de intervenciones alternativas (Hamers et al, 2010). Todos estos aspectos han sido incorporados asimismo en el presente estudio.

En todas estas experiencias los resultados muestran que las variables expuestas aparecen relacionadas reflejando algún tipo de conexión con el uso de sujeciones. Por esta razón es importante tomarlas en consideración también en esta investigación, y más aun teniendo en cuenta que algunas de ellas, como la motivación hacia el no uso de sujeciones, o los miedos y barreras que impiden su eliminación, no han sido todavía estudiadas en este país. Con respecto al resto de variables que sí están incluidas en algunas investigaciones españolas, y que se exploran de la misma manera en este estudio, hay que decir que, si examinamos dichos documentos con una mirada crítica, es necesario reconocer que el tamaño de muestra utilizado no es muy amplio, y por ello los resultados, que han sido extrapolados a toda España de manera no muy ortodoxa, son muy variados, imprecisos, y por tanto, no fiables, como se puede ver en el apartado de estado actual de la cuestión.

## 4. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Todo estudio se apoya sobre una serie de ideas o afirmaciones que el investigador tiene en su pensamiento, y que pretende analizar para descubrir si son ciertas o, por el contrario, son erróneas. Estas hipótesis iniciales son las que guían todo el proyecto, marcando los objetivos, las variables a estudiar, los aspectos relacionados... Por eso es importante tenerlas siempre presentes, de manera que no nos desviemos de lo que queremos demostrar.

En este caso, las hipótesis sobre las que se apoya el trabajo, y que se presumen como muy probables o ciertas, son las siguientes:

- La prevalencia de uso de sujeciones en la Comunidad Autónoma del País Vasco es alta, al igual que la de España, en comparación con otros países que poseen una situación socioeconómica comparable a la nuestra, como ya reflejan los datos recogidos en el marco teórico.
- Los profesionales que trabajan en residencias y centros de día para personas mayores están motivados hacia el no uso de sujeciones, pero no las eliminan por posibles miedos y barreras.
- El nivel de formación de los profesionales que trabajan en las residencias y centros de día para personas mayores influye en el uso de sujeciones, siendo los centros con mayor número de personal cualificado los que menos hacen uso de esta metodología.
- Las personas mayores que presentan dependencia son más susceptibles de ser sujetadas.
- El uso de sujeciones está relacionado con determinadas características del centro, como su ubicación, tamaño y tipo de titularidad y gestión, dándose las mayores tasas de prevalencia en residencias y centros de día públicos de ámbito urbano, y pequeños.

Para demostrar lo anterior, los objetivos que se pretenden lograr son:

## **Objetivo General**

Conocer la prevalencia de uso sujeciones en residencias y centros de día para personas mayores de la Comunidad Autónoma del País Vasco, y los impulsores y retractoros a la eliminación de éstas.

## **Objetivos Específicos**

- Conocer la sistematización al respecto del registro de datos de uso de sujeciones habituales y episódicas.
- Averiguar si existen o no unos criterios unificados para el uso de las sujeciones.
- Detectar dos ó tres detractores de la eliminación de sujeciones genéricos, con presencia en la mayoría de los centros estudiados en los que aún existe alta prevalencia de uso de sujeciones.
- Crear una herramienta para la medición cuantitativa de los detractores a la implementación de sistemas alternativos a la sujeción, que denominaremos “Mapa Crítico de Intereses”.
- Analizar si existe alguna correlación entre determinadas variables de tipo socio-sanitarias, y el uso de sujeciones.



## 5. METODOLOGÍA

La presente investigación consiste en un estudio descriptivo-explicativo realizado a través de la recogida de datos sobre el uso de sujeciones, y las razones que justifican su utilización (miedos y barreras para eliminarlas y motivación para trabajar sin ellas) entre las residencias y centros de día para personas mayores de la Comunidad Autónoma del País Vasco, donde se tendrán en cuenta los siguientes criterios de variabilidad:

- Ubicación:

- Urbana.
- Rural.

- Tipo de titularidad y gestión:

1. Titularidad:

- Pública.
- Privada.

2. Gestión:

- Pública.
- Privada
  - Mercantil.
  - Sin Ánimo de Lucro.

- Tamaño (según Macías Núñez, 2005):

- Residencias pequeñas (con un número de usuarios de hasta 40 plazas).
- Residencias medianas (de entre 40 y 100 plazas).
- Residencias grandes (capacidad superior a 100 plazas).

## 5.1. Muestra

La población de referencia de este estudio, de la cual se ha obtenido la muestra, ha sido el conjunto de residencias y centros de día para personas mayores de la Comunidad Autónoma del País Vasco, y más concretamente de la provincia de Bizkaia.

Dicha muestra se ha obtenido a través de una selección aleatoria estratificada, teniendo en cuenta los criterios de variabilidad expuestos en el apartado anterior (tamaño, ubicación, y tipo de gestión y titularidad).

No obstante, puesto que se trata de un pilotaje, en vez de aplicar la fórmula correspondiente para obtener una muestra teórica representativa con un nivel de confianza y de probabilidad de éxito alto y un error máximo admitido bajo, se han elegido únicamente cinco centros, aunque sí es cierto que en un principio se seleccionó una muestra mayor de diez residencias y centros de día, que ha ido decreciendo por determinadas dificultades y limitaciones que se explicarán más adelante.

Estas cinco residencias y centros de día acogen un total de 280 personas mayores, de las cuales un 68,93% (193 personas) son dependientes. La media de edad de los usuarios es de 83,8 años, y en su mayoría son mujeres (82,35%). Dichos centros dan trabajo a más de 160 profesionales, también mayoritariamente mujeres (93,4%), con una media de edad de 42,97 años y con preparación aunque no especialización geriátrica o gerontológica (sólo un 9% posee especialización).

Los centros seleccionados presentan las siguientes características:

- En lo referente al tamaño, dos son grandes, dos medianos y uno pequeño.
- Con respecto a la ubicación, cuatro de los centros se encuentran en ámbito urbano, y uno de ellos en ámbito rural.
- Y, finalmente, en cuanto a la titularidad y tipo de gestión, hay que destacar que dos de las residencias y centros de día son públicos puros, otros dos centros son de titularidad pública y gestión privada mercantil, y el quinto es de titularidad y gestión privada, aunque presenta un porcentaje de plazas concertadas.

## 5.2. Instrumentación

Los instrumentos utilizados para la obtención de los datos deseados han sido cuatro cuestionarios, los cuales se presentan a continuación:

1. Documento de Características Generales del Centro (anexo 2): Se trata de una herramienta que contiene interrogantes acerca de determinados aspectos relacionados con el centro de día o de la residencia (número de usuarios, tipo de cliente, ubicación...), con sus trabajadores (sexo, edad, preparación...) y con sus usuarios (media de edad, estado del intestino/vejiga, movilidad, integridad de la piel...), permitiéndonos así obtener información específica y referencial del centro en cuestión. Estos aspectos que el presente instrumento nos da a conocer se identifican como variables independientes, a partir de las cuales se estudiará su posible relación con las variables dependientes.
2. Cuestionario de Análisis de Prevalencia de Uso de Sujeciones (anexo 3): Documento que recoge información relativa únicamente a las personas con las que se utilizan sujeciones en el centro, como el nivel de dependencia que presentan, el deterioro cognitivo que tienen, trastornos de comportamiento, uso de psicótopos, tipo y número de sujeciones utilizadas con ellas... Gracias a él, se podrá ver la relación entre la variable dependiente de uso de sujeciones con las independientes, recogidas en el cuestionario anterior, y más concretamente con las características de las personas usuarias.
3. Mapa Crítico de Intereses (anexo 4): Herramienta de medición cuantitativa que analiza la valoración que realizan los profesionales que trabajan en el centro sobre los motivos del uso de sujeciones con relación al uso de éstas (es decir, cuán justificable es el uso de esa sujeción frente a ese motivo), los miedos y barreras que impiden eliminarlas, la motivación para trabajar sin ellas y la percepción de utilidad de los criterios que se siguen para decidir el uso de sujeciones. Todos estos aspectos forman parte de las variables dependientes, las cuales podremos ver relacionadas, especialmente, con la variable independiente de características de los

trabajadores, puesto que el cuestionario será rellenado por distintos profesionales, que nos revelarán sus diferencias de pensamiento.

4. Cuestionario de Percepción de Uso de Sujeciones (Adaptado de Perceptions of Restraint Use Questionnaire (PRUQ). Developed by Lois Evans and Neville Strumpf, 1986) (anexo 5): Instrumento que, al igual que el primer apartado del documento anterior, mide la importancia que da el profesional al uso de la restricción física en relación con determinados motivos que aparecen listados en él. Este cuestionario ha sido utilizado satisfactoriamente en otras investigaciones fuera de éste país para medir la percepción de los trabajadores en cuanto al uso de sujeciones, razón por la cual se ha decidido manejar una adaptación de éste también en el presente estudio. No obstante, este documento puede ser considerado demasiado autodirigido por ofrecer una lista cerrada sobre los motivos que llevan a utilizar esta metodología, razón por la que en la herramienta Mapa Crítico de Intereses se decidió incluir un departamento que midiera esto mismo pero mediante una pregunta más abierta que nos mostrase, además, qué sujeciones utilizan en el centro concretamente y por qué lo hacen.

### 5.3. Procedimiento

Para la realización de este estudio se han seguido una serie de hitos concatenados dotados de índices de medición, de manera que hasta que la tarea anterior no estuviese completada, no se pudiera pasar a la siguiente.

Los pasos que se han llevado a cabo son, por tanto, los que a continuación se explican:



Gráf. 2: *Hitos*. (Elaboración propia)

## **1º Hito**

La primera labor a realizar ha sido diseñar una base de datos que contenga todas las residencias y centros de día para personas mayores de la Comunidad Autónoma del País Vasco, teniendo en cuenta los criterios de variabilidad anteriormente citados. Además, en esta base también se especifica el nombre del interlocutor responsable del centro que aportará los datos, y los posibles canales para hacerlo (correo electrónico, números de teléfono...), de manera que, llegado el momento de contactar con los centros, la tarea fuera más sencilla y rápida de efectuar.

Para ello, se ha contactado con la Diputación Foral de Bizkaia, Araba y Gipuzkoa, las cuales nos ha facilitado un listado con los centros residenciales para personas mayores del lugar.

De esta base de datos se ha seleccionado la muestra. Puesto que se trata de un pilotaje, se han elegido únicamente cinco centros al azar de la provincia de Bizkaia (anexo 1), aunque sí teniendo en cuenta los criterios de variabilidad anteriormente descritos (ubicación, tipo de gestión y titularidad, y tamaño), como ya se ha explicado anteriormente.

## **2º Hito**

Una vez hecho esto, se ha procedido a la concertación de la entrevista, vía telefónica, diseñando antes un guión de telemarketing que aumentase nuestras posibilidades de ser recibidos, ya que éste nos ofrece, de antemano, todas las respuestas y objeciones que el interlocutor nos puede dar, permitiéndonos así anticiparnos y preparar réplicas a dichas contestaciones.

En esta llamada, igualmente, se explica brevemente el objeto del estudio y los datos que se necesita que el centro proporcione. Así mismo, se hace referencia al compromiso de confidencialidad y especialmente al hecho de que los datos recabados se verán reflejados en conjunto con los de otras residencias en el informe final, sin mencionar de manera concreta a ninguno de los centros.

En los casos en los que los profesionales del lugar han alegado no disponer de tiempo para reunirse, se ha intentado que acepten los cuestionarios vía mail, explicándoles, igualmente, lo anterior mencionado, a través de éste medio de comunicación.

Pasados 15 días, se ha vuelto a contactar con la residencia o centro de día con el fin de realizar un seguimiento, y ver si había podido rellenar ya los cuestionarios, si le había surgido alguna duda, si necesitaba ayuda... Y antes de finalizar la conversación, se ha concretado otro día (no muy lejano) para hablar de nuevo sobre el tema, logrando, de ese modo, que no se olviden de nosotros, y realicen, quizá, el trabajo más deprisa.

### **3º Hito**

El tercer hito, ha consistido en la realización de la entrevista, en la cual, además de explicar la naturaleza del estudio y sus objetivos, se ha utilizado el Mapa Crítico de Intereses (anexo 4) y un Cuestionario de Percepción de Uso de Sujeciones (Adaptado de Perceptions of Restraint Use Questionnaire (PRUQ). Developed by Lois Evans and Neville Strumpf, 1986) (anexo 5).

En un principio se pensó hacer las entrevistas a diferentes profesionales de la residencia o centro de día (director, médico y enfermera), para poder conocer, de manera más completa, cuáles son los miedos y barreras que impiden o dificultan la eliminación del uso de sujeciones en dicho centro, y la motivación para trabajar sin ellas de los profesionales que en él desarrollan su labor. No obstante, tras conocer las limitaciones de tiempo que tienen debidas al gran volumen de trabajo que manejan, se decidió hacer la entrevista únicamente a uno de los profesionales, intentando, sin embargo, que fueran diferentes figuras en cada uno de los centros. Así pues, los cuestionarios se han realizado al director de una de las residencias, a una enfermera, a otra enfermera jefe, a una coordinadora, y a un médico.

Tras la realización de cada entrevista se entregaron los otros dos documentos a rellenar, presentados ya en el apartado anterior de instrumentación: el primero contiene aspectos relacionados con las características generales del centro de día o de la residencia, sus trabajadores y sus usuarios, permitiéndonos así obtener información específica del centro en cuestión (anexo 2); y el segundo consta de un Cuestionario de

Análisis de Prevalencia de Uso de Sujeciones (anexo 3), junto al cual también se proporciona una lista con los nombres comerciales de psicótrópos para facilitar el trabajo de los profesionales al completar el apartado de sujeciones químicas (anexo 6).

Puesto que ambos documentos requieren la consulta de ciertos datos que el centro ha de tener registrados, se dejó un plazo de 10-15 días para su devolución, vía correo electrónico (aunque, debido, de nuevo, a las limitaciones de tiempo de los profesionales, se tuvo que alargar dicho periodo).

En los casos en los que los profesionales no han dispuesto de tiempo para reunirse, como ya se ha comentado en uno de los hitos anteriores, se han enviado todos los cuestionarios vía mail, explicándoles, por este medio o a través del teléfono, el contenido de cada uno de ellos y cómo se han de rellenar. Igualmente, se ha facilitado una dirección de correo y el número de teléfono móvil, de modo que si ha surgido algún imprevisto, duda o inconveniente, han podido localizarnos sin problema.

#### **4º Hito**

Tras la obtención de datos en las entrevistas, se ha procedido al análisis de éstos, utilizando métodos estadísticos.

Para ello, se han trasladado, primero, a un documento Excel que permita su visualización de manera más clara y ordenada, facilitando así su posterior manipulación. Ser meticulosos con este tema es algo realmente importante si se quiere asegurar una investigación de calidad, ya que la confusión con uno solo de los datos alteraría los resultados finales, y el estudio quedaría totalmente invalidado.

Una vez hecho esto, se han seleccionado las pruebas estadísticas más adecuadas, que nos permitiesen ver las relaciones existentes entre los diferentes aspectos estudiados. Los gráficos y las tablas que han dado como resultado dichas pruebas han sido de gran ayuda para proporcionar un soporte matemático a las observaciones realizadas en los centros y durante las entrevistas.

## **5º Hito**

Los resultados del análisis se ha reflejado en un informe (apartado de resultados y conclusiones de la tesina), relacionándolos con las deducciones adquiridas en otras investigaciones realizadas sobre este mismo tema, para poder contrastar o complementar lo hasta ahora averiguado con lo nuevo descubierto.

No obstante, es importante señalar que, puesto que se trata de un pilotaje, el tamaño de la muestra es pequeño y, por esta razón, no se pueden hacer extrapolaciones ni generalizaciones, sino que simplemente se puede hablar de indicios sobre una posible relación entre determinados aspectos estudiados.

Dicho informe muestra si las hipótesis sobre las que se apoya el estudio, anteriormente descritas, son ciertas, o si, por el contrario, nos encontramos en un error. Y además provee posibles medidas y soluciones a aplicar en el caso de que fueran verdaderas.

## **6º Hito**

Por último, los datos recabados han permitido generar diversas perspectivas de futuro, ya que el saber dónde se utilizan sujeciones, con quién se emplean, el por qué de su uso, y las motivaciones y miedos del personal para deshacerse de ellas, puede servirnos de orientación en las futuras actuaciones, tanto para determinar los destinatarios de éstas, como el mejor modo de hacerlo.

Algunas de esas perspectivas de futuro podrían ser la creación e implementación de diferentes alternativas al uso de sujeciones, la realización de cursos de sensibilización sobre este tema, no solo para los profesionales que trabajen en residencias y centros de día para personas mayores, sino también para las propias familias de los usuarios, que como se ha podido ver, contemplan esta técnica como algo útil y plausible, e incluso plantear una reforma legislativa más restrictiva con dicha metodología, como ya se ha hecho en otros países, y se está haciendo en algunas comunidades de nuestro país, como Navarra, Cantabria o Valencia.

Para concluir este apartado, cabe añadir que todos estos hitos explicados se reflejaron en un principio, al plantear el estudio, en un cronograma de tareas, con el fin



de tener claros cada uno de los pasos que se debía de dar, aunque, conforme se han ido realizando, se han tenido que hacer modificaciones, como se ha podido ver anteriormente, para que la investigación se completase satisfactoriamente.

A continuación se presenta dicho cronograma inicial, que tan bien refleja el proceso seguido:

### Cronograma de tareas

<b>Tarea</b>	<b>Número de actividad</b>
Elaboración de una Base de Datos	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Elaboración de una base de datos que recoja todas las residencias y centros de día para personas mayores de la Comunidad Autónoma del País Vasco, su tamaño, su ubicación, un teléfono de contacto, titularidad y tipo de gestión.</li><li>2. Clasificación de los centros según las variables mencionadas.</li><li>3. Selección de la muestra.</li></ol>
Concertación de Entrevistas	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Elaboración de un guión de telemarketing y de un guión de entrevista.</li><li>2. Elaboración del contrato de confidencialidad.</li><li>3. Realización de llamadas.</li><li>4. Trámites burocráticos (adelanto por correo electrónico de los documentos a rellenar: Cuestionario de Análisis de Prevalencia de Uso de Sujeciones, y recogida de las características generales del centro, sus trabajadores y sus usuarios) y seguimiento de llamadas.</li><li>5. Registro de Objeciones de quienes no nos reciben.</li></ol>

Realización de entrevistas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gestión de agenda, programación de viajes y desplazamientos, y rentabilización de rutas.</li> <li>2. Reunión con el director. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrega del contrato de confidencialidad.</li> <li>• MCI.</li> <li>• Cuestionario de Percepción de Uso de Sujeciones.</li> <li>• Explicación de cómo rellenar los documentos adelantados por correo electrónico, a entregar en 10-15 días.</li> </ul> </li> <li>3. Reunión con la enfermera. <ul style="list-style-type: none"> <li>• MCI (apartados de “Miedos y Barreras” y “Motivación”).</li> <li>• Cuestionario de Percepción de Uso de Sujeciones.</li> </ul> </li> <li>4. Reunión con la auxiliar de enfermería. <ul style="list-style-type: none"> <li>• MCI (apartados de “Miedos y Barreras” y “Motivación”).</li> <li>• Cuestionario de Percepción de Uso de Sujeciones.</li> </ul> </li> </ol>
Análisis de datos	1. Realización de pruebas estadísticas y análisis de los resultados.
Informe	1. Elaboración del informe.

Tabla 2: *Cronograma de tareas.* (Elaboración propia).

## 6. RESULTADOS

Tras la puesta en práctica de todo el proceso comentado, se han obtenido unos resultados, que se intentarán mostrar, a continuación, de la manera más clara posible para poder comprobar si las hipótesis sobre las que esta investigación se apoya son ciertas o si, por el contrario, nos encontramos en un error.

La primera de las hipótesis comentadas es la que hace referencia a que la prevalencia de uso de sujeciones en la Comunidad Autónoma del País Vasco es alta, al igual que la de España, en comparación con otros países que poseen una situación socioeconómica comparable a la nuestra.

Recogiendo algunos de los antecedentes expuestos en el marco teórico, podemos ver las siguientes tasas de uso de sujeciones:

<b>Porcentajes* de uso de sujeciones físicas en 8 países</b>							
Dinamarca	Francia	Islandia	Italia	Japón	España	Suecia	EE.UU
2,2	17,1	8,5	16,6	4,5	39,6	15,2	15,5
*Porcentaje de residentes que son sometidos a algún tipo de sujeción física, diaria y no diariamente.							

Tabla 3: *Porcentajes de uso de sujeciones físicas en 8 países.* (Ljunggren et al., 1997).

En la tabla se puede contemplar que, de todos los países mostrados, España es el que releva un mayor uso de ésta metodología. En consonancia con estos datos, el presente pilotaje, llevado a cabo en la Comunidad Autónoma del País Vasco, y más concretamente en Bizkaia, da a conocer que un 43% (121 personas) de los 280 usuarios, que residen en las cinco residencias que forman la muestra, son sometidos a sujeciones físicas, y un 55% (154 personas) a sujeciones químicas, lo que se puede considerar unas cifras elevadas. Se podría decir, por tanto, que se confirma la hipótesis expuesta, ya que los porcentajes revelan un alto uso de sujeciones en dicha comunidad, en comparación con los otros países desarrollados presentados.

En este punto, es importante comentar que todas las sujeciones registradas por las residencias, y por tanto estudiadas en esta investigación, son habituales, y ninguna episódica. Esto puede deberse, bien a que no haya realmente ninguna persona con la que

se hayan usado sujeciones en ocasiones aisladas, o bien a que dichas sujeciones episódicas no hayan sido registradas, y por ello no exista constancia de ellas.

Esta última razón, siguiendo las respuestas de los entrevistados, tendría que ser descartada, pues todos ellos afirman seguir un protocolo de sujeciones, valorado como muy útil y eficaz, en el que se realiza un registro del tipo de sujeción y la indicación por la que se utiliza, así como una valoración y un seguimiento de ésta. Este protocolo se sigue también para decidir si la persona tiene que usar alguna sujeción, aunque en última instancia, es el médico quien lo indica en la mayoría de los casos.

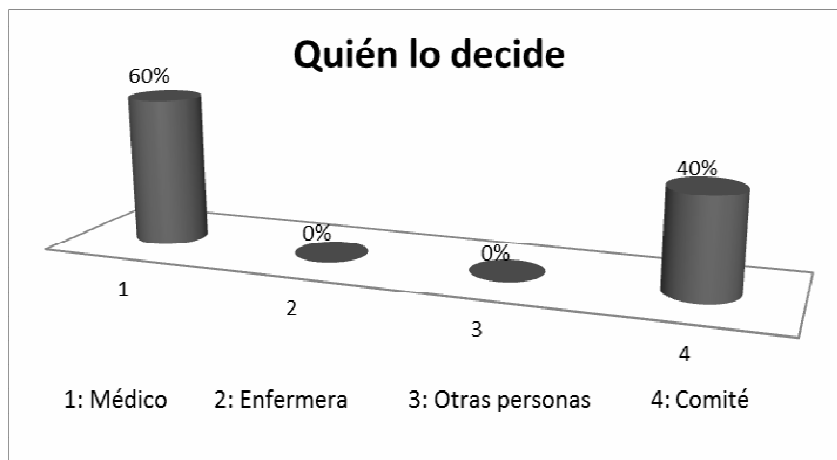


Gráfico 3: *Quién indica la sujeción.* (Elaboración propia)

Igualmente, es interesante destacar que las sujeciones más utilizadas, y presentes en todos los centros estudiados, son el cinturón abdominal, el cinturón de cama, la sábana inmovilizadora y las barras protectoras. A continuación se presenta un gráfico con los porcentajes de utilización de cada tipo de sujeción:

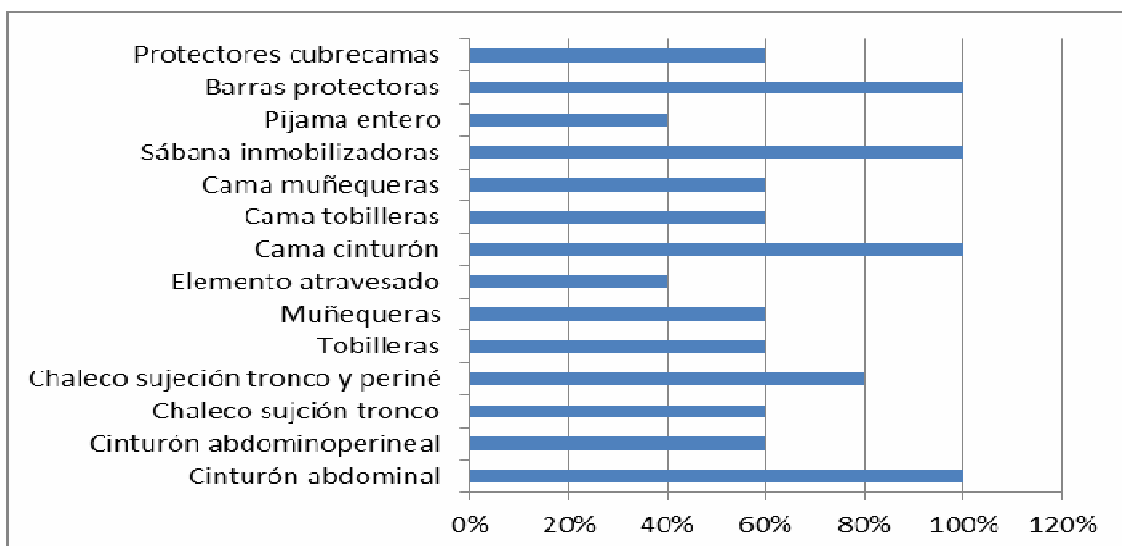


Gráfico 4: *Porcentajes de uso de sujeciones.* (Elaboración propia)

Queda reflejado, de este modo, el alto uso de esta metodología, al menos en cuanto a las sujeciones físicas se refiere.

Si nos centramos, por otro lado, en las sujeciones químicas, se puede ver igualmente que el uso de psicótopos está bastante extendido, especialmente el consumo de hipnóticos (33% de los usuarios los consumen) y ansiolíticos (36% de los usuarios los consumen).

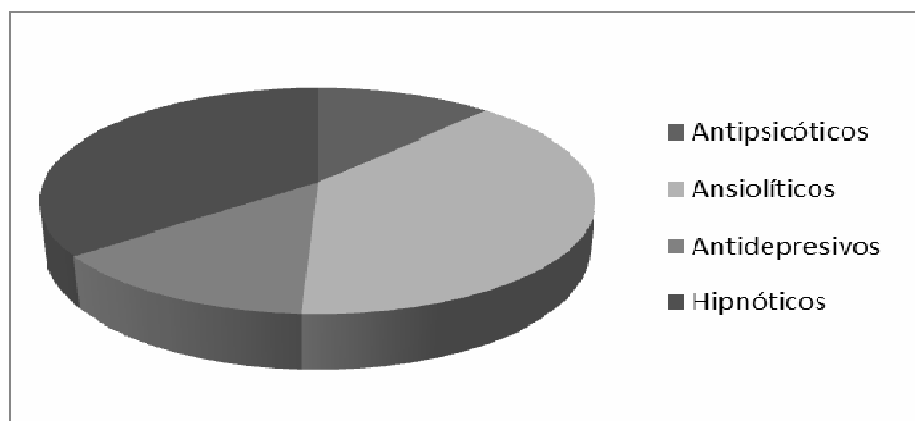


Gráfico 5: *Consumo psicótopos.* (Elaboración propia)

Por tanto, se puede comprobar que las sujeciones, tanto físicas como químicas, se utilizan frecuentemente en las residencias y centros de día de la Comunidad Autónoma del País Vasco, y más concretamente de Bizkaia, puesto que a esta provincia pertenecen las cinco residencias que forman parte de la muestra de esta investigación. Pero, ¿Por qué se usan tanto y tan a menudo?, ¿Qué les lleva a los profesionales que trabajan en los centros para personas mayores a utilizarlas?.

Estos interrogantes encuentran respuesta al intentar averiguar si es cierta la segunda hipótesis sobre la que se apoya el presente estudio, la cual afirma que los profesionales que trabajan en residencias y centros de día para personas mayores están motivados hacia el no uso de sujeciones, pero no las eliminan por posibles miedos y barreras.

Tras realizar las entrevistas, los datos nos muestran que, efectivamente, los profesionales se encuentran motivados hacia la eliminación de esta metodología, concretamente afirman estarlo en un 76%, porcentaje bastante alto, pero no suficiente como para lograr que los trabajadores den el paso de eliminarla finalmente.

Lo que les impide hacerlo es, en su mayoría, el miedo a que el paciente sufra daños, ya sea por caídas, arranques de sondas, agresiones de otros residentes con trastornos de conducta... Aunque también se pueden encontrar otros aspectos que influyen e impulsan la no eliminación de las sujeciones, como son el pensamiento de que el hacerlo conlleva un aumento de personal (mito que ha demostrado ser falso) o el miedo a la presión de la familia y a las posibles demandas judiciales:

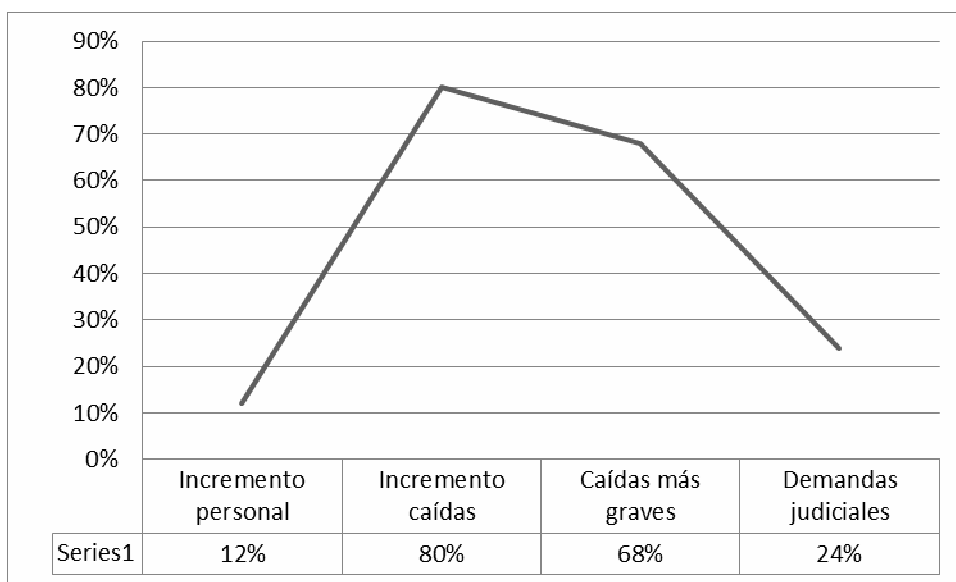


Gráfico 6: Valoración de miedos. (Elaboración propia)

Queda confirmada, pues, la segunda hipótesis, lo cual nos proporciona algunos indicios sobre el por qué se usan sujeciones.

Siguiendo esta línea, y preguntando a los propios profesionales, éstos destacan como principal motivo de uso de sujeciones el evitar caídas, golpes, agitación, arranques de sondas..., lo que coincide con algunos de los miedos que les impiden eliminarlas. Dichos miedos y barreras, como se ha podido ver en el marco teórico, están fundamentados en mitos que nada tienen que ver con la realidad, ya que se ha demostrado que ni las caídas aumentan al deshacerse de ésta metodología, ni son más graves. Por consiguiente, una manera de lograr que las residencias eliminen las sujeciones podría ser darles información y formación (como se comentará más adelante en las perspectivas de futuro), y más aun sabiendo que, aunque todos los trabajadores de los centros de la muestra son titulados, solo un 9% de los 166 posee especialización geriátrica o gerontológica.

Esto está relacionado con la tercera hipótesis, que mantiene que el nivel de formación de los profesionales influye en el uso de sujeciones, dándose menor uso de ésta metodología en los centros con mayor número de personal cualificado.

Ante esto cabe decir que no se puede confirmar que sea una correlación cierta, al menos no en este pilotaje, puesto que, en este caso, la residencia que posee mayor número de profesionales con especialización geriátrica o gerontológica presenta una prevalencia de uso de sujeciones igual y mayor que otros centros con personal menos cualificado. Sin embargo, sí hay que decir a su favor que dicha residencia lleva un mayor control sobre el uso y registro de esta metodología, y además se muestra más consciente de su utilización y de la necesidad de sustituirla por otras técnicas, lo que se conseguiría, según la profesional entrevistada de éste centro, a través de más información y formación.

Los demás profesionales consultados también afirman que para deshacerse de las sujeciones necesitarían, además de medios para evitar caídas, formación para el personal, especialmente enfocada hacia el aprendizaje de alternativas.

No obstante, lo más trascendental y necesario, a mi parecer, sería lograr cambiar la percepción de los trabajadores sobre las propias sujeciones, ya que en las entrevistas queda reflejado que las valoran demasiado, llegando a considerarlas incluso muy importantes como instrumento a utilizar durante su labor:

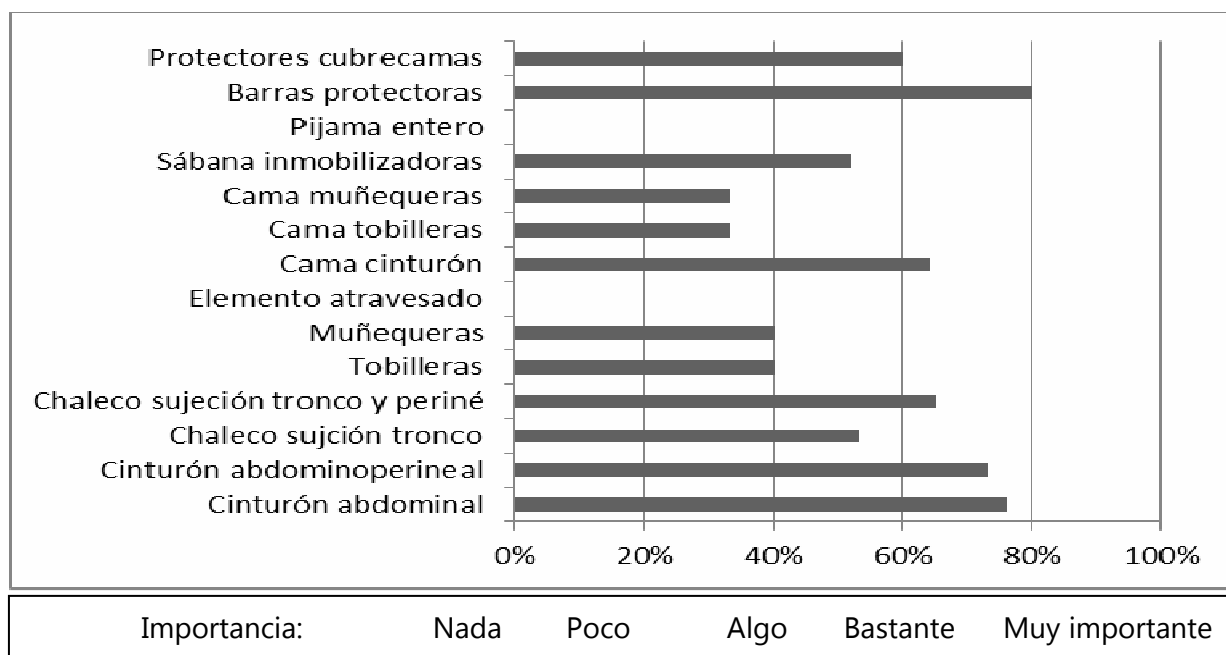


Gráfico 7: Valoración de sujeciones. (Elaboración propia)



Es interesante comentar que no todos los profesionales valoran las sujeciones de igual manera, sino que se pueden ver diferencias bastante marcadas en cuanto a esta apreciación:

<b>Profesional</b>	<b>Valoración de las sujeciones</b>
Medico	75%
Enfermera	86,6%
Enfermera jefe	100%
Coordinadora	31,4%
Director	25%

Tabla 4: *Valoración de cada profesional sobre las sujeciones.* (Elaboración propia)

En la tabla se contempla que los trabajadores que más estima muestran hacia las sujeciones son las enfermeras, con un porcentaje muy elevado, seguidas del médico, con un número algo menor, y finalizando con el director, que las considera muy poco importantes y necesarias.

Viendo esto, se puede pensar que los profesionales que mayor valor les otorgan son aquellos que precisamente trabajan con ellas, no obstante, sería necesario realizar un estudio que demostrase realmente si existe esta correlación entre las variables “puesto de trabajo y uso de sujeciones” y “valoración del uso de sujeciones”.

El desconocimiento de alternativas, la formación de los profesionales o el mismo puesto de trabajo pueden ser, como se acaba de ver, variables que influyen, aunque no determinan, el uso de sujeciones. Pero estas variables no son las únicas, sino que también intervienen otras vinculadas con los propios usuarios sometidos a las sujeciones, y con la residencia o centro de día que les acoge.

En cuanto a los primeros, y relacionados con la cuarta hipótesis, cabe destacar como aspectos comunes a todas las personas con las que se utiliza dicha metodología el tener cierto grado de dependencia (leve, moderada, grave o total), el presentar deterioro cognitivo y, el tener trastornos de comportamiento (Deambular, agresividad, agitación, comportamiento social no adecuado, rechazo a los cuidados...). Esto podría significar que la hipótesis comentada, que afirma que las personas mayores que presentan dependencia son más susceptibles de ser sujetadas, sea cierta, sin embargo, es importante remarcar que no se puede decir que haya una correlación exacta que nos

indique que a mayor dependencia mayor probabilidad de uso de sujeciones, pues los datos nos muestran que no es del todo así:

<b>Dependencia</b>	<b>% Uso de sujeciones</b>
Total	64%
Grave	100%
Moderada	42%
Leve	21%
Independiente	0%

Tabla 5: *Relación dependencia-uso de sujeciones.* (Elaboración propia)

Por último, y teniendo en cuenta la quinta hipótesis, referente a que el uso de sujeciones está relacionado con determinadas características del centro, como su ubicación, tamaño y tipo de titularidad y gestión, dándose las mayores tasas de prevalencia en residencias y centros de día públicos de ámbito urbano, y pequeños, cabe decir que entre las cinco residencias, que forman parte de la muestra del presente pilotaje, no se da tal combinación, aunque sí se dan las que a continuación se presentan, con los siguientes porcentajes de uso de sujeciones correspondientes:

<b>Características Centro</b>	<b>% Sujeciones físicas (Teniendo en cuenta las barras de cama)</b>	<b>% Sujeciones químicas</b>
Mediano, urbano, titularidad pública, gestión pública	27,3%	69,1%
Mediano, rural, titularidad pública, gestión privada mercantil	65,8%	82,96%
Grande, urbano, titularidad pública, gestión pública	40,3%	40,3%
Grande, urbano, titularidad pública, gestión privada mercantil	100%	71,42
Pequeño, urbano, titularidad privada, gestión privada	66,6%	41,7%

Tabla 6: *Relación características del centro-uso sujeciones.* (Elaboración propia)

En la tabla se puede contemplar que la mayor tasa de uso de sujeciones físicas se da en una residencia grande, urbana, de titularidad pública y gestión privada mercantil, que utiliza con todos sus residentes las barras de cama, entre otras sujeciones.

En cuanto a las sujeciones químicas, en cambio, es un centro mediano, rural, de titularidad pública y gestión privada mercantil el que mayor porcentaje exhibe.

A parte de los datos presentados, no se pueden mostrar señales que indiquen qué correlaciones se dan, o si la correlación comentada es cierta, ya que esta investigación consiste en un pilotaje, con una muestra reducida, que no proporciona resultados significativos. Además es importante aclarar que son muchas las combinaciones que se pueden dar entre estas variables referentes a las características de las residencias y centros de día, y, por consiguiente, también es mucha la muestra necesaria para lograr unos datos indicadores que nos muestren si la quinta hipótesis de la que hablamos es cierta como así se presupone, basándose en las afirmaciones expuestas en el marco teórico, referentes a un estudio realizado por CEOMA.

En definitiva, y a modo de resumen para concluir el apartado de resultados, se ha podido ver que varias de las hipótesis sobre las que se apoya el presente estudio son ciertas, demostrando, por ejemplo, indicios de que la prevalencia de uso de sujeciones en la Comunidad Autónoma del País Vasco es alta, al igual que la de España, en comparación con otros países que poseen una situación socioeconómica comparable a la nuestra. También se puede afirmar que, en principio, los profesionales que trabajan en Residencias y Centros de día para personas mayores están motivados hacia el no uso de sujeciones, pero no las eliminan por determinados miedos y barreras. Podemos añadir, además, que dichos miedos y barreras están fundamentados en mitos falsos, como ya demuestran otros estudios comentados en el marco teórico.

En cuanto a la tercera suposición, referente a la influencia del nivel de formación de los profesionales en el uso de sujeciones, no se puede afirmar que sean los centros con mayor número de personal cualificado los que menor uso hacen de esta metodología, sin embargo no se descarta que la formación, especialmente la enfocada hacia el estudio de alternativas a las sujeciones, no influyan en su uso.

Algo similar ocurre con la hipótesis posterior, que afirma que las personas mayores que presentan dependencia son más susceptibles de ser sujetadas. Podría

decirse que los resultados de este pilotaje se inclinan hacia la veracidad de esta afirmación, pero no se puede explicitar una correlación exacta que indique que a más dependencia mayor probabilidad de sujeción. Únicamente se puede decir que ambos aspectos están relacionados, ya que la dependencia es una característica presente en la mayoría de personas sujetas.

Y finalmente, en cuanto a la hipótesis enfocada hacia que el uso de sujeciones está relacionado con determinadas características del centro, como su ubicación, tamaño y tipo de titularidad y gestión, dándose las mayores tasas de prevalencia en residencias y centros de día públicos de ámbito urbano, y pequeños, hay que decir que no hay modo de demostrarlo en un pilotaje con una muestra tan reducida como éste, puesto que son muchas las combinaciones que se pueden dar entre las variables de las características del centro, y se necesitaría una muestra mucho mayor para obtener datos significativos al respecto.

## 7. CONCLUSIONES

Los resultados expuestos en el apartado anterior nos han permitido comprobar, o al menos nos han dado indicios, sobre si las hipótesis defendidas por este estudio eran ciertas o erróneas. Dichas hipótesis se dedujeron, inicialmente, gracias a la lectura de varios documentos e investigaciones realizadas por otros autores sobre esta misma materia, de las que se obtuvieron, igualmente, unos resultados concretos. Por eso es importante, en este punto, realizar un análisis en el que se contrasten los datos obtenidos con los ya descubiertos en esas otras indagaciones, y poder saber, así, si éstos coinciden o si, por el contrario, se contradicen.

### 7.1. Discusión

El primer y principal resultado obtenido en el presente pilotaje ha sido la muestra de indicios de que la prevalencia de uso de sujeciones en la Comunidad Autónoma Vasca es alta, al igual que la de España, en comparación con otros países desarrollados con una situación socioeconómica comparable a la nuestra. Sobre esto no hay ningún otro estudio realizado, pues únicamente se pueden encontrar investigaciones llevadas a cabo por Burgueño en determinadas comunidades, como Madrid y Barcelona, cuyos resultados se extrapolan a toda España. Aun así, tanto los resultados obtenidos por este autor (25% de uso sujeciones físicas, y entre un 50 y 75% de uso de sujeciones químicas) (Burgueño, Iborra, Martínez y Pérez, 2008), como los que aquí se comentan (43% de uso de sujeciones físicas y 55% de uso de sujeciones químicas), coinciden en el alto porcentaje que presentan sobre la prevalencia de uso de sujeciones, en comparación con los otros países nombrados, como son Dinamarca (2,2%), Japón (4,5%) o Islandia (8,5%) (Ljunggren, Phillips y Sgadari, 1997).

En este punto, en el apartado anterior, también se hacía alusión al registro de sujeciones, que resultó ser igual en todos los centros, puesto que el 100% de los profesionales entrevistados aseguraron seguir un protocolo de sujeciones.

Es interesante comentar que, en contraposición a esto, el SiiS (Centro de Documentación y Estudios, de Gipuzkoa) (2004, pág. 229), en su estudio sobre “La atención a personas mayores en la CAPV” (Servicio de asistencia domiciliaria, centros de día y centros residenciales), afirma que “llama particularmente la atención las bajas

tasas de implantación de los registros de sujeciones físicas de los usuarios dependientes”, y añade que “el registrar las incidencias está relacionado con la titularidad, siendo en los centros públicos en los que existe mayor tendencia a consignar incidencias”.

Esta correlación entre el registro y la titularidad no ha quedado demostrada en este pilotaje, puesto que el 100% de los centros ha asegurado tener un protocolo de registro de sujeciones, independientemente de la titularidad y tipo de gestión que tuvieran. No obstante, sería importante tener dicho dato en cuenta para futuros estudios con muestras superiores y representativas, puesto que quizá sí se pueda ver cierta relación entre ambas variables.

Al hablar de la prevalencia de uso de sujeciones, igualmente se comentó el asunto de quién decide e indica la necesidad de sujeción. Los resultados de este estudio revelan que en un 60% es el médico quien lo decide (que pasa una media de 20 horas semanales en el centro), y en el 40% restante, un comité de expertos que se reúne semanalmente, y en el que, se presupone, hay algún médico. Burgueño (2005) coincide con esto al exponer en uno de sus documentos que los profesionales suelen decir que las sujeciones están bajo el control y la prescripción del médico del centro, sin embargo, hay algo su entonación que hace desconfiar de dicha información. Para poder saber si esto es cierto no basta con preguntar directamente al trabajador mediante una entrevista, sino que sería necesario pasar un periodo de tiempo en cada uno de los centros estudiados, y comprobar, de primera mano, cómo trabajan verdaderamente en ese lugar. Esta observación nos proporcionaría múltiples datos reales, si bien es cierto que conllevaría también mayores costes, en cuanto a tiempo y esfuerzo se refiere.

Finalmente, y antes de pasar a la siguiente hipótesis comprobada, cabe añadir que, en los resultados, se destacaron como sujeciones físicas más utilizadas el cinturón abdominal, el cinturón de cama, la sábana inmovilizadora y las barras protectoras, con una presencia del 100% en todas las residencias y centros de día analizados. El SiiS (2004), en el mismo estudio anteriormente nombrado, encontró, apoyando los resultados comentados, que en general, se utilizan cinturones de silla -86% de los casos en los que se aplica alguna sujeción- y más raramente -14% restante- arnés de silla.

Y en cuanto a las sujeciones químicas, los psicótopos más consumidos, entre los usuarios de las residencias analizadas en este pilotaje, han sido los hipnóticos (33% de

los usuarios los consumen) y los ansiolíticos (36% de los usuarios los consumen), lo que concuerda, en cierta medida, con los resultados de la investigación llevada a cabo por Alonso Formento (2007) en los que se puede ver que los medicamentos más consumidos son los ansiolíticos, con una frecuencia del 19,8%, seguramente debido, según el autor, al mayor deterioro cognitivo de estos sujetos, y, por tanto, a mayores problemas de insomnio y agitación psicomotriz que se suelen tratar con dichos psicótropos.

Contrastados ya estos datos relacionados con la primera suposición, vamos a pasar a la segunda hipótesis, asumida como cierta tras ver los resultados obtenidos, la cual afirma que los profesionales que trabajan en residencias y centros de día para personas mayores están motivados hacia el no uso de sujeciones (concretamente en un 76%), pero no las eliminan por determinados miedos, entre los que destacan el aumento de caídas (80%), caídas más graves (68%), posibles denuncias judiciales de las familias si ocurren dichas caídas (24%), y el aumento de personal que creen que conllevaría el deshacerse de esta metodología (12%). Además, hay que decir que algunos de estos miedos, como son el riesgo de caídas o las caídas más graves, coinciden con los motivos que llevan a profesionales a hacer uso de las sujeciones, aunque existen otros aspectos por los que también las utilizan, como por ejemplo por comportamiento social no adecuado (agitación, agresividad, manipulación del pañal...) o ante la negativa de recibir cuidados.

Dividiendo dichos resultados en tres secciones, a saber: motivación hacia el no uso de sujeciones, miedos que impiden eliminarlas, y motivos de uso de sujeciones, cabe señalar que, con respecto a la primera no existe ningún estudio con el que poder contrastar la información obtenida, pues la motivación hacia la eliminación o no uso de esta metodología ha sido, hasta ahora, una variable no estudiada en este país.

Sin embargo, en lo referente al segundo y al tercer aspecto (miedos y motivos) muy relacionados entre sí, sí se encuentra más literatura que los contemple, como se ha podido comprobar en el marco teórico.

Burgueño (2006), conocido autor de casi la totalidad de investigaciones realizadas en España sobre el uso de sujeciones, afirma, en concordancia con los resultados obtenidos en este pilotaje, que el motivo o la razón fundamental que apoya el uso de sujeciones consiste en proteger al residente de caídas y accidentes, aunque en los

centros preocupan también las posibles reclamaciones judiciales que podrían resultar de las caídas de sus residentes. Otras razones aducidas para defender el uso de estos dispositivos de limitación física hacen referencia a su uso como elemento de apoyo postural o de colocación de los residentes, para facilitar el tratamiento (por ejemplo impidiendo que los residentes tiren de las vías i.v. o sondas NG) y su utilidad en el tratamiento de ciertos comportamientos, como la agresividad física o el comportamiento errante.

En la misma línea, otros autores, como Lee et al. (1999) destacan como motivos que las enfermeras perciben para utilizar sujeciones, el prevenir caídas, proteger heridas y controlar a la gente que expone confusión o agitación.

Igualmente, Andrés Álvarez (2007) señala que las sujeciones se utilizan para ayudar a mantener la correcta posición anatómica del cuerpo, mantener un entorno social cómodo (evitar que esos residentes molesten a otros), reducir riesgos para el personal, evitar problemas para el control de pacientes, sortear las presiones administrativas y familiares, y reducir los miedos a denuncias.

La mayoría de estos miedos, que se convierten en motivos por los que hacer uso de dicha metodología, como ya se ha dicho en repetidas ocasiones a lo largo del documento, están basados en mitos inciertos. Esto, aunque no se ha investigado en el presente pilotaje, sí se ha justificado en el apartado correspondiente al marco teórico, alegando múltiples y diferentes estudios que confluyen en una misma conclusión: la eliminación del uso de sujeciones no conlleva un aumento de las caídas, ni éstas son más graves, tampoco conlleva un aumento del personal necesario, y mucho menos influye en el aumento de demandas judiciales, si bien es más probable que suceda al contrario: que se incrementen las caídas por la pérdida de movilidad causada por las sujeciones, que se necesite igual o mayor personal para evitar daños producidos por la propia sujeción, y que las demandas aumenten por el uso inadecuado de estos dispositivos, o por los perjuicios que éstos pueden causar.

En cuanto a la tercera hipótesis, que hace referencia a que el nivel de formación de los profesionales que trabajan en las residencias y centros de día para mayores influye en el uso de sujeciones, siendo los centros con mayor número de personal cualificado los que menos hacen uso de esta metodología, hay que recordar, siguiendo los resultados obtenidos en el pilotaje, que no se puede suponer del todo como cierta,



puesto que, al analizar los datos, se ve que no existe una correlación exacta entre dichas variables, ya que la residencia que poseía mayor personal con especialización geriátrica y gerontológica presentaba igual o mayor prevalencia de uso de sujeciones que el resto de los centros de la muestra con personal menos preparado.

En contraposición con esto, Burgueño (2008, pág. 9) en una de sus investigaciones sí encontró dicha correlación, pues afirma que “el ratio de enfermeras/os tituladas/os dentro del colectivo de enfermería mostró que cuando es más elevada se dan menos sujeciones, aunque el número total de personal de enfermería sea el mismo”.

De cualquier manera, no hay duda de que la formación tiene que influir de alguna manera. Los mismos profesionales entrevistados reconocen que la información y formación puede ayudar a disminuir e incluso eliminar el uso de las sujeciones.

Dice Burgueño (2008) que se sabe, por experiencias internacionales, que existen tres caminos a seguir, con gran impacto en la racionalización del uso de sujeciones, y el primero de ellos es la formación y el asesoramiento.

Para comprobar si lo que dice este autor es cierto, y la formación influye realmente en el uso de sujeciones, en contraste con lo que muestran los resultados de esta investigación, se han buscado estudios que analizaran el impacto de los programas de disminución de esta metodología, basados en la formación. Uno de ellos, llevado a cabo por el JBI (The Joanna Briggs Institute) (2002), descubrió que la formación, enfocada específicamente hacia el no uso de sujeciones mecánicas, apoyada por la intervención, en este caso de la mano de un grupo de enfermeras especialistas en geriatría, conseguía mejores resultados en cuanto a la eliminación de las sujeciones (56%), que la formación sin intervención (23%).

Así pues, se puede concluir que la variable formación sí parece estar relacionada con el uso de sujeciones, mostrando una correlación negativa entre ambos aspectos (a mayor formación, menor uso de sujeciones), que se ve intensificada si la formación, además de teórica, es práctica.

Otra de las maneras de influir en la racionalización de esta metodología, según Burgueño (2008), es lograr un cambio en la conciencia social, y por tanto, en la de los propios profesionales, para conseguir modificar la cultura sobre el uso de sujeciones.

Este es un aspecto que ya se comentaba en el apartado anterior, puesto que en los resultados obtenidos en el pilotaje queda reflejado que los trabajadores valoran demasiado estos dispositivos, llegando a considerarlos incluso muy importantes como instrumento a utilizar durante su labor.

El mismo autor anterior, descubrió en un estudio que los profesionales consideran las sujeciones como medidas muchas veces recomendables e inevitables; y algunos llegan incluso a pensar que son el método más seguro que existe (Burgueño, 2005).

También hay que señalar que la valoración que el personal de los centros realiza sobre el uso de sujeciones depende en gran medida de su puesto de trabajo, como se puede ver en los datos expuestos.

Con esto coincide, igualmente, el autor del que venimos hablando, sin embargo difiere en el grado de las apreciaciones que dichos operarios realizan, pues, mientras que en el presente pilotaje se ve claramente que las enfermeras y médicos son los que más valoran las sujeciones, y el director el que menos necesarias las considera, Burgueño (2008) encuentra que los primeros, considerados personal de acción directa, no las estiman tanto, incluso afirma que si no se sintieran presionados por sus jefes y las familias, serían más partidarios de evitar muchas de las sujeciones que utilizan; y en el caso de los directores, mantiene que éstos suelen dar una gran importancia al uso de sujeciones para evitar enfrentamientos con las familias.

En cualquier caso, e independientemente de quién las valore, queda reflejada la necesidad de lograr un cambio de cultura, resaltando, de nuevo, la importancia de la información y formación, como vía principal para lograr un cambio no solo en la conducta de las personas, sino también en su manera de pensar. Como afirma la SEEGG (2003, pág. 5), “intelectualmente los profesionales, y las familias pueden comprender el por qué se debe reducir el uso de las restricciones físicas, pero emocionalmente, puede que ambos se sientan inseguros y el proceso de cambio les genere ansiedad. Por eso se hace necesario el apoyo institucional continuado y la formación adecuada, aunque el cambio siempre es difícil, pues disminuir el uso de restricciones físicas es cambiar cuidados que tradicionalmente se han considerado aceptables”.

Dejando esta reflexión a parte, y continuando con la discusión de la presente investigación, vamos a pasar a la cuarta hipótesis, que afirma que las personas mayores

que presentan dependencia son más susceptibles de ser sujetadas. Esta suposición se puede considerar parcialmente cierta, y digo parcialmente porque los resultados muestran que sí existe cierta relación entre la dependencia y el uso de sujeciones, puesto que todas las personas mayores sujetadas presentaban cierto porcentaje de dependencia, sin embargo, contemplando los datos obtenidos, no se puede decir que haya una correlación exacta que nos indique que a mayor dependencia, mayor probabilidad de uso de sujeciones.

Con respecto a esta relación, no se encuentran estudios que muestren la existencia de tal correspondencia, únicamente se realiza la misma afirmación hecha en este pilotaje, como es el caso de Andrés Álvarez, A. (2007), profesional de la residencia de Txurdinaga (Bilbao), que apoya dicha enunciación y defiende que el uso de sujeciones y restricciones se usa más frecuentemente en personas con dependencia. Iborra Marmolejo (2008), de la misma manera, sostiene que la variable que guarda una mayor relación con el porcentaje de uso de restricciones físicas es la variable demencias, y por tanto, la dependencia.

Igualmente, Tinetti, Liu, et al. (1991) establecen que el perfil del residente al que se aplica contención física es el de mujer anciana, desorientada, diagnosticada de demencia y dependiente para las actividades básicas de la vida diaria.

Y, en la misma línea, Burgueño (2008) testifica que se utilizan sujeciones físicas en sujetos que necesitan mucha ayuda y en sujetos más difíciles de dominar. Y añade que se puede observar que los sujetos con problemas de equilibrio que necesitan mucha ayuda para realizar las actividades de la vida diaria tienen más probabilidades de utilizar restricciones físicas.

Para finalizar la discusión, sólo queda comentar la última hipótesis del estudio, que hace referencia a que el uso de sujeciones está relacionado con determinadas características del centro, como su ubicación, tamaño y tipo de titularidad y gestión, dándose las mayores tasas de prevalencia en residencias y centros de día públicos de ámbito urbano, y pequeños. Recopilando las conclusiones expuestas en el apartado anterior, hay que decir que esta suposición no se ha podido demostrar a causa de la reducida muestra del pilotaje. No obstante, se pueden encontrar algunas investigaciones que apoyan dicha teoría, como la de Iborra Marmolejo (2008), que descubrió que las mayores tasas de uso de sujeciones físicas se daban en residencias públicas de ámbito

urbano, con pocos años de antigüedad (menos de 5), pocas plazas (menos de 60), con un importante porcentaje de mujeres residentes (80%) y, sobretodo, de dependientes, como ya se ha dejado claro antes.

Burgueño et al. (2008) demostraron, igualmente, en su estudio sobre “Prevalencia comunicada de sujeciones físicas” que los centros públicos muestran una prevalencia alta en cuanto al uso de esta metodología, desmontando así el silogismo que presupone que, puesto que suele ser cierto que los centros públicos cuentan con mejores ratios de personal que los privados y, teniendo en cuenta también que si fuera cierto que más personal lleva a menor uso de sujeciones, como se piensa, los centros públicos deberían mostrar una prevalencia más baja.

Es importante señalar que este último estudio no ha podido comprobar la fiabilidad de los datos aportados, y además la muestra que presenta (63 residencias) no ha sido suficiente como para considerar significativos los resultados.

Este hecho (la dificultad de obtener una muestra grande representativa que cubra cada una de las combinaciones de variables correspondientes a las características del centro) es algo que ha afectado también a esta investigación, y que ya se había comentado anteriormente, al ver que con la muestra tan reducida del presente pilotaje no se podían ver ni siquiera ciertos indicios de las correlaciones mostradas en los párrafos anteriores.

Sin embargo, cabe decir que, aun con esta limitación añadida, el resto de las hipótesis expuestas en este estudio sí se han podido demostrar si eran ciertas o erróneas, y en la mayoría de ellas, con determinadas excepciones, se ha coincidido, incluso, con los resultados obtenidos en otras investigaciones.

No obstante, ésta no ha sido la única complicación sufrida, sino que han surgido algunas otras que también han obstaculizado la perfecta realización del estudio, como las que a continuación se comentan.

## **7.2. Limitaciones y dificultades**

Durante la realización de toda investigación suelen aparecer una serie de ciertas limitaciones y dificultades, como se acaba de comentar, que se han de sortear si se quiere que ésta se complete y llegue a buen término.

En este caso, la principal limitación que se ha encontrado durante la ejecución del presente estudio ha sido la falta de tiempo de los directores, y en general, de los profesionales que realizan su labor en Residencias y Centros de Día para personas mayores, ya que afirman tener un gran volumen de trabajo. Esto repercute en su disponibilidad, tanto para reunirse en un principio y conocer el objeto de la investigación, como para rellenar los documentos con la información necesaria después.

Para solucionar dicha dificultad, se pensó sustituir la reunión en persona por una conversación telefónica, en la que se explicase lo que se estaba estudiando y los datos que se precisaban. Así mismo, los cuestionarios de recogida de información se enviaron por correo electrónico, dando un margen superior a 15 días (inicialmente propuesto) para su realización. Para que este periodo no se alargase excesivamente, se hizo necesario un seguimiento semanal que sirviese no solo para resolver las posibles dudas de la persona que estuviese rellenando los documentos, sino también para ejercer, de alguna manera, cierta presión que llevase a priorizar dicho trabajo sobre otras cuestiones, y se terminase, de esta manera, más rápidamente. No obstante, cabe señalar que, aun así, ha sido muy complicado lograr obtener la información deseada en un periodo corto de tiempo.

Otra de las dificultades, se podría decir que ha sido la sensibilidad del tema que se está tratando: A lo largo del documento se ha podido ver que las sujeciones son un método muy utilizado y presente en la mayoría de las Residencias y Centros de Día para personas mayores, sin embargo, hay algo en su uso que lleva a los trabajadores a sentirse culpables, aunque sea inconscientemente, o al menos no orgullosos de su utilización, ya que no existe una predisposición inicial por su parte a la hora de hablar sobre este tema, y mucho menos, para dar datos numéricos que revelen a cuantas personas tienen sujetas.

También es cierto que esta actitud de defensa no se admite claramente, pues, en un principio, ninguna residencia dijo que no estaba dispuesta a colaborar, más bien todo

lo contrario: todas mostraron voluntad de ayudar, pero, finalmente, se fueron echando hacia atrás con excusas como la confidencialidad de los datos (a pesar de que se explicó que los datos se iban a estudiar en conjunto con los de otros centros, sin nombrar a ninguno en concreto, y se entregó, incluso, un compromiso de confidencialidad por mi parte) o el escaso tiempo del que disponen, ya comentado anteriormente.

Ante esto, lo único que se ha podido hacer es tratar el tema con la mayor delicadeza posible, intentando que los profesionales no se sintieran juzgados, y vieran que simplemente se trata de un estudio descriptivo sobre una realidad concreta. Y, en última instancia, en sustitución de aquellas Residencias y Centros de Día que no quisieran participar, solo quedó el contactar con otros centros que realmente sí estuviesen dispuestos a mostrar su situación con respecto al tema de las sujeciones, intuyendo que los que no han querido colaborar seguramente posean una alta prevalencia de ésta metodología.

Se podría incluir, también, como dificultad el hecho de que los cuestionarios fueran largos y se solicitase mucha información, ya que, a primera vista, los profesionales podrían haber pensado que se trataba de mucho trabajo y se podrían haber negado a ayudar por dicha razón, aunque realmente ninguna de las residencias que finalmente no participaron alegaron que fuera por este motivo.

Igualmente, la pedida de tantos datos se podría considerar un obstáculo porque el rellenar todos los documentos que los contienen precisa de bastante tiempo por parte de los profesionales, el cual, como se ha dicho anteriormente, no tienen. Esto ha supuesto que, aquellos que han querido colaborar, han tenido que rellenar los cuestionarios en los tiempos libres, y de esta forma lo que se podría haber hecho de manera continua en un día, se ha ido haciendo poco a poco en varias semanas, obteniendo, así, los datos más tarde, y teniendo menos tiempo para analizarlos.

Para hacer frente a esta dificultad se podría haber reducido la cantidad de información solicitada, no obstante, viendo las limitaciones vividas a la hora de que las residencias aceptasen ayudar, se pensó que, ya que se había conseguido su participación, era mejor aprovechar y conseguir una información más completa, aunque esto supusiera más esfuerzo y tiempo por ambas partes. Aun así, hay que decir que también se ha intentado facilitar el trabajo de los profesionales al cumplimentar los documentos en todo aquello que fuera posible, aportando, por ejemplo, listas con los

nombres comerciales y genéricos de los medicamentos psicótrópos para evitar su búsqueda y consulta por otros medios perdiendo más de su valioso tiempo, y, por supuesto, resolviendo todas aquellas dudas que les surgiesen, estando a su completa disposición.

Una vez sorteadas las dificultades comentadas y lograda la colaboración de los centros, a pesar del poco tiempo que disponen los profesionales que allí trabajan, de la poca predisposición que presentan para hablar del tema estudiado, y de la cantidad de información solicitada, se pasa a realizar un análisis de los datos obtenidos y a elaborar un informe sobre todo lo efectuado, en los cuales también surgen limitaciones.

Una de ellas gira en torno a la documentación consultada para elaborar el marco teórico de dicho informe, y más concretamente, en lo referente al análisis de otros estudios llevados a cabo sobre el contenido que en esta tesina se trata: el uso de sujeciones físicas y químicas. Las investigaciones con respecto a esto en España son escasas, y las pocas realizadas presentan un tamaño de muestra no muy amplio que no se debería extrapolar a todo el país, como se está haciendo. El resultado de esta práctica tiene como consecuencia que los datos que se encuentran sobre el uso de esta metodología sean imprecisos, muy variados y, por tanto, no fiables, lo cual dificulta que conozcamos con veracidad la situación actual en la que nos encontramos con respecto a este tema.

Ante esto, lo único que se puede hacer, y se ha hecho, ha sido mantener cierta cautela a la hora de analizar esos otros estudios, intentando ser imparcial para no hacer exageraciones sobre el excesivo uso de sujeciones en Residencias y Centros de día para personas mayores, ni tampoco infravalorarlo, y, de igual manera, intentar reflejar la disparidad de las conclusiones a las que han llegado los diferentes investigadores: 39,6% de prevalencia de uso de sujeciones según Ljunggren, Phillips y Sgadari (2007); 8,4% según Galán, Trinidad, Ramos, Gómez et al. (2008); 23% según Burgueño, Iborra, Martínez y Pérez (2008)... Aunque sí es cierto que todos coinciden en que los números reflejan un elevado uso de esta metodología que se debería de disminuir.

Por último, también se han encontrado dificultades al efectuar el análisis de los datos obtenidos en la presente investigación, relacionadas con la selección de las operaciones estadísticas a realizar, ya que, al tratarse de un pilotaje, el tamaño de la muestra es pequeño, y por tanto, no se puede ejecutar cualquier prueba.

Para sortear esta limitación, y a fin de que los resultados fueran lo más fiables posibles, se decidió sustituir las pruebas estadísticas inicialmente pensadas (como la “T de Student”, o el análisis de la variación ANOVA) por frecuencias y porcentajes, y un análisis descriptivo de las relaciones captadas, a través de la observación, entre las diferentes variables.

### **7.3. Perspectivas de futuro**

Una vez superadas todas las limitaciones anteriormente mencionadas y completado ya el estudio, son varias las perspectivas de futuro que se cavilan tras contemplar los resultados obtenidos.

De entre ellas, la primera labor que considero importante efectuar, en un futuro no muy lejano, es la de realizar un estudio sobre la prevalencia de uso de sujeciones en Residencias y Centros de Día para personas mayores en España, desarrollándolo de manera sistemática comunidad por comunidad, y en este caso, empezando por la Comunidad Autónoma del País Vasco, generando una muestra total que permita obtener datos significativos, dado que las últimas publicaciones editadas en España, en relación a este tema, presentan un tamaño de muestra poco amplio y, por tanto, sus resultados no son extrapolables a todo el país, como ya se ha comentado anteriormente.

Gracias a esta completa investigación podremos saber realmente cuál es la situación en la que nos encontramos en relación al uso de sujeciones, para poder desarrollar, si el estudio revela una alta prevalencia, determinadas acciones que consigan reducirla.

Un ejemplo de dichas acciones, que puede ser considerado como otra de las perspectivas de futuro, que también es relevante llevar a cabo, es la de realizar cursos de sensibilización, formación e información con respecto a este tema, dirigidos tanto a los profesionales que trabajan en centros para personas mayores haciendo uso de esta metodología fundamentada en mitos falsos (como el que afirma que si se elimina aumenta el riesgo de caídas o se necesita más personal), como para los propios familiares del mayor al que se le sujeta, pues, como se ha podido ver en el apartado del marco teórico, la mayoría de ellos consideran las sujeciones como un recurso adecuado, en



muchas ocasiones imposibles de evitar, y, además, desconocen otras posibles alternativas a esta forma de trabajar.

Este paso es muy necesario si se quiere lograr un verdadero cambio, no solo en la forma de actuar, sino también en las conciencias de las personas, ya que es la insensibilidad hacia este tema la que lleva a contemplar las sujeciones como algo normal e incluso útil, sin pararnos a pensar en lo que la otra persona, sobre la que se están aplicando estos métodos, quiere y necesita en realidad.

Otra de las posibles acciones que se podrían promover para eliminar o disminuir la prevalencia de uso de sujeciones, y que igualmente se puede considerar una perspectiva de futuro, es la de elaborar una legislación específica a nivel estatal que regule el uso de estos métodos, considerándolos una vulneración de los derechos fundamentales, como son la libertad o la dignidad de la persona. No obstante, es importante destacar que, como se ha podido ver en apartados anteriores, sí se han ido desarrollando leyes y decretos en el ámbito de los servicios sociales autonómicos, que hacen referencia explícita a las sujeciones físicas y establecen límites a su uso (Urrutia y Erdoiza, 2010).

Además de todo lo comentado, cabe comentar la perspectiva de futuro máxima o definitiva, que sería lograr la eliminación total de las sujeciones en las Residencias y Centros de Día para personas mayores en España, o al menos conseguir que se utilicen únicamente en aquellas ocasiones en las que no se encuentren alternativas posibles, como por ejemplo, en casos en los que la propia conducta suponga un grave riesgo para la seguridad de la persona o de aquellos que le rodean.

Esto es lo que intentan alcanzar entidades como CEOMA, con su programa “Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer”, o la Fundación Cuidados Dignos, con la “Norma Libera-Ger”, aunque ésta última pretender ir más allá que un simple protocolizar las sujeciones o considerarlas una medida terapéutica excepcional, puesto que su objetivo es eliminarlas basándose en el concepto de sujeción como restricción a la libertad de movimiento, entendiendo así que lo terapéutico es prescindir de ellas (Urrutia y Erdoiza, 2010).

Visto esto, se puede recalcar que son varias las labores a realizar en el futuro para lograr una mejora en la situación en la que nos encontramos ahora con respecto al tema de las sujeciones.

En este documento se ha demostrado que ésta metodología, muy presente en las Residencias y Centros de Día para personas mayores en nuestro país, causa más perjuicios que beneficios, y por eso es necesario abrir los ojos a todas aquellas personas que, por determinados miedos o mitos, siguen haciendo uso de ella, llegando incluso a considerarla un instrumento ventajoso.

Si hiciéramos un ejercicio de empatía, y nos preguntásemos antes de sujetar a una persona “¿querríamos esto para nosotros?”, en el fondo, con sinceridad absoluta y sin intención de justificarse, de todos saldría la misma respuesta: “yo no quisiera eso para mí” (Urrutia Beaskoa, 2011).

Por tanto, es necesario que hagamos un esfuerzo e intentemos cambiar esta cultura tan extendida, ya que si continuamos en la misma situación, dentro de no muchos años podemos ser nosotros quienes nos encontremos sujetos a una silla sin poder movernos libremente.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

Abellán García, A., y del Barrio Trucado, E. (2008). *Las personas mayores en España. Indicadores demográficos. Informe 2008*. Recuperado el 18-11-2010 de <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/estadisticas/informe-mayores/2008/volumen-1/03-informe2008-vol1-cap1.pdf>

Akamine Yoriko (2000). *The movement of physical restraint-free care for the elderly in Japan and Japanese culture*. Nursing & Health Sciences. Vol. 2 (2), 79–81.

Alonso Formento, E., Sanz Muñoz, P., Lobo Satué, A., Ventura Faci, T., De la Cámara Izquierdo, C., Marcos Aragués, G. (2007). *Abuso de psicótrópos en la población geriátrica*. Obtenido el 05-05-2011 de [http://www.medicinageneral.org/revista\\_101/pdf/742\\_746.pdf](http://www.medicinageneral.org/revista_101/pdf/742_746.pdf)

Andrés Álvarez, A. (2007). *Vigilancia de las medidas de restricción física*. Recuperado el 31-03-2011 de <http://semerwp.saluddigital.net/wp-content/uploads/2010/09/CursoAuxRestric.pdf>

Barnett A, Smith B, Lord S, Williams M, Baumand A. (2003). *Community based group exercise improves balance and reduces falls in at-risk older people: A randomized controlled trial*. Age and Ageing, 32(4), 407-414.

Bredthauer, D et al. (2005). *Factors relating to the use of physical restraints in psychogeriatric care: a paradigm for elder abuse*. Z Gerontol Geriatr, 38(1), 10-18.

Brown, H. L. (2004). *Restraint free and fall proof enviroments*. Atlanta, GA: Emory University, Nell Hodgson Woodruff School of nursing.

Burgueño Torijano, AA. (2005). *Guía para personas mayores y familiares*. España: edita Fundación Iberdrola.

Burgueño Torijano, AA. (2006). *Protocolo de valoración de uso de las sujeciones*. Rev Alzheimer, 43, 10-11.

Burgueño Torijano, AA. (2007). *Memoria del Programa Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer*. Confederación Española de Organizaciones de Mayores. <http://www.ceoma.org/alzheimer/index.php>

Burgueño Torijano, A.A. (2008). *Atar para Cuidar. Uso de Sujeciones Físicas y Químicas en Personas Mayores dependientes que reciben cuidados prolongados*. Recuperado el 18-11-2010 de <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/5E315864-34F9-4236-9319-931E610416DB/107054/usodesujecionesenpersonasmayores1.pdf>

Burgueño Torijano, A.A. (2008). *Investigación de la Percepción Profesional sobre el uso de Sujeciones con Personas Mayores*, en CEOMA: Programa Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer.

Burgueño Torijano, A.A. (2008). *Uso racional de sujeciones físicas y químicas en Personas Mayores*. Jornada sobre Derecho a la Libertad Individual y a un Trato Digno en el Ámbito de los Servicios Sociales Residenciales. Navarra: Departamento de Asuntos Sociales, Familia, Juventud y Deporte.

Burgueño, A.A., Iborra, I., Martínez, P., Pérez, V (2008). *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: Revista de Atención Sociosanitaria y Bienestar, 1, 4-11.

Capezuti E, Strumpf NE, Evans LK, Grisso JA, Maislin G. (1998). *The relationship between physical restraint removal and falls and injuries among nursing home residents*. J Gerontol A Biol Sci Med Sci., 53 (1): 47-52.

Castle, NG. Fogel, B. (1998). *Characteristics of nursing homes that are restraint free*. The gerontologist, 38 (2): 181-188.

Clavijo, B. (2008). *Sujeciones: Aspectos legales en materia de sujeciones: Legislación aplicable*. Recuperado el 02-02-2011 de [http://www.slidefinder.net/P/Pamplona\\_mayo\\_2008/3560482](http://www.slidefinder.net/P/Pamplona_mayo_2008/3560482)

Clemson L, Cumming RG, Kendig H, Swann M, Heard R, Taylor K. (2004). *The effectiveness of a community-based program for reducing the incidence of falls in the elderly: A randomized trial*. Journal of the American Geriatrics Society, 52 (9), 1487-1494.

De Oriol Ybarra, I, (2005). *Prólogo*, en Burgueño Torijano, AA. *Guía para personas mayores y familiares* (7-8), España: edita Fundación Iberdrola.

De Prada Pérez, F. J. (2009). *Disminución y uso racional de las Restricciones Físicas en la atención a las personas dependientes*. España: edita Departamento de Asuntos Sociales, Familia, Juventud y Deporte. Gobierno de Navarra.

Departamento de la Presidencia de Cataluña (2000). *Decreto 176/2000, de 15-05, de modificación del Decreto 284/1996, de 23-07, de regulación del Sistema Catalán de Asuntos Sociales*. DOGC N° 3148.

Douglas RL, Christiensen DB, Stergachis A. (1990). *Medical and psychosocial factors predictive of psychotropic drugs use in the elderly patients*. Am J Pharmacol, 80, 31-35.

Duff L, Grey R, Bristow F., (1996). *The use of control and restraint techniques in acute psychiatric units*. Psychiatric Care. 3 (6).

Evans, L. and Strumpf, N. (1986). *Perceptions of Restraint Use Questionnaire (PRUQ)*. University of Pennsylvania School of Nursing.

Evans L.K., Strumpf E.N., Allen-Taylor S.L., Capezuti E., Maislin G., Jacobsen B. (1997). *A clinical trial to reduce restraints in nursing homes*. J.Am.Geriatr.Soc., 45, 675-681.

Evans L, Strumpf E.N. Capezuti E (1996). *Physical restraint use and falls in nursing home residents*. Journal of the American Geriatrics Society, 44, 627–633.

Fariña López, E., Estévez-Guerra, G. J., Núñez González, E., Montilla Fernández, M. y Santana Santana, E. (2008). *Estudio descriptivo sobre la actitud de la familia ante el uso de restricciones físicas en mayores: resultados preliminares*. Revista Española de Geriátría y Gerontología, 43(4), 201-207.

Fariña López, E., Camacho Cáceres, A.J., Estévez-Guerra, G.J., Bros i Serra, m. (2009). *Accidentes asociados al uso de restricciones físicas en ancianos con trastornos cognitivos*. Revista de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, 44 (5), 262-265.

Fourrier A, Letenneur L, Dartigues JF, Moore N, Begaud B. (2001). *Benzodiazepine use in an elderly community-dwelling population. Characteristics of users and factors associated with subsequent use*. Eur J Clin Pharmacol, 57, 419-425.

Fryback, J. (1998). *Counting, Using, and Reducing Physical Restraints*. Recuperado el 9-03-2011 de [http://www.dhs.wisconsin.gov/rl\\_dsl/NHs/NH98-003.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/rl_dsl/NHs/NH98-003.htm)

Galán Cabello, C.M., Trinidad Trinidad, D, Ramos Cordero, D, Gómez Fernández, J. P. et al., (2008). *Uso de sujeciones físicas en una población anciana ingresada en residencias públicas*. Revista Española de Geriátría y Gerontología, 43, 208-213.

Gill, S.S., Bronskill S.E., Anderson, G.M., Sykora, K, et al. (2007). *Antipsychotic Drug Use and Mortality in Older Adults with Dementia*. Annals of Internal Medicine, 146 (11), 775 -786.

Gobierno de Valencia (2002). *Decreto 91/2002, de 30 de mayo, sobre Registro de los Titulares de Actividades de Acción Social, y de Registro y Autorización de Funcionamiento de los Servicios y Centros de Acción Social, en la Comunidad Valenciana*. Recuperado el 15-04-2011 de [http://noticias.juridicas.com/base\\_datos/CCAA/va-d91-2002.html](http://noticias.juridicas.com/base_datos/CCAA/va-d91-2002.html)

Góngora, L., Puche, E., García, J., Luna del Castillo, J.D. (2004). *Prescripciones inapropiadas en ancianos institucionalizados*. Revista Española de Geriatria y Gerontología, 39 (1), 19-24.

Hamers PH, J., Ardientes, JM, Bleijlevens HC. M, Rosumm, EV, Capezuti, E. (2010). *Belt restraint reduction in nursing homes: design of a quasi-experimental study*. BMC Geriatrics, 10, 11.

Hawes C, Mor V, Phillips CD, Fries BE, Morris JN, Steele-Friedlob E, Greene AM, Nennstiel M, (1997). *The OBRA-87 nursing home regulations and implementation of the Resident Assessment Instrument: effects on process quality*. J Am Geriatr Soc., 45(8), 977-985.

Health Care Financing Administration (1989). *Medicare and Medicaid; requirements for long term care facilities*. Federal Register, 265, 463-467.

Hospital Bed Safety Workgroup (2006). *A Guide for Modifying Bed Systems and Using Accessories to Reduce the Risk of Entrapment*. Recuperado el 03-04-2011 de <http://www.fda.gov/downloads/MedicalDevices/ProductsandMedicalProcedures/GeneralHospitalDevicesandSupplies/HospitalBeds/ucm125841.pdf>

Iborra Marmolejo, I. (2008). *Maltratos a personas mayores*, en CEOMA. *Jornadas Internacionales: Uso de sujeciones en los cuidados prolongados a personas mayores dependientes*. España: edita CEOMA.

IMSERSO (2008). *Servicios sociales para personas mayores en España*, en *Las personas mayores en España*. Recuperado el 04-03-2011 de <http://www.imsersomayores.csic.es/estadisticas/informemayores/informe2008/index.html#T1>

INE: INEBASE (2008). *Revisión del Padrón municipal 2007. Datos a nivel nacional, comunidad autónoma y provincia*. INE.

INE: INEBASE (2010). *Población (españoles/extranjeros) por edad (tres grupos de edad), sexo y año*. Recuperado el 15-12-2010 de <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>

JBI (The Joanna Briggs Institute) (2002). *Physical restraint – Pt 2: Minimisation in acute and residential care facilities*. Best Practice, 6 (4), 1-6.

Koroknay VJ, Braun JV, Lipson S (1993). *Educating staff, residents and families about restraint reduction*, en: Braun JV, Lipson S (eds). *Toward a restraint-free environment. Reducing the use of physical and chemical restraints in long-term and acute care settings*. Baltimore: Health Professions Press.

Kron, M., Loy, S., Sturm, E., Nikolaus, TH., and Becker, C. (2003). *Risk Indicators for Falls in Institutionalized Frail Elderly*. American Journal of Epidemiology, 158, 645–653.

Laukkanen P, Heikkinen E, Kauppinen M, Kallinen M. (1992). *Use of drugs by non-institutionalized urban Finns born in 1904-1923 and the association of drug use with mood and self-rated health*. Age Ageing, 21, 343-352.

Lee, D., Chan, M.C., Tam, E., Yeung, W., (1999). *Use of physical restraint on elderly patients: an exploratory study of the perceptions of nurses in Hong Kong*. Journal of Advanced Nursing, 29 (1), 153-159.

Liu, WL. Ginter, SF. Tinetti, ME. (1992). *Mechanical restraint use and fall-related injuries among residents of skilled nursing facilities*. Ann Intern Med., 116, 369-374.

Ljunggren, G. Phillips, CD. Sgadari (1997). *A. Comparisons of restraint use in nursing homes in eight countries*. Age and Ageing, 26 (2), 43-47.

López García de Madinabeitia, A., P. (2003). *Maltrato en el ámbito institucional*. Revista Multidisciplinar de Gerontología, 13 (2), 102-113.



Macías Núñez, F. (2005). *Geriatría desde el principio*. Barcelona: Editorial Glosa.

Mariné A. (2003). *¿Quién se quema en el trabajo y por qué?*. *Informaciones Psiquiátricas*, 172 (2), 185-191.

Maslach C, Jackson SE. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto, CA: Psychol. Press 2nd Ed.

Moya A, Barbero J. (2003). *Malos tratos en personas mayores: marco ético*. *Rev Esp Geriatr Gerontol.*, 38 (3), 177-185.

Neufeld, R.R., Libow, L.S., Foley, W., and White, H. (1995). *Can physically restrained nursing-home residents be untied safely? Intervention and evaluation desing*. *Journal of the American Geriatrics Society*, 43 (11), 1264-1268.

Nikolaus T, Bach M. (2003). *Preventing falls in community-dwelling frail older people using a home intervention team (HIT): Results from the Randomized Falls HIT Trial*. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(3), 300-305.

Parlamento de Cantabria (2007). *Ley de Cantabria 2/2007, de 27 de marzo, de derechos y servicios sociales*. BOE N° 94 de 19 de abril de 2007.

Pérez Cano, V. (2008). *Prevalencia del uso de sujeciones en distintos países y en España*. Edita CONFEMAC (Confederación Estatal de Mayores Activos).

Phillips, CD., Hawes, C., Fries, BE. (1993). *Reducing the use of physical restraints in nursing homes: Will it increase costs?*. *American Journal of Public Health*, 83, 342-348.

Phillips, CD., Spry, KM, Sloane, PD, Hawes, C. (2000). *Use of Physical Restraints and Psychotropic Medications in Alzheimer Special Care Units in Nursing Homes*. *American Journal of Public Health*, 90, 92-96.

Sanz Sesma, M. (2006). *Ley Foral 15/2006 de 14 de diciembre, de Servicios Sociales*. Recuperado el 18-04-2011 de [http://noticias.juridicas.com/base\\_datos/CCAA/na-115-2006.html](http://noticias.juridicas.com/base_datos/CCAA/na-115-2006.html)

Schaufeli W. (1999). *Burnout. Stress in Health Professionals*. J Firth-Cozens: Ed. Wiley.

SiiS (Centro de Documentación y Estudios, de Gipuzkoa) (2004). *Atención a personas mayores en la CAPV. Servicio de asistencia domiciliaria, centros de día y centros residenciales*. Obtenido el 23-05-2011 de <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/siis-atencion-01.pdf>

Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica (SEEGG), (2003). *Hacia una cultura sin restricciones: las restricciones físicas en ancianos institucionalizados*. Documento técnico SEEGG N° 3.

Talerico KA, Capezuti E. (2001). *Myths and Facts About Side Rails*. American Journal of Nursing, 7, 101.

The University of Texas MD Anderson Cancer Center Restraints Improvement Group (1999). *Alternatives for Physical Restraint: Myths and Truths about Physical Restraints; Including a Nursing Survey on Restraint Practices*. The Internet Journal of Advanced Nursing Practice, 3 (1).

Tideiksaar, R. (2005). *Caidas en ancianos. Prevención y tratamiento*. Barcelona: Masson.

Tideiksaar, R. (2011). *Falls and restraint use*. En *II Jornadas Internacionales sobre el Uso de Sujeciones en Personas Mayores Dependientes*. España: Edita CEOMA.

Tinetti ME. (1987). *Factors associated with serious injury during falls by ambulatory nursing home residents*. Journal of the American Geriatrics Society. 35, 644–648.

Tinetti ME, Liu WL, Marottoli RA, Ginter SF. (1991). *Mechanical restraints use among residents of skilled nursing facilities. Prevalence, patterns and predictors.* Rev. JAMA, 265, 468-471.

Urrutia Beaskoa, A. (2010). *Modelo Vida y Persona.* Gernika: Edita Fundación Cuidados Dignos.

Urrutia Beaskoa, A. (2011). *Cómo hemos logrado ser un centro libre de sujeciones.* En II Edición de la Jornada Desátame. Jerez, Área de Igualdad de la Diputación de Cádiz.

Urrutia Beaskoa, A. (2011). *Restricciones físicas ¿Deben usarse? ¿Cuáles, cuándo y cómo?.* España: Edita Fundación Cuidados Dignos.

Urrutia Beaskoa, A. y Erdoiza Inunciaga, I. (2009). *Transformación estratégica de una residencia y centro de día hacia un centro no sujeciones. El camino a la gestión de la calidad de vida y la excelencia en la gestión. Innovación en los procesos de trabajo.* En el Congreso “Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG)” y “Asociación Vasca de Geriátría y Gerontología (Zahartzaroa)”.

Urrutia Beaskoa, A. y Erdoiza Inunciaga, I. (2010). *Norma LIBERA-GER.* Gernika: Edita Fundación Cuidados Dignos.

Vries et al. (2004). *Differences in period prevalence of the use of physical restraints in elderly inpatients of European hospital and nursing homes.* J Gerontol a Biol Sci Med Sci., 59, 922-923.

Wayne, A., Ray, MS., Charles, S., Federspiel, Ph D., and William Schaffner, MD. (1980). *A study of antipsychotic drug use in nursing homes: Epidemiologic evidence suggesting misuse.* American Journal of Public Health, 70, 485-491.

## 9. ANEXOS

1- Listado residencias y centros de día para personas mayores de la Bizkaia...	Pág. 77
2- Características del centro.....	Pág. 85
3- APUS (Cuestionario de Análisis de Prevalencia de Uso de Sujeciones).....	Pág. 87
4-MCI (Mapa Crítico de Intereses).....	Pág. 99
5- PRUQ (Cuestionario de Percepción de Uso de Sujeciones).....	Pág. 104
6- Lista psicótopos.....	Pág. 106
7- Tipos de sujeciones y restricciones.....	Pág. 111
8- Zonas potenciales de atrapamiento en las barras de cama.....	Pág. 115

## 1. Listado de residencias y centros de día para personas mayores de Bizkaia

<b>Nombre</b>	<b>Domicilio</b>	<b>Población</b>
<b>R. NUESTRA SEÑORA DEL SOCORRO</b>	LA CUESTA, 73	ZIERBENA
<b>GERIATRICO LA ARENA</b>	BARRIO DE LA ARENA, 13	ZIERBENA
<b>R. EUSEBIO ALDEKOA</b>	BARRIO DE ERMITABARRI, 8	ZEBERIO
<b>R. LOMBARDIA</b>	LANZAGORTA, 57	ZALLA
<b>HOGAR DEL ANCIANO SAN PANCRACIO</b>	GRUPO LEHENDAKARI AGUIRRE, 3. BAJO	VALLE DE TRÁPAGA-TRAPAGARAN
<b>R. EMILIA MITXELENA</b>	AVDA. LEHENDAKARI AGUIRRE, 39	TRUCIOS-TURTZIOZ
<b>R. LARRABARRENA</b>	ERREMENTERIA, 30	SONDIKA
<b>R. SEÑORIO DE BIZKAIA SL</b>	PLAZA DEL SEÑORÍO DE BIZKAIA, 7	SANTURTZI
<b>R. ZORAGARRI</b>	REGALES, 20 1º	SANTURTZI
<b>R. DE ANCIANOS DE OTXANDIO</b>	OSPITAL, 8	OTXANDIO
<b>JOSUSE BIOTZA ETXEA</b>	SARRUA, 5	MUNDAKA
<b>R. GEURE ETXEA SANTO HOSPITAL</b>	LORATEGUI KALEA, 2	MUNDAKA
<b>R. MARURI SL</b>	CALLE GOIETA, 1	MARURI JATABE
<b>SANAT. NEUROPSIQ. S. IGNACIO LOYOLA</b>	PERURI, 4	LEIOA
<b>R. ISASTI</b>	LENDAKARI AGUIRRE, 23	LANESTOSA
<b>R. BIOTZAK</b>	BARRIO DE LA ESTARTA, 7	GÜEÑES
<b>R. ETXE LAN SL</b>	CALLE PERUNE BARRI, 10	GETXO
<b>R. SATISTEGUI SL</b>	CALLE SATISTEGUI, 2 - BAJO IZDA	GETXO
<b>APARTAMENTOS TERCERA EDAD DE GETXO</b>	LOPE DE VEGA, 12	GETXO
<b>FUNDACION RESID. BEATO DOMINGO ITURRATE</b>	GAZTELUMENDI, 30	GETXO
<b>MINIRESIDENCIA SANTA MARIA DE GETXO</b>	MAIDAGAN, 28	GETXO
<b>R. SAN JOSE</b>	FRAY MARTIN MURUA, 10	GERNIKA-LUMO
<b>R. TORRE ZURI</b>	CARLOS GANGOITI, 22	GERNIKA-LUMO
<b>R. SANTA MARIA DE GATIKA</b>	BARRIO IGARTUA, S/N	GATIKA
<b>GERIATRICO AITZEA</b>	BARRIO DE ERGOIEN, S/N	GAMIZ-FIKA
<b>R. ELEXALDE</b>	HNO. VICTOR, 3	GALDAKAO
<b>R. SAN ANDRES</b>	ANDER DEUNA, 33	GALDAKAO

<b>R. USANSOLO</b>	BARRIO DE GOROS-IBAI, 24	GALDAKAO
<b>R. VIRGEN DE LA VEGA</b>	HERMANO VICTOR, 1	GALDAKAO
<b>R. SANTA BARBARA</b>	HERMANO VICTOR, 5	GALDAKAO
<b>R. KURTZE</b>	BARRIO DE ELEXALDE, 9	FORUA
<b>R. MARTIARTU SL</b>	CARRETERA GOIERRI - MARTIARTU, 34	ERANDIO
<b>R. OLAEDI SL</b>	CALLE IBÁNEZ DE BETOLAZA, 7	ERANDIO
<b>INSTITUCION BENEFICA ABOITIZ</b>	JESUS, 2	EA
<b>R. ASTARLOA</b>	PEDRO P. ASTARLOA, 1 1º DCHA	DURANGO
<b>RESIDENCIA TABIRA</b>	CALLE INTXAURRONDO, 27	DURANGO
<b>R. ANDRA MARI</b>	PEDRO P. ASTARLOA 1 4º IZDA	DURANGO
<b>R. ERREKALDE EGOITZA</b>	BARRIO DE ARTEAGA, 54	DERIO
<b>ANAI ARTEAN</b>	SANTUTXU, 40. BAJO	BILBAO
<b>CENTRO RESIDENCIAL JADO</b>	JOSE Mª UGARTEBURU, 22 - BAJO	BILBAO
<b>R. ANAI ARTEAN II</b>	ZAMAKOLA, 18 - 1º	BILBAO
<b>R. ANDIA</b>	JULIAN GAYARRE, 7B BJO	BILBAO
<b>R. EDERRA BERRI</b>	MAXIMO AGUIRRE, 12. PPAL. IZDA	BILBAO
<b>R. ETXEDER SL</b>	AVENIDA MAZARREDO, 6 - 4º DCHA.	BILBAO
<b>R. GARAI 2000 SL</b>	CALLE ALAMEDA DE URQUIJO, 76 - 2º	BILBAO
<b>R. GRAN VÍA 49</b>	CALLE GRAN VÍA DE DIEGO LÓPEZ DE HARO, 49 - PPAL. DCHA.	BILBAO
<b>R. GURE LEKU</b>	ERCILLA, 8 - 1º IZDA.	BILBAO
<b>R. ITURROLA</b>	CALLE RAMPAS DE URIBITARTE, 2 - 3º	BILBAO
<b>R. IZARO XXI</b>	PINTOR LOSADA, 21 BAJO	BILBAO
<b>R. MAITANE</b>	ISLAS CANARIAS, 2	BILBAO
<b>R. MARAN</b>	CALLE SANTUTXU, 42	BILBAO
<b>R. RODRIGUEZ ANDOIN III</b>	ZUMAIA, 20 - BAJO	BILBAO
<b>R. RODRIGUEZ DE ANDOIN II</b>	BERASTEGUI, 5	BILBAO
<b>R. VIRGEN DE BEGOÑA</b>	GRUPO BEGOÑALDE, 9 - 1º	BILBAO
<b>R. YBARRA SL</b>	CALLE ALAMEDA RECALDE, 14 - 1º	BILBAO
<b>R. ZURBARANBARRI</b>	ZURBARANBARRI, 2 BAJO	BILBAO
<b>VIVENDA COMUNITARIA</b>	GREGORIO DE LA REVILLA, 1 - 4º DCHA	BILBAO
<b>GERIATRICO LOREAK</b>	NOVIA SALCEDO, 30	BILBAO
<b>R. ANAI CANTERO</b>	DONOSTIA-SAN SEBASTIAN, 1	BILBAO
<b>R. BEGOÑAKO AMA</b>	VIRGEN DE BEGOÑA, 4 Y 6 - BAJO	BILBAO

<b>R. GER. ZURE ETXEA BILBAO</b>	AUTONOMIA, 71-1º	BILBAO
<b>R. JULIAN GAYARRE</b>	FERNANDO JIMENEZ, 11, 13, 15	BILBAO
<b>R. NUEVA AMISTAD 2001</b>	ALAMEDA RECALDE, 24 1º, 3º, 6º	BILBAO
<b>R. VENERABLES SACERDOTES</b>	VIRGEN DE BEGOÑA, 41	BILBAO
<b>RESIDENCIA EGUIA</b>	SABINO ARANA, 61 - 3º	BILBAO
<b>RESIDENCIA EGUILEOR SL</b>	PL. ALFREDO KRAUS, 4	BILBAO
<b>RESIDENCIA ERCILLA SL</b>	CALLE ZUMAIA, 20 - BAJO	BILBAO
<b>RESIDENCIA ETXE GIROA SL</b>	CL ISLAS CANARIAS 2 LONJA	BILBAO
<b>RESIDENCIA GERIÁTRICA ASTARLOA BERRI</b>	CALLE ASTARLOA, 8 - 2º A Y B	BILBAO
<b>RESIDENCIA PLAZA</b>	CAMINO DE UGASKO, 1 - 1º C	BILBAO
<b>CASERIO AGIRRETXU- GUARDERIA DE ANCIANOS</b>	EGUSKIA, 41	BERANGO
<b>VIV. COMUNITARIA DE TERCERA EDAD BERANGO</b>	LEHENDAKARI AGUIRRE, 5	BERANGO
<b>R. MALAI</b>	UBAO, 29	BERANGO
<b>HOGAR RES. IÑIGO DE LOIOLA</b>	ALDAPA, 12-14-16 BAJO	BARAKALDO
<b>R. NTRA SRA. DE LEIRE</b>	DOLORES IBARRURI 6-8-10	BARAKALDO
<b>R. SANTA AGUEDA</b>	CL SDAD SANTA AGUEDA Nº 1- 3	BARAKALDO
<b>R. EL PILAR</b>	CL SAN VICENTE 1-A	BARAKALDO
<b>RESIDENCIA BEURKO BERRIA</b>	CALLE LUIS DE CASTREJANA, 7	BARAKALDO
<b>R. FUNDACION BOLIVAR</b>	ASKATASUN, 2	AREATZA
<b>R. GURE ETXEA II</b>	Bª ARRINDAS, 6	AMOREBIETA- ETXANO
<b>R. SAN FUENTES</b>	SAN FUENTES, 1 A	ABANTO Y CIÉRVANA- ABANTO ZIERBENA
<b>R. ZALLAKO EGUSKI</b>	AVDA. DE SABINO ARANA, S/N	ZALLA
<b>R. MPAL. DE LA CIUDAD DE ORDUÑA</b>	BARRIO DE SAN FRANCISCO, 1	URDUÑA/ORDUÑA
<b>R. SANTAMARIÑE</b>	GOIETA, 29	URDULIZ
<b>GERIATRICO BIZI BERRIA</b>	LA BALUGA, 1	SOPUERTA
<b>R. AVELLANEDA</b>	BARRIO DE SAN MARTIN DE CARRAL, 24	SOPUERTA
<b>R. ZURE ETXEA</b>	BARRIO DE LAS RIVAS, 3	SOPUERTA
<b>APARTAMENTOS TUTELADOS</b>	SABINO ARANA, 62	SOPELANA
<b>R. ARGALUZA</b>	GATZARRIÑE, 34	SOPELANA
<b>R. SOPELANA</b>	SABINO ARANA, 35	SOPELANA
<b>R. MPAL. J. ELLACURIA LARRAURI</b>	GRAN VIA, 56	SESTAO
<b>R. ATSOA</b>	ANTONIO ALZAGA, 58 A-D	SANTURTZI
<b>R. RODRIGUEZ ANDOIN V</b>	GENERAL CASTAÑOS, 135, 137, 139	PORTUGALETE
<b>ST.HOSPITAL DEL GLORIOSO</b>	GENERAL CASTAÑOS, 75	PORTUGALETE

<b>S.JUAN BAUTISTA</b>		
<b>R. DE ANCIANOS ANDRAMARI</b>	BARRIO ANDRAMARI,8	OROZKO
<b>R. DE ONDARROA</b>	ARTIBAI, 4	ONDARROA
<b>R. OLABE</b>	BARRIO DE ASTELARRA, S/N	MUXIKA
<b>R. DE POBEÑA</b>	CAMINO DE LA ERMITA, S/N	MUSKIZ
<b>R. LA ALEGRIA</b>	BARRIO DE SAN JULIAN, 2	MUSKIZ
<b>R. SAN JOSE DE LARRAURI</b>	CTRA. MUNGIA-BERMEO, KM. 19	MUNGIA
<b>R. SAN JOSE-ETXE ALAI</b>	ELORDUGOITIA, 9	MUNGIA
<b>R. GERIÁTRICA LAS MAGNOLIAS</b>	PLAZA MEÑAKA BARRENA, 11	MEÑAKA
<b>R. SAN ROKE</b>	SAN AGUSTIN, 6	MARKINA-XEMEIN
<b>R. URIBARREN-ABAROA</b>	IÑIGO DE ARRIETA, 2	LEKEITIO
<b>R. NTRA. SRA.DE LOS DESAMPARADOS</b>	SOSCAÑO, 3	KARRANTZA HARANA/VALLE DE CARRANZA
<b>R. ANDRA MARI</b>	MAIDAGAN, 10	GETXO
<b>R. SAN ESTEBAN II</b>	AVDA. DE LOS CHOPOS, 14	GETXO
<b>R. CALZADA</b>	JUAN CALZADA, 30	GERNIKA-LUMO
<b>R. APERRIBAI</b>	ZAHARRA AUZOA, 9-11	GALDAKAO
<b>R. EN GALDAKAO</b>	HERMANO VICTOR, 17.	GALDAKAO
<b>R. CALABRIA</b>	Bª ELEXALDE, 34	FORUA
<b>HOGAR-RESIDENCIA SAN JOSE</b>	AGIRRE EMPARANTZA, 11	ERANDIO
<b>R. ELORRIO</b>	HOSPITAL KALEA, 2	ELORRIO
<b>R. ARRATIAKO EGOITZA</b>	IBARRA AUZOA, 17	DIMA
<b>R. ARROTEGUI</b>	BARRIO DE AXPE, 64	BUSTURIA
<b>R. ZELAIONDO</b>	BARRIO DE SAN CRISTOBAL, 19	BUSTURIA
<b>CENTRO GERIATRICO ABANDO</b>	CTRA. BASURTO-CASTREJANA, 31	BILBAO
<b>INST. BENEFICA SAGRADO CORAZON DE JESUS</b>	CAMINO DE MONTE AVRIL, 4	BILBAO
<b>R. ARBIDEA</b>	ARBIDEA, 5 BAJO	BILBAO
<b>R. BASURTO</b>	LEZEAGA, 32	BILBAO
<b>R. DIOCESANA SAN VICENTE</b>	IBAÑEZ DE BILBAO, 18	BILBAO
<b>R. EL ARENAL</b>	CORREO, 21	BILBAO
<b>R. FUNDADORA SIERVAS DE JESUS CARIDAD</b>	AVDA. UNIVERSIDADES, 7	BILBAO
<b>R. KIRIKIÑO</b>	TORRE GOROSTIZAGA, 2-4	BILBAO
<b>R. RODRIGUEZ ANDOIN IV</b>	ALFREDO KRAUS, 4, BAJO	BILBAO
<b>R. VILLA EMILIA</b>	PEREZ GALDOS, 5	BILBAO
<b>SERVICIOS GERIATRICOS INDAUTXU</b>	GREGORIO DE LA REVILLA, 28	BILBAO
<b>R. EGOITZ ALAI</b>	ZUBIAUR TAR KEPA	BERMEO
<b>SANCTI SPIRITUS ZAHARREN UDAL EGOITZA</b>	TONPOI BIDEA, 1	BERMEO



<b>R. DE ANCIANOS ETXE MAITIA</b>	NAGUSIA, 4. EDIFICIO	BASAURI
<b>R. LEON TRUCIOS</b>	CUBO, 9	BALMASEDA
<b>R. LAS LACERAS</b>	BARRIO DE LAS LACERAS, 1	BALMASEDA
<b>R. ZUETXE QUINTA TORRE</b>	ERREMENTERIA, 29	BAKIO
<b>R. GALLARTA</b>	NUEVA AVENIDA, 3	ABANTO Y CIÉRVANA- ABANTO ZIERBENA
<b>FUNDACION ASILO ELORDUY</b>	CTRA. DE AYUNTAMIENTO, 1	BARRIKA
<b>R. EL CARMEN</b>	CL ELECTRICA NERVION 4	BARAKALDO
<b>CENTRO GER. FORAL TRUIONDO</b>	POLIGONO TORRELARRAGOITI	ZAMUDIO
<b>R. ALBIZ SANTIAGO LLANOS</b>	FELIX MARIA SAMANIEGO	SESTAO
<b>R. NUESTRA SEÑORA DE BEGOÑA</b>	BARRIO DE EL VILLAR, 55	SANTURTZI
<b>VIVIENDAS TUTELADAS LOS BOLINTXES</b>	LOS BOLINTXES	SANTURTZI
<b>CENTRO GERONTOLOGICO ASPALDIKO</b>	BARRIO DE LA FLORIDA, S/N	PORTUGALETE
<b>R. EN ORTUELLA</b>	OTXARTAGA	ORTUELLA
<b>R. MARCELO GANGOIT</b>	MARCELO GANGOITI, 1	MUSKIZ
<b>R. MAYORES GURENA</b>	UNBETXIKI BIDEA, 9	LOIU
<b>R. ASISTIDA DE LEIOA</b>	BARRIO DE SANTI MAMI, 20	LEIOA
<b>R. MPAL. DEL SAGRADO CORAZON</b>	ORMETXE, 22	GETXO
<b>R. EN ERMUA</b>	IZELAIETA	ERMUA
<b>R. IGURCO UNBE</b>	CAMINO GORRI, 2	ERANDIO
<b>SANITAS RESIDENCIAL LORAMENDI</b>	CTRA. LEIOA-UMBE, 33	ERANDIO
<b>R. INDAUTXU SIGLO XXI SA</b>	PLAZA ZEROETXE, 5	DERIO
<b>R. DERIO GURENA</b>	PLAZA ZEROETXE, 5	DERIO
<b>CASER RESIDENCIAL ARTXANDA</b>	CAMINO DE SAN ROQUE, 38	BILBAO
<b>MAPFRE QUAVITAE BILBAO</b>	AVDA. MIRAFLORES, 17/MINA DEL MORRO	BILBAO
<b>R. IBARSUSI DE TXURDINAG- BARRI</b>	FERNANDO JIMENEZ 8	BILBAO
<b>R. MI CASA HERMANITAS POBRES</b>	MARCELINO MENENDEZ Y PELAYO, 18.BIS	BILBAO
<b>R. MIRAVILLA</b>	XEMPELAR, 11 BAJO	BILBAO
<b>R. NUESTRA SRA. DE LA ESPERANZA</b>	CTRA. SANTO DOMINGO, 13	BILBAO
<b>R. TXURDINAGA</b>	TXOMIN GARAT, 40	BILBAO
<b>R. CONDE DE ARESTI</b>	BRUNO MAURICIO ZABALA, 22	BILBAO
<b>R. DE REKALDE</b>	JARDINES DE INTXAURTXUETE, 1	BILBAO
<b>R. OLIMPIA</b>	IPAGUIRRE/EGAÑA	BILBAO

<b>SANTA Y REAL CASA DE MISERICORDIA</b>	AVDA. DE SABINO ARANA, 2	BILBAO
<b>R. ANCIANOS BIZKOTXALDE</b>	BARRIO DE URIBARRI	BASAURI
<b>R. BARRIKA BARRI</b>	BIDE NAGUSIA, 7	BARRIKA
<b>R. FUNDACION MIRANDA</b>	AVDA. DE ANTONIO MIRANDA, 2	BARAKALDO
<b>R. EL CARMEN</b>	ELÉCTRICA NERVIÓN, 4	BARAKALDO
<b>R. VITALITAS SANTA TERESA</b>	AVDA. LIBERTAD, 69(BEURKO)	BARAKALDO
<b>SANITAS RESIDENCIAL SANITAS BARAKALDO</b>	EGUSKIAGUIRRE, 8	BARAKALDO
<b>R. ARANDIA</b>	TRAV. CRISTO 11	ARRIGORRIAGA
<b>R. ORUE</b>	BARRIO SAN MIGEL DUDEA, S/N	AMOREBIETA-ETXANO
<b>RESIDENCIA ETORKIZUNA SL</b>	ZABALBIDE KALEA 25	BILBAO
<b>RESIDENCIA GOZKEKO SL</b>	GENERAL SALAZAR, 7	BILBAO
<b>RESIDENCIA URIBITARTE SL</b>	BARROETA ALDAMAR KALEA, 1	BILBAO
<b>RESIDENCIA LOPABI SL</b>	ALDAPA, 14-16	BARAKALDO
<b>CENTRO DE DÍA AIXARTE</b>	AVENIDA AIXARTE, 7	ARRIGORRIAGA
<b>CENTRO DE DÍA LA PAZ</b>	CL POLIGONO DE LA PAZ S/Nº	BARAKALDO
<b>CENTRO DE DÍA SANTA TERESA</b>	AV DE LA LIBERTAD 69	BARAKALDO
<b>CENTRO DE DÍA ARIZ</b>	CALLE NERBIOI, 5 - LONJA	BASAURI
<b>CENTRO DE DÍA SARRIKO</b>	CL TXAKOLI 1 BAJO	BILBAO
<b>CENTRO DE DÍA EGUNON ETXEA</b>	CL RONDA, 18 -BJ	BILBAO
<b>CENTRO DE DÍA BILBAO ZORROZA</b>	AV MONTEVIDEO Nº 121	BILBAO
<b>CENTRO DE DÍA AITA-MENNI DEUSTO</b>	PLAZA ELISEO MIGOYA 7 BAJO	BILBAO
<b>CENTRO DE DÍA EPALZA</b>	VIUDA DE EPALZA, 7.	BILBAO
<b>CENTRO DE DÍA GOIZEKO</b>	GENERAL SALAZAR 7	BILBAO
<b>CENTRO DE DÍA IBAIZABAL</b>	CAMPA IBAIZABAL, 3 BAJO	BILBAO
<b>CENTRO DE DÍA ZORROZA DE BILBAO</b>	AV MONTEVIDEO Nº 121	BILBAO
<b>CENTRO DE DÍA TXURDINAGA</b>	TXOMIN GARAT 40	BILBOA
<b>CENTRO DE DÍA RESIDENCIA ERREKALDE</b>	Bª ARTEAGA, 54	DERIO
<b>CENTRO DE DÍA TABIRA</b>	CL INTXAURRONDO 27 BAJO	DURANGO
<b>CENTRO DE DÍA SAN JOSE</b>	PLAZA J. A. AGIRRE ETA LEKUBE, 11	ERANDIO
<b>CENTRO DE DÍA ABELETXE</b>	ABELETXE, BARRIO SANTA ANA.	ERMUA
<b>CENTRO DE DÍA DE ERMUA</b>	CALLE ERDIKOKALE, S/N	ERMUA
<b>CENTRO DE DÍA PLAZAKOETXE DE GALDAKAO</b>	PLAZAKOETXE S/Nº	GALDAKAO
<b>CENTRO DE DÍA DE LA TERCERA EDAD IBARRA</b>	ALDAPE, 6	GERNIKA-LUMO

<b>CENTRO DE DÍA TORRE ZURI</b>	CARLOS GANGOITI, 22	GERNIKA-LUMO
<b>CENTRO DE DÍA OROITU</b>	C/ JATA, 8 BAJO	GETXO
<b>CENTRO DE DÍA LUJAR</b>	LUJAR Nº 1	GÜEÑES
<b>CENTRO DE DÍA POLIVALENTE "GURE-ETXEA"</b>	BA LARRINAGA 1	ISPASTER
<b>CENTRO DE DÍA SAN ROKE</b>	CL AGUSTIN DEUNA 6	MARKINA-XEMEIN
<b>CENTRO DE DÍA DE MUSKIZ</b>	AV FUENTE VIEJA 8	MUSKIZ
<b>CENTRO DE DÍA ANDRA MARI</b>	BARRIO ANDRA MARI, 8	OROZKO
<b>CENTRO DE DÍA DE ORTUELLA</b>	AV. DEL MINERO, S/N- BAJO	ORTUELLA
<b>CENTRO DE DÍA SAN ROQUE</b>	GREGORIO UZQUIANO S/Nº BJ	PORTUGALETE
<b>CENTRO DE DÍA DE ORDUÑA</b>	PL GERNIKA 7 BAJO	URDUÑA- ORDUÑA
<b>CENTRO GABRIEL MARIÁ DE IBARRA</b>	PASEO DEL PRADO Nº 12	URDUÑA- ORDUÑA
<b>CENTRO DE DÍA ORCONERA</b>	PZA. ORCONERA, 6- 7- BAJO	VALLE DE TRAPAGA
<b>CENTRO DE DÍA ENKARTERRI SLL</b>	HNOS MARISTAS Nº 12-1º	ZALLA
<b>CENTRO DE DÍA BIZIGURE</b>	CL NUEVA AVENIDA 1	ABANTO Y CIERVANA
<b>CENTRO DE DÍA NAFARROA</b>	CL NUEVA AVENIDA 1	AMOREBIETA- ETXANO
<b>CENTRO DE DÍA BIZKOTXALDE</b>	CALLE URIBARRI	BASAURI
<b>CENTRO DE DÍA BEKOETXE</b>	ISLAS CANARIAS, 55. SAN INAZIO,	BILBAO
<b>CENTRO DE DÍA DE ANCIANOS GAZTELUONDO-BILBAO REKALDE</b>	CL JARDINES DE INTXAURTXUETA, Nº 1	BILBAO
<b>CENTRO DE DÍA OTXARKOAGA DE BILBAO</b>	ZIZERUENE, 4	BILBAO
<b>CENTRO DE DÍA SAN ADRIAN DE BILBAO</b>	AV. SAN ADRIÁN, 33, 35, 37	BILBAO
<b>CENTRO DE DÍA PARA PERSONAS MAYORES DE D. Y. A</b>	ACACIAS 39, BJ	GETXO
<b>CENTRO DE DÍA ESTARTETXE DE LEIOA</b>	ESTARTETXE 2, 4, 6	LEIOA
<b>CENTRO DE DÍA OTXARTAGA DE ORTUELLA</b>	BA OTXARTAGA 28	ORTUELLA
<b>CENTRO DE DÍA ASPALDIKO</b>	Bº LA FLORIDA	PORTUGALETE
<b>CENTRO DE DÍA EL BULLÓN</b>	BULLÓN Nº 8-10B	SANTURTZI
<b>CENTRO DE DÍA VILLAR</b>	Bº VILLAR, S/N	SANTURTZI
<b>CENTRO DE DÍA KARMELO DE SANTUTXU</b>	KARMELO, 10A.	SANTUTXU
<b>CENTRO DE DÍA SESTAO BERRIA</b>	PL CONDE BALMASEDA 12,EDIFICIO BERRIA	SESTAO

<b>CENTRO DE DÍA UGAO MIRABALLES</b>	CL UDIARRAGA 79	UGAO-MIRABALLES
<b>CENTRO DE DÍA INTEGRACION SOCIOCULTURAL</b>	CALLE PARQUE DE LOS HERMANOS, S/N	BARAKALDO
<b>CENTRO DE DÍA ATXARTE</b>	BARRIO DE KANTARRIKETAS	ABADIÑO
<b>CENTRO DE DÍA ERETZA</b>	CALLE ERRIOXA, 13	BARAKALDO
<b>CENTRO DE DÍA GUZTIONA</b>	PINTOR ANTONIO GUEZALA, 2	BILBAO
<b>CENTRO DE DÍA URIBARRI</b>		BILBAO
<b>CENTRO DE DÍA ASTRABUDUA</b>		ERANDIO
<b>CENTRO DE DÍA PARA MAYORES DE ETXEBARRI</b>		ETXEBARRI
<b>CENTRO DE DÍA PLAZAKOLA</b>	CALLE PLAZAKOLA AUZOA Z/G	MARKINA-XEMEIN
<b>CENTRO DE DÍA IBAIGANE</b>	PADRE CORTAZAR, 7	PORTUGALETE
<b>CENTRO DE DÍA HAIZEA</b>		SOPUERTA

## 2. Características del centro

### CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL CENTRO

**CÓDIGO DE CENTRO:**

**FECHA DE REALIZACIÓN:**

#### Características del centro

Cliente Privado	Cliente Público	Nº Total de Usuarios	Media de Edad de Usuarios	Nº Total de Usuarías	Nº Total de Usuarios (Hombres)

#### Características de los trabajadores

<i>Distribución por Sexo</i>	Nº Total de Mujeres:	
	Nº Total de Hombres:	
Distribución por edades de los trabajadores	≤ 24	
	25-35	
	36-50	
	≥ 51	
Nº Trabajadores por Tipo de unidad o módulo analizado	Unidad de Psicogeriatría	
	Unidad de Cuidados Especiales (UCE)	
	Unidad de Cuidados Permanentes	
	Unidad de válidos	
	Unidad rehabilitadora de media estancia	
	Centro de Día	
	Otros (especificar)	
Nº de trabajadores con especialización en geriatría – gerontología		

Distribución de trabajadores por puesto de trabajo (Nº de trabajadores por puesto de trabajo)	Dirección	
	Administración	
	Equipo Médico	
	Equipo Enfermería	
	Equipo Auxiliares	
	Equipo Limpieza	
	Equipo Cocina	
	Fisioterapeuta	
	Terapeuta Ocupacional	
	Trabajador Social	
	Psicólogo	
	Animador Sociocultural – Monitor	
	Otros (especificar)	
Porcentaje de rotación de la plantilla		

### **Características de las personas usuarias**

#### **Estado del Intestino/Vejiga**

- Nº de Usuarios continentales:
- Nº de Usuarios con incontinencia urinaria:
- Nº de Usuarios con incontinencia fecal:
- Nº de Usuarios con incontinencia mixta (urinaria y fecal):

#### **Movilidad**

En este apartado se considerará la situación en la que se encuentra la persona la mayor parte del día.

- Nº de Usuarios encamados:
- Nº de Usuarios sentados en silla, sillón o silla de ruedas.
- Nº de Usuarios que caminan asistidos por al menos una persona (por dificultades en equilibrio, marcha,...)
- Nº de Usuarios que caminan con independencia (incluso aquellos que lo hacen con ayudas técnicas).

#### **Integridad de la piel**

- Nº de usuarios que presentan úlceras por presión:
- Del número total de usuarios con úlceras por presión en el momento actual, ¿cuántos las presentaban al ingreso?:

### 3. APUS (Cuestionario de Análisis de Prevalencia de Uso de Sujeciones)

Nº Total de Personas Usuarias del Centro o Módulo:	
Nº Total de Personas Usuarias que Consumen Psicótrpos:	
Nº Total de Personas Usuarias con mayor o menor grado de dependencia ( $\leq 60$ en el Barthel)	
Nº Total de Personas Usuarias con mayor o menor grado de deterioro cognitivo ( $\leq 20$ en el MEC)	
Nº Total de Personas Usuarias que presentan Trastornos de Conducta	

En este cuestionario se recogerá información relativa sólo a las personas con las que se utilizan sujeciones en el centro y siempre en base a la situación de la persona en los últimos 15 días. Para garantizar la confidencialidad de las personas sobre las que se recoge esta información, se ruega anotar CÓDIGOS DE NOMBRE (Iniciales del Nombre y Apellidos).

#### AGRUPAR A LAS PERSONAS EN LA CATEGORÍA QUE LE CORRESPONDA EN FUNCIÓN DE SU GRADO DE DEPENDENCIA (ESCALA DE BARTHEL)

<b>DEPENDENCIA TOTAL (PUNTUACIÓN BARTHEL &lt;20)</b>							
CÓDIGO DE NOMBRE							
TIPO DE CLIENTE							
Público							
Privado							

USO DE SUJECIONES						
Habitual ( $\geq 4$ episodios/año)						
Episódica ( $> 4$ episodios/año)						
DETERIORO COGNITIVO (MEC)						
Normal (30-35)						
Borderline (25-29)						
Deterioro Leve (20-24)						
Deterioro Moderado (15-19)						
Deterioro Grave ( $\leq 14$ )						
TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO						
Deambular						
Lenguaje Ofensivo						
Agresividad Física						
Comportamiento Social Inadecuado/ Alterado						
Rechazo a los Cuidados						
Otros						
ESCALA DE TINETTI SIMPLIFICADA						
Equilibrio						
Marcha						
USO DE PSICÓTROPOS						
Antipsicóticos						



Ansiolíticos							
Antidepresivos							
Hipnóticos							
Otros							
<b>TIPO DE SUJECIÓN UTILIZADA</b>							
Cinturón abdominal							
Cinturón abdominoperineal							
Chaleco de sujeción a tronco "chaleco estándar"							
Chaleco de sujeción a tronco y periné							
Tobilleras							
Muñequeras							
Sujeción en cama (Cinturín abdominal)							
Sujeción en cama (Tobilleras)							
Sujeción en cama (Muñequeras)							
Sábana inmovilizadora							
Pijama entero con cremallera para evitar manipulación							
Barras protectoras a uno o ambos lados							
Protectores cubrebarras							
Manoplas							
Otros							

Nº DE DISPOSITIVOS UTILIZADOS						
1						
2						
3						
≥4						

<b>DEPENDENCIA GRAVE (PUNTUACIÓN BARTHEL 20-35)</b>						
CÓDIGO DE NOMBRE						
TIPO DE CLIENTE						
Público						
Privado						
USO DE SUJECIONES						
Habitual (≥4 episodios/año)						
Episódica (>4 episodios/año)						
DETERIORO COGNITIVO (MEC)						
Normal (30-35)						
Borderline (25-29)						
Deterioro Leve (20-24)						
Deterioro Moderado (15-19)						
Deterioro Grave (≤14)						

TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO						
Deambular						
Lenguaje Ofensivo						
Agresividad Física						
Comportamiento Social Inadecuado/ Alterado						
Rechazo a los Cuidados						
Otros						
ESCALA DE TINETTI SIMPLIFICADA						
Equilibrio						
Marcha						
USO DE PSICÓTROPOS						
Antipsicóticos						
Ansiolíticos						
Antidepresivos						
Hipnóticos						
Otros						
TIPO DE SUJECIÓN UTILIZADA						
Cinturón abdominal						
Cinturón abdominoperineal						
Chaleco de sujeción a tronco "chaleco estándar"						
Chaleco de sujeción a tronco y periné						
Tobilleras						
Muñequeras						
Sujeción en cama (Cinturín abdominal)						
Sujeción en cama (Tobilleras)						

Sujeción en cama (Muñequeras)							
Sábana inmovilizadora							
Pijama entero con cremallera para evitar manipulación							
Barras protectoras a uno o ambos lados							
Protectores cubrebarras							
Manoplas							
Otros							
<b>Nº DE DISPOSITIVOS UTILIZADOS</b>							
1							
2							
3							
≥4							

## DEPENDENCIA MODERADA (PUNTUACIÓN BARTHEL 40-55)

CÓDIGO DE NOMBRE							
<b>TIPO DE CLIENTE</b>							
Público							
Privado							
<b>USO DE SUJECIONES</b>							
Habitual (≥4 episodios/año)							
Episódica (>4 episodios/año)							
<b>DETERIORO COGNITIVO (MEC)</b>							
Normal (30-35)							
Borderline (25-29)							
Deterioro Leve (20-24)							

Deterioro Moderado (15-19)							
Deterioro Grave ( $\leq 14$ )							
TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO							
Deambular							
Lenguaje Ofensivo							
Agresividad Física							
Comportamiento Social Inadecuado/ Alterado							
Rechazo a los Cuidados							
Otros							
ESCALA DE TINETTI SIMPLIFICADA							
Equilibrio							
Marcha							
USO DE PSICÓTROPOS							
Antipsicóticos							
Ansiolíticos							
Antidepresivos							
Hipnóticos							
Otros							
TIPO DE SUJECIÓN UTILIZADA							
Cinturón abdominal							
Cinturón abdominoperineal							
Chaleco de sujeción a tronco "chaleco estándar"							
Chaleco de sujeción a tronco y periné							
Tobilleras							
Muñequeras							

Sujeción en cama (Cinturín abdominal)							
Sujeción en cama (Tobilleras)							
Sujeción en cama (Muñequeras)							
Sábana inmovilizadora							
Pijama entero con cremallera para evitar manipulación							
Barras protectoras a uno o ambos lados							
Protectores cubrebarras							
Manoplas							
Otros							
<b>Nº DE DISPOSITIVOS UTILIZADOS</b>							
1							
2							
3							
≥4							

<b>DEPENDENCIA LEVE (PUNTUACIÓN BARTHEL ≥ 60)</b>							
CÓDIGO DE NOMBRE							
<b>TIPO DE CLIENTE</b>							
Público							
Privado							
<b>USO DE SUJECIONES</b>							
Habitual (≥4 episodios/año)							
Episódica (>4 episodios/año)							
<b>DETERIORO COGNITIVO (MEC)</b>							
Normal (30-35)							

Borderline (25-29)							
Deterioro Leve (20-24)							
Deterioro Moderado (15-19)							
Deterioro Grave ( $\leq 14$ )							
<b>TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO</b>							
Deambular							
Lenguaje Ofensivo							
Agresividad Física							
Comportamiento Social Inadecuado/ Alterado							
Rechazo a los Cuidados							
Otros							
<b>ESCALA DE TINETTI SIMPLIFICADA</b>							
Equilibrio							
Marcha							
<b>USO DE PSICÓTROPOS</b>							
Antipsicóticos							
Ansiolíticos							
Antidepresivos							
Hipnóticos							
Otros							
<b>TIPO DE SUJECIÓN UTILIZADA</b>							
Cinturón abdominal							
Cinturón abdominoperineal							
Chaleco de sujeción a tronco "chaleco estándar"							
Chaleco de sujeción a tronco y periné							

Tobilleras							
Muñequeras							
Sujeción en cama (Cinturín abdominal)							
Sujeción en cama (Tobilleras)							
Sujeción en cama (Muñequeras)							
Sábana inmovilizadora							
Pijama entero con cremallera para evitar manipulación							
Barras protectoras a uno o ambos lados							
Protectores cubrebarras							
Manoplas							
Otros							
<b>Nº DE DISPOSITIVOS UTILIZADOS</b>							
1							
2							
3							
≥4							

## INDEPENDIENTE (PUNTUACIÓN BARTHEL 100)

CÓDIGO DE NOMBRE							
<b>TIPO DE CLIENTE</b>							
Público							
Privado							
<b>USO DE SUJECIONES</b>							
Habitual (≥4 episodios/año)							
Episódica (>4 episodios/año)							



DETERIORO COGNITIVO (MEC)							
Normal (30-35)							
Borderline (25-29)							
Deterioro Leve (20-24)							
Deterioro Moderado (15-19)							
Deterioro Grave ( $\leq 14$ )							
TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO							
Deambular							
Lenguaje Ofensivo							
Agresividad Física							
Comportamiento Social Inadecuado/ Alterado							
Rechazo a los Cuidados							
Otros							
ESCALA DE TINETTI SIMPLIFICADA							
Equilibrio							
Marcha							
USO DE PSICÓTROPOS							
Antipsicóticos							
Ansiolíticos							
Antidepresivos							
Hipnóticos							
Otros							
TIPO DE SUJECIÓN UTILIZADA							
Cinturón abdominal							
Cinturón abdominoperineal							

Chaleco de sujeción a tronco "chaleco estándar"							
Chaleco de sujeción a tronco y periné							
Tobilleras							
Muñequeras							
Sujeción en cama (Cinturín abdominal)							
Sujeción en cama (Tobilleras)							
Sujeción en cama (Muñequeras)							
Sábana inmovilizadora							
Pijama entero con cremallera para evitar manipulación							
Barras protectoras a uno o ambos lados							
Protectores cubrebarras							
Manoplas							
Otros							
<b>Nº DE DISPOSITIVOS UTILIZADOS</b>							
1							
2							
3							
≥4							

#### 4. MCI (Mapa Crítico de Intereses)

### Mapa Crítico de Intereses (MCI)

Interlocutor:	Decisor/Prescriptor	Respuesta	Importancia
<p><b>1. Motivo de uso de sujeciones (Respuesta Abierta):</b></p> <p>- Silla:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cinturón abdominal.</li> <li>• Cinturón abdominoperineal.</li> <li>• chaleco de sujeción a tronco "chaleco estándar".</li> <li>• chaleco de sujeción a tronco y periné.</li> <li>• Tobilleras.</li> <li>• Muñequeras.</li> <li>• "Elemento atravesado".</li> </ul> <p>- Cama:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cinturón abdominal.</li> <li>• Tobilleras.</li> <li>• Muñequeras.</li> <li>• Sábana inmovilizadora.</li> <li>• Pijamas enteros con cremallera para evitar manipulaciones.</li> <li>• Barras protectoras de cama a uno ó a ambos lados de la cama.</li> <li>• Protectores cubrebarras.</li> </ul> <p>- Otros (Especificar cuál):</p>			<p>0 1 2 3 4 5</p> <p>0 1 2 3 4 5</p> <p>0 1 2 3 4 5</p> <p>0 1 2 3 4 5</p> <p>0 1 2 3 4 5</p> <p>0 1 2 3 4 5</p> <p>0 1 2 3 4 5</p> <p>0 1 2 3 4 5</p> <p>0 1 2 3 4 5</p> <p>0 1 2 3 4 5</p> <p>0 1 2 3 4 5</p> <p>0 1 2 3 4 5</p> <p>0 1 2 3 4 5</p>
<b>Interlocutor:</b>	<b>Decisor/Prescriptor</b>	<b>Respuesta</b>	<b>Importancia</b>
<p><b>2. Miedos y Barreras</b></p> <p>- ¿Qué es lo que te impide eliminar las sujeciones? o ¿Qué miedos favorecen que sigas usándolas?:</p>			

<ul style="list-style-type: none"> <li>• El no uso de sujeciones conlleva un incremento de personal.</li> <li>• El no uso de sujeciones conlleva un mayor número de caídas.</li> <li>• El no uso de sujeciones conlleva caídas con consecuencias más graves.</li> <li>• Estas caídas con consecuencias graves conllevan demandas judiciales por parte de los familiares.</li> <li>• Otros (Especificar cuál):</li> </ul>			<p>0 1 2 3 4 5</p> <p>0 1 2 3 4 5</p> <p>0 1 2 3 4 5</p> <p>0 1 2 3 4 5</p> <p>0 1 2 3 4 5</p>
<b>Interlocutor:</b>	<b>Decisor/Prescriptor</b>	<b>Respuesta</b>	<b>Grado</b>
<p><b>3. Motivación:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿En qué grado está motivado (del 0 al 5) hacia el no uso de sujeciones?</li> <li>- ¿Qué te haría falta para poder reducir el uso de sujeciones? (Respuesta Abierta: Redactar lo dicho por la persona entrevistada).</li> </ul>			<p>0 1 2 3 4 5</p> <p>¿Si poseyeses lo que te falta para poder reducir el uso de sujeciones, en qué grado estarías motivado para trabajar sin ellas?</p> <p>0 1 2 3 4 5</p>
<b>Interlocutor:</b>	<b>Decisor/Prescriptor</b>	<b>Respuesta</b>	<b>Eficacia, Utilidad, Logro Objetivos</b>
<p><b>4. Criterios de Uso de Sujeciones (Respuesta cerrada):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Cómo se decide la utilización de sujeciones? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lo decide una sola persona o un equipo.</li> <li>• Se sigue un protocolo.</li> </ul> </li> <li>- ¿Quién decide la indicación y utilización de sujeción?:</li> </ul>			<p>¿En qué grado ese criterio es eficaz?</p> <p>0 1 2 3 4 5</p> <p>0 1 2 3 4 5</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médico. ¿Cuántas horas está en el centro a la semana?.</li> <li>• Enfermera. ¿Cuántas horas está en el centro a la semana?.</li> <li>• Otras personas. ¿Cuántas horas está en el centro a la semana?.</li> <li>• Comité que valore alternativas. ¿Con qué frecuencia se reúnen?.</li> <li>- ¿Hay una valoración y un seguimiento?..</li> <li>- Registro de datos:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se registra la Indicación de sujeción y tipo de sujeción.</li> <li>• Se realiza la valoración y seguimiento del proceso.</li> <li>• Se realiza un registro de dicha valoración y seguimiento.</li> </ul> </li> <li>- ¿En tu organización existe un Protocolo de Sujeciones?:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Es útil en su diseño?.</li> </ul> </li> <li>• ¿Su utilización es eficaz?.</li> <li>• ¿Logra sus objetivos?.</li> </ul>			0	1	2	3	4	5
			0	1	2	3	4	5
			0	1	2	3	4	5
			0	1	2	3	4	5
			0	1	2	3	4	5
			0	1	2	3	4	5
			0	1	2	3	4	5
			0	1	2	3	4	5
			¿En qué grado el Protocolo resulta útil?					
			0	1	2	3	4	5
¿En qué grado el Protocolo resulta eficaz?								
0	1	2	3	4	5			
¿En qué grado el Protocolo logra sus objetivos?								
0	1	2	3	4	5			

**Notas:**

- Si la persona responde "NO" en alguna de las preguntas, no se rellenará la columna de puntuación.

- **Pregunta 1 “Motivo de uso de sujeciones”:**

Se pregunta al interlocutor por qué utiliza cada tipo de sujeción (Respuesta abierta). A continuación, se le pide que especifique “Del 1 al 5, ¿cuán justificable es el uso de esa sujeción frente a ese motivo?” De esta manera, pedimos que valoren el motivo con relación al uso de la sujeción, no la importancia del motivo.

Ejemplos:

- a. Utilizo muñequeras para evitar que la persona se arranque una sonda nasogástrica. Si confronto las ventajas y desventajas que me aportan las muñequeras frente a los beneficios y perjuicios de que la persona se arranque la sonda, considero que la importancia de utilizar la muñequera frente a ese motivo es de un 5.
- b. Utilizo muñequeras para evitar que la persona se quite la ropa. Si confronto las ventajas y desventajas que me aportan las muñequeras frente a los beneficios y perjuicios de que la persona se desnude, considero que la importancia de utilizar muñequeras frente a ese motivo es de un 1.

- **Pregunta 2 “Miedos y Barreras”:**

Se realiza una pregunta de respuesta cerrada respecto a los miedos y barreras: “¿Qué es lo que te impide eliminar las sujeciones? o ¿Qué miedos favorecen que sigas usándolas?”. A continuación se le pregunta “Del 1 al 5, ¿cuán justificado es el uso de sujeciones frente a este tipo de barreras?”.

Se repite la pregunta para cada una de las opciones de respuesta que haya dado en *Otros (Especificar cuál)*.

- **Pregunta 3 “Motivación”:**

La persona entrevistada debe valorar el grado de motivación hacia el no uso de sujeciones (de 0 a 5).

A continuación se le pregunta “¿Qué te haría falta para reducir el uso de sujeciones?” (Respuesta abierta). Y finalmente se le pide que valore del 0 al 5 la pregunta “Si poseyeses lo que te falta para poder reducir el uso de sujeciones, ¿en qué grado estarías motivado para trabajar sin ellas?”.

- **Pregunta 4 “Criterios de Uso de Sujeciones”:**

Se pregunta al interlocutor por las cuestiones de la primera columna. A continuación se le pregunta por la eficacia de ese criterio, excepto en las preguntas relativas al Protocolo de Sujeciones:

- o “¿En qué grado resulta eficaz que lo decida una sola persona?.
- o ¿En qué grado resulta eficaz que lo decida el equipo?.
- o ¿En qué grado resulta eficaz que se decida siguiendo un protocolo?.
- o ¿En qué grado resulta eficaz que lo decida el médico?.

- ¿En qué grado resulta eficaz que lo decida la enfermera?
- Etc.
- ¿En qué grado resulta eficaz que se registre la indicación de sujeción y tipo de sujeción?
- Etc”.

En el caso del Protocolo de Sujeciones, se le pedirá que valore:

- ¿En qué grado vuestro protocolo resulta útil?
- ¿En qué grado vuestro protocolo que resulta eficaz?
- ¿En qué grado vuestro protocolo logra alcanzar sus objetivos?

## 5. PRUQ (Cuestionario de Percepción de Uso de Sujeciones)

### CUESTIONARIO DE PERCEPCIÓN DE USO DE SUJECIONES

En el cuidado de las personas mayores, se utilizan a veces restricciones físicas. Estas restricciones incluyen chaquetas, cinturones o sábanas atadas, restricciones de movimiento de piernas, ligaduras en muñecas o tobillos, sillas geriátricas bloqueadas con bandejas fijadas, etc.

A continuación se indican algunas razones dadas para sujetar a personas mayores.

**¿Qué importancia da Ud. al uso de restricciones físicas en relación con los motivos listados a continuación?** Usted tiene que valorar la importancia que tiene utilizar una sujeción con respecto a cada uno de los motivos, no tiene que valorar la importancia de los motivos en sí.

Un ejemplo: Puede valorar con un 5 el uso de sujeciones para evitar que la persona se arranque un catéter porque usted considera que el perjuicio que supone que este hecho se produzca es mayor que el perjuicio que supone el uso de sujeciones y sin embargo, puede valorar con un 1 la importancia del uso de sujeciones para prevenir que la persona deambule porque considera que el perjuicio que supone que este hecho se produzca es poco importante con respecto al perjuicio que supone el uso de sujeciones.

(Por favor, indique con un círculo el número seleccionado).

		Sin importancia		Con alguna importancia		Muy importante	
1	Proteger al anciano de:						
	a. Caerse de la cama	1	2	3	4	5	
	b. Caerse de la silla	1	2	3	4	5	
	c. Sus movimientos inseguros	1	2	3	4	5	
2	Prevenir al anciano del vagabundeo	1	2	3	4	5	
3	Evitar que el anciano coja cosas de otro	1	2	3	4	5	
4	Evitar que el anciano acceda a sitios peligrosos	1	2	3	4	5	
5	Evitar que el anciano confuso moleste a otro	1	2	3	4	5	
6	Evitar que el anciano:						
	a. Se arranque un catéter o sonda	1	2	3	4	5	



	b. Se arranque el tubo de alimentación	1	2	3	4	5
	c. Se arranque una vía intravenosa	1	2	3	4	5
	d. Se abra suturas	1	2	3	4	5
	e. Se quite un vendaje o una prenda de vestir	1	2	3	4	5
7	Proveer descanso o silencio a un anciano hiperactivo	1	2	3	4	5
8	Proveer seguridad cuando su mente está trastornada	1	2	3	4	5
9	Sustituir la vigilancia del personal	1	2	3	4	5
10	Proteger al personal o a otros sujetos de abusos/agresividad	1	2	3	4	5
11	Manejar la agitación	1	2	3	4	5
12	Identifique las medidas que pueden ser utilizadas en lugar de las restricciones físicas para comportamientos o situaciones listados anteriormente					
13	Edad:					
14	Sexo:		Hombre		Mujer	
15	Tipo de unidad:	Asistidos	Válidos	Unidad Psicogeriátrica	Otros	
16	Tiempo total de empleo en este centro (en años y meses):					
17	Puesto de trabajo:					
	Enfermera jefe					
	Enfermera					
	Aux. de Enfermería o Gerocultor					
	Otro (especificar)					

Adaptado de **Perceptions of Restraint Use Questionnaire (PRUQ)** Developed by Lois Evans and Neville Strumpf © 1986. University of Pennsylvania School of Nursing; revised 1990 &, 2010.

## 6. Listado de psicótopos

<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Antipsicóticos:</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Antipsicóticos Típicos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Haloperidol</b> (Haldol, Haloperidol Decan Esteve, Haloperidol Esteve, Haloperidol Prodes)</li> <li>• <b>Tioridazina</b> (<u>Dazithin</u>, <u>Malloryl</u>, <u>Meleril</u>, <u>Mellaril-S</u>, <u>Mellarit</u> , <u>Mellerets</u> , <u>Melleretten Solution</u>, <u>Metlaril</u>, <u>Nervosan</u>, <u>Novoridazine</u>, <u>Rideril</u>, <u>Sonapax</u>, <u>Stalleril</u>, <u>Thioridazine</u>, <u>Tinsenol</u>, <u>Tioridazina</u>, <u>Tioridazina</u>, <u>Tison</u>)</li> <li>• <b>Levomepromazina</b> (Sinogan, <u>Apo-Methoprazine</u>, <u>Levinan</u>, <u>Levium</u>, <u>Levocina</u>, <u>Levozin</u>, <u>Levozine</u>, <u>Methotrimeprazine</u>, <u>Methozane</u>, <u>Minozinan</u>, <u>Neozine</u>, <u>Nov Meprazine</u>, <u>Nozinan</u>, <u>PMS-Methotrimeprazine</u>, <u>Rensed</u>, <u>Riva-Meprazine</u>, <u>Ronexine</u>, <u>Togrel</u>)</li> <li>• <b>Clorpromacina</b> (Largactil, Thoracine, Torazina Ampliactil)</li> <li>• Otros.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Antipsicóticos Atípicos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Risperidona</b> (Risperdal, Goval, Spiron, Rispolept)</li> <li>• <b>Clozapina</b> (Leponex, Clozaril, Lapenax)</li> <li>• <b>Quetiapina</b>. (Seroquel, Quetidín, Asicot, Quetiazic, RocoZ)</li> <li>• <b>Olanzapina</b> (Zyprexa, Midax, Olivin)</li> <li>• Otros.</li> </ul> </li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ansiolíticos:</li> </ul>		

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Benzodiazepinas:</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• De Acción Prolongada: <ul style="list-style-type: none"> <li>✚ <b>Clonazepam</b> (Klonopin, Rivotril, Ravotril, Clonagin, Diocam, Zatrix, Neuryl)</li> <li>✚ <b>Clobazepam</b> (Frisium, Urbadam).</li> <li>✚ <b>Clorazepato</b> (Modival, Tranxilium, Bonare).</li> <li>✚ <b>Diazepam</b> (Valium, Alboral, Aneurial, Ansium, Diaceplex, Dipaz, Drenian, Pacium, Tepacepam, Dienpax, Pacitran)</li> <li>✚ <b>Ketazolam</b> (Marcen, Sedotime).</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De Acción Intermedia: <ul style="list-style-type: none"> <li>✚ <b>Alprazolam</b> (Xanax, Trankimazin, Alplax, Prinox)</li> <li>✚ <b>Bromazepam</b> (Lexotanil, Lexatin, Atemperator, Creosedin, Octanyl, Neurozepam, Sedatus).</li> <li>✚ <b>Lorazepam</b> (Donix, Idalprem, Ativan, Trapax, Orfidal, Reposepam, Emotival, Aplacasse, Side)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De Acción Corta: <ul style="list-style-type: none"> <li>✚ <b>Loprazolam</b> (Somnovit, Dormonoct).</li> <li>✚ <b>Oxazepam</b>.(Tranxene, Serax)</li> <li>✚ <b>Temazepam</b> (Restoril, Planum).</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No Benzodiazepínicos:</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Azapironas: <ul style="list-style-type: none"> <li>✚ <b>Buspirona</b> (Buscar, Bespar, Ansial, Effiplen, Nerbet, Narol, Paxon, Neurosine, Tutran)</li> <li>✚ <b>Gepirona</b> (Ariza, Variza).</li> <li>✚ <b>Isapirona</b>.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antidepresivos con efecto ansiolítico: <ul style="list-style-type: none"> <li>✚ <b>Venlafaxina XR</b> (Effexor, Vandral, Dobupal, Elafax).</li> <li>✚ <b>Escitalopram</b> (Cipralex, Esertia, Lexapro, Meridian, Ipran).</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Otros. <ul style="list-style-type: none"> <li>✚ <b>Pregabalina</b> (Lyrica).</li> </ul> </li> </ul>

<p>✚ <b>Tandospirona</b> (Sediel).</p>	<p>✚ <b>Paroxetina</b> (Paxil, Aropax, Motivan, Frosinor, Seroxat, Xetin, Casbol).</p> <p>✚ <b>Duloxetina</b> (Cymbalta, Duxetin, Xeristar).</p>	
<p>○ Hipnóticos:</p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Benzodiazepínicos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Estazolam</b> (Sedarest, ProSom, Eurodin).</li> <li>• <b>Lormetazepam</b> (Noctamid).</li> <li>• <b>Midazolam</b> (Dormicum, Versed).</li> <li>• <b>Triazolam</b> (Halcion)</li> <li>• <b>Flunitrazepam</b> (Rohipnol, Rohypnol) .</li> <li>• <b>Nitrazepam</b> (Pelson, Serenade).</li> <li>• <b>Flurazepam</b> (Dormodor, Dalmane, Somlan).</li> </ul> </li> <li>▪ Ciclopírrrolonas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zopiclona: <ul style="list-style-type: none"> <li>✚ <b>Eszopiclona</b>.( Lunesta, Inductal, Lunivia)</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Imidazopirindas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Zolpidem</b> (Ambien, Cedrol, Dalparan, Somit, Stilnox, Durnit)</li> </ul> </li> <li>▪ Pirazolopirimidinas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Zaleplon</b> (Sonata, Hegen, Hipnodem)</li> </ul> </li> <li>▪ Agonistas de Receptores Melatonínicos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ramelteon</b> (Rozerem).</li> <li>• <b>Melatonina</b> (Melatol).</li> </ul> </li> </ul>	
<p>○ Antidepresivos:</p>		

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tricíclicos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Imipramina</b> (Tofranil, Antideprin, Deprimin, Deprinol, Depsonil, Dynaprin, Eupramin, Imipramil, Irmin, Janimine, Melipramin, Surplix)</li> <li>• <b>Clomipramina</b> (Anafranil)</li> <li>• <b>Desipramina</b> (Nebril, Norpramina, Pertofrane)</li> <li>• <b>Amitriptilina</b> (Elavil, Tryptanol, Tryptizol, Deprelío, Uxen, Anapsique)</li> <li>• <b>Nortriptilina</b> (Pamelor, Ateben, Karile, Martemil, Norfenazin, Paxtibi)</li> <li>• <b>Trimipramina</b> (Surmontil)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tetracíclicos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Trazodone</b> (Desyrel, Molipaxin, Deprax, Trittico, Thombran, Trialodine, Trazorel).</li> <li>• <b>Amoxapina</b> (Asendin, Asendis, Defanyl, Demolox, Moxadil).</li> <li>• <b>Mianserina</b> (Lerivon, Lantanon).</li> <li>• <b>Mirtazapina</b> (Remeron, Vastat, Rexer)</li> <li>• <b>Nefazodona</b> (Rulivan, Menfazona, Dutonin, Serzone, Deprefax)</li> <li>• <b>Maprotilina</b> (Ludiomil).</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ISRS (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina): <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Fluoxetina</b> (Prozac, Adofen, Reneuron, Foxetin, Fluoxac, Ansilan, Zaxetina, Zepax, Astrin)</li> <li>• <b>Paroxetina</b> (Paxil, Aropax, Motivan, Frosinor, Seroxat, Xetin, Casbol)</li> <li>• <b>Sertralina</b> (Zoloft, Aremis, Besitran, Atruline, Lustral, Altisben)</li> <li>• <b>Fluvoxamina</b> (Luvox, Dumirox)</li> <li>• <b>Citalopram</b> (Celexa, Seropram, Prisdal, Genprol, Relapaz)</li> <li>• <b>Escitalopram</b> (Cipralex, Esertia, Lexapro, Meridian, Ipran).</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ISRD (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Dopamina): <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Amineptino</b> (Survector).</li> </ul> </li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ISRN (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Noradrenalina): <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Reboxetina</b> (Prolift, Irenor, Norebox).</li> <li>• <b>Oxaprotilina</b>.</li> </ul> </li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ISRNS (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Noradrenalina y Serotonina):</li> </ul>		

- **Venlafaxina** (Effexor, Vandral, Dobupal, Elafax)
- **Milnacipran** (Ixel, Dalcipran).
- **Duloxetina** (Cymbalta, Duxetin, Xeristar).
- **Desvenlafaxina** (Pristiq).
- Inhibidores Específicos de la Recaptación de Noradrenalina y Dopamina:
  - **Bupropion** (Wellbutrin, Odranal)
  - **Nomifesín** (Merital).
- Inhibidores Específicos de la Recaptación de Serotonina y Dopamina:
  - **Banzinaprina.**
- IMAO (Inhibidores de la Monoaminooxidasa A y B):
  - **Tranilcipromina** (Parnate)
  - **Fenelzina** (Nardil)
- RIMA (Reversibles Inhibidores de la Recaptación de la MAO A):
  - **Moclobemida** (Manerix).
  - **Taloxotona** (Humoryl).
  - **Brofaromina** (Consonar).
- IMAO-B (Inhibidor de la Monoaminooxidasa B):
  - **Selegilina** (Plurimen, Eldepryl, Brintenal, Jumex).
- Melatoninérgico e Inhibidor de los receptores Serotoninérgicos 5-HT<sub>2C</sub>:
  - **Agomelatina** (Valdoxan, Melitor, Thymanax).
- Otros:
  - **Litoxetina.**
  - **Tianeptina** (Stablon).

## 7. Tipos de sujeciones y restricciones

TIPOS DE SUJECIONES Y RESTRICCIONES				
SUJECIÓN	Voluntaria	Con Carácter Restrictivo	Minor	1
			Major	2
		Sin Carácter Restrictivo		
	Involuntaria	Con Carácter Restrictivo	Minor	4
			Major	5
		Sin Carácter Restrictivo		
RESTRICCIÓN (RESTRICCIÓN SIN SUJECIÓN = MAL MENOR)	Voluntaria	Minor		7 "MAL MENOR VOLUNTARIO"
		Major		
	Involuntaria	Minor		8 "MAL MENOR INVOLUNTARIO"
		Major		

Tabla 7: Tipos de sujeciones y restricciones (Libera-Ger, 2010)

Norma Libera-Ger®

Siguiendo la Norma Libera-Ger (Urrutia y Erdoiza, 2010), a continuación se explican cada uno de los ocho casos de uso de sujeciones y restricciones que aparecen en la tabla, a fin de dejar claros los matices de cada situación:

**CASO 1: Sujeción Voluntaria Con Carácter Restrictivo Minor:** Se trata de una sujeción que la persona demanda de forma voluntaria para restringir determinadas acciones que él mismo realiza en determinadas ocasiones. *Ejemplo: Una persona que hace un testamento vital y dice que es esquizofrénico y que cuando se desequilibra tiene una conducta que no le agrada (arroja el pañal sucio a su compañero de habitación). En este momento en el que se encuentra bien, firma un documento en el que autoriza al médico (y/o al personal de enfermería siempre que la legislación lo permita) a que en el momento en el que comience a mostrar esa conducta que le desagrada, el personal sanitario pueda indicarle una sujeción con Carácter Restrictivo Minor, que en su caso esta persona considera que puede ser un body.*

**CASO 2: Sujeción Voluntaria Con Carácter Restrictivo Major:** Al igual que en el primer caso, se trata de una sujeción que la persona demanda de forma voluntaria para restringir determinadas acciones, pero de forma más restrictiva y limitante. *Ejemplo: Esta misma persona refiere tener episodios en los que se desequilibra y se pone*

*excesivamente agresivo con su compañero de habitación, siendo un riesgo para la integridad física de este compañero. En este caso, autoriza al médico (o personal de enfermería si la legislación lo permite) mediante el Documento de Voluntades Anticipadas Sujeciones - Restricciones, a que en los momentos en los que presente esta conducta el médico pueda indicarle una Sujeción Restrictiva Major, que en su caso considera que puede ser un cinturón.*

CASO 3: Sujeción Voluntaria Sin Carácter Restrictivo: Se trata de una sujeción que la persona pide de forma voluntaria, que fundamentalmente se pone para corregir una postura corporal incorrecta. *Ejemplo: “Yo que soy una persona que padezco esclerosis múltiple que hace que mi cuerpo esté continuamente encorvado hacia adelante y no me encuentro nada digno en esta postura, autorizo al médico (o al personal de enfermería, siempre que la legislación lo permita) a que me ponga un dispositivo que sujete mi cuerpo y mantenga mi tronco erguido.”*

CASO 4: Sujeción Involuntaria Con Carácter Restrictivo Minor: Es el uso de una sujeción con carácter restrictivo en una persona que no tiene capacidad para expresar su voluntad o expresa no querer utilizar la sujeción y se utiliza para mantener una normal convivencia en el centro, siempre y cuando el usuario lo tolere bien. *Ejemplo: Una persona con deterioro cognitivo a la que se le coloca un “body” que impide que se quite el pañal y esparza su contenido por la habitación.*

CASO 5: Sujeción Involuntaria Con Carácter Restrictivo Major: Es el uso de una sujeción con carácter restrictivo en una persona que no tiene capacidad para expresar su voluntad o expresa no querer utilizar la sujeción y no se utiliza para mantener una normal convivencia en el centro porque ni influye en ella ni la favorece y/o el usuario no la tolera bien. *Ejemplo: Una persona con deterioro cognitivo a la que se le coloca un cinturón abdominal para que no se levante de la silla o sillón, para que no deambule,...*

CASO 6: Sujeción Involuntaria Sin Carácter Restrictivo: Se trata del uso de una sujeción sin carácter restrictivo que fundamentalmente se coloca para corregir una postura corporal incorrecta, pero aplicado a una persona que no posee la capacidad de comunicar su voluntad respecto al uso de esa sujeción. Aunque este dispositivo no se pauté con un carácter restrictivo, la norma establece que se debe considerar como tal, porque existen otras alternativas o dispositivos (cojines en cuña, almohadones,...) más



seguros para mantener una posición corporal correcta y lo más fisiológica posible sin necesidad de utilizar una sujeción, como puede ser el cinturón abdominal.

CASO 7: Mal menor voluntario. Restricción Voluntaria Minor y Major: Se trata de utilizar una restricción a petición de la persona y es ella misma la que delimita qué medidas serán consideradas Minor y cuáles Major. *Ejemplo: “Soy una persona que padezco diabetes y presento episodios en los que intento autolesionarme debido a la esquizofrenia que padezco (he intentado saltar por la ventana en varias ocasiones). En este momento en el que me encuentro en plenas facultades psíquicas, autorizo al médico (o personal de enfermería, siempre que la legislación lo permita) a que:*

- *Cuando presente un episodio de desequilibrio en el que no controlo la ingesta de dulces, me impida el acceso a estos alimentos, medida que considero que en mi caso es una Restricción Voluntaria Minor.*
- *Cuando presente conductas autolesivas, me restrinja el acceso al exterior y a la ventana, medida que considero una Restricción Voluntaria Major.*

CASO 8: Mal menos involuntario. Restricción Involuntaria Minor y Major: Se trata de casos en los que se restringe, en cierto modo, la movilidad de la persona y no puede expresar su voluntad, pero no se utiliza ningún elemento de sujeción. La norma lo considera como un “Mal Menor Involuntario” porque se trata de una alternativa al uso de sujeciones que presenta estas características:

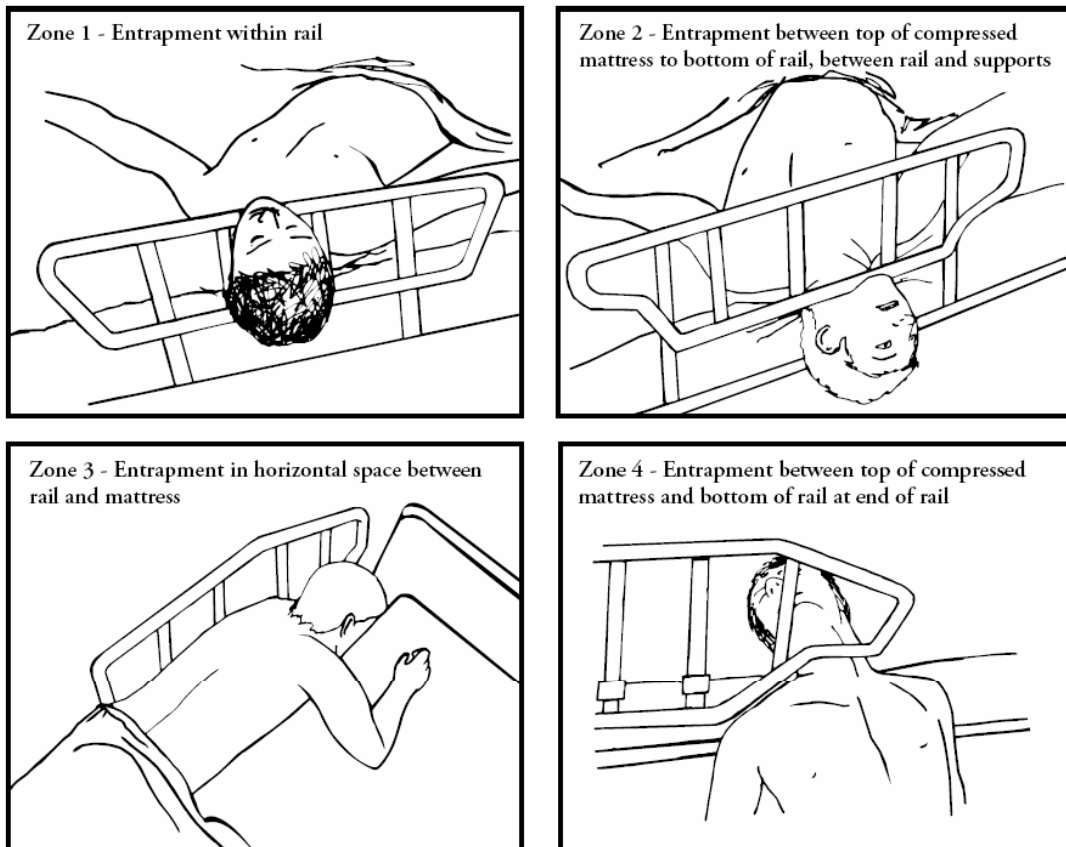
- a. Evita los efectos negativos de la sujeción restrictiva.
- b. Es segura, reduce el riesgo de sufrir caídas y sus consecuencias.
- c. Intenta proteger los derechos fundamentales de la persona, buscando siempre cuidarle con la mayor dignidad posible (el Respeto a la Dignidad de la Persona implica considerar al mayor atendido como un ser absoluto pleno de dignidad, de una dignidad particular y personal, entendiendo como tal no solo la ausencia de maltrato, sino la aceptación de su persona por los demás (no la tolerancia, sino la aceptación) y la cobertura de sus necesidades personales e individuales (Urrutia Beaskoa, 2010).
- d. A pesar de que en cierta medida se vea afectado el Principio de Autonomía, priman el Principio de Beneficencia y el Principio de No Maleficencia.

*Ejemplo: Una persona con serias dificultades para mantener el equilibrio, con grave deterioro cognitivo y que no cesa de deambular, con el gran riesgo de caída que esto conlleva.*

- *Restricción Involuntaria Minor: Se podría sentar a la persona en un asiento muy bajo, del que le cueste levantarse, pero al que no se le sujeta. Este método limita su movilidad con el objeto de que la persona tarde más en levantarse para que al personal le dé tiempo a acudir en su ayuda, antes de que se caiga.*

*Restricción Involuntaria Major: Se trata de una medida más restrictiva porque en este caso se utilizaría una silla sin patas desde la que se dificulta más el que la persona pueda ponerse en pie.*

## 8. Zonas potenciales de atrapamiento en las barras de cama



Zones 5, 6 and 7 are not measured zones. These are shown here only for reference for future reporting of entrapment incidents.

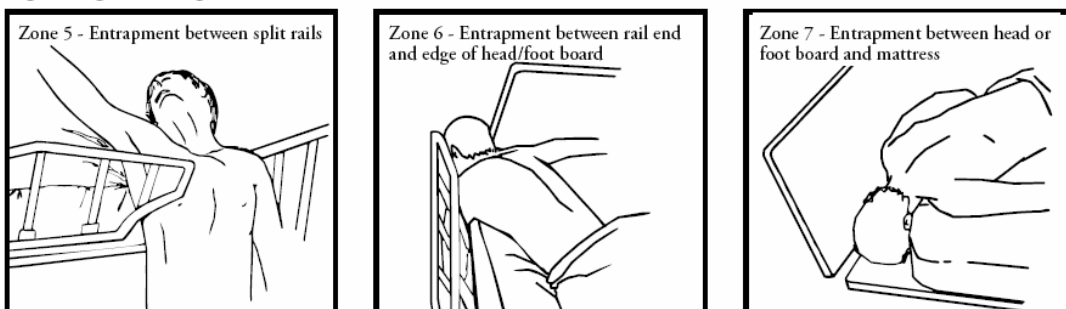


Fig 3-9: Summary of entrapment zones. (Hospital Bed Safety Workgroup, 2006)