



---

**Universidad de Valladolid**



**Universidad de Valladolid**

Facultad de  
**Ciencias de la Salud**  
de Soria

# **GRADO EN ENFERMERÍA**

Trabajo Fin de Grado

## **Las Restricciones Físicas en Personas Mayores Institucionalizadas**

Belén González Abengochea

Tutelado por: Esther Bahillo Ruiz

Soria, 26 de mayo de 2020

*"El respeto a la autonomía y a la dignidad de cada uno es un imperativo ético y no un favor que podemos o no concedernos unos a los otros." (Paulo Freire)*

## RESUMEN

**Introducción.** El uso de las restricciones físicas en personas mayores es una realidad que genera controversia en nuestra sociedad. Su utilización en pacientes se remonta a muchos años atrás encontrando su origen en la psiquiatría.

**Objetivo.** Demostrar la necesidad de reducir las restricciones físicas en las residencias de pacientes mayores.

**Metodología.** Se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura existente sobre las restricciones físicas en mayores institucionalizados en residencias geriátricas.

Para la obtención de la misma, se ha recurrido a las siguientes bases de datos: Dialnet, Science Direct (Elsevier), Cuiden Plus, PubMed, Scielo. Además, se extrajeron dos artículos de la Biblioteca de Soria y se completó la búsqueda con Google Scholar. También se ha utilizado el buscador libre de Google para acceder a siete documentos

Se obtuvieron 30 artículos y 7 documentos.

**Resultados.** Se explican los conflictos conceptuales existentes en cuanto al uso y manejo de las restricciones físicas. Se desarrolla el actual marco ético-legal de las mismas en residencias de mayores y se exponen los principales motivos de uso, las consecuencias derivadas, las ventajas y desventajas que suponen, así como las soluciones alternativas existentes.

**Conclusiones.** Este trabajo ha permitido demostrar que existe una anteposición de los beneficios derivados del uso y manejo de las restricciones físicas por parte de los profesionales que las utilizan en residencias de personas mayores, en lugar de prevalecer el beneficio para los propios pacientes. Además, se expone la necesidad del refuerzo formativo de los profesionales sanitarios en cuanto a su uso y manejo, así como la necesidad de ahondar en el estudio e investigación de las mismas.

**Palabras clave:** Restricción física, Contención mecánica, Ancianos, Geriátrica.

## ÍNDICE

1. Introducción.....	1
1.1. Contexto del uso: marco histórico.....	1
1.2. Tendencia actual: datos de prevalencia.....	2
2. Justificación.....	4
3. Objetivos.....	5
4. Metodología.....	6
5. Desarrollo del tema y discusión.....	8
5.1. Conflictos conceptuales.....	8
5.2. Marco Ético-Legal.....	10
5.3. Principales motivos de uso.....	12
5.4. Las restricciones físicas y las caídas.....	14
5.5. Consecuencias derivadas de su uso.....	15
5.6. Ventajas y desventajas derivadas del uso de restricciones físicas.....	17
5.7. Soluciones alternativas existentes al uso de restricciones físicas en residencias de mayores.....	18
6. Conclusiones.....	21
7. Bibliografía.....	22
8. Anexos	
Anexo I: Diagrama de flujo	
Anexo II: Tabla de revisión bibliográfica	

## ÍNDICE DE TABLAS, GRÁFICOS Y/O FIGURAS

### TABLAS

Tabla 1. Uso inapropiado de las sujeciones según la SEGG.....	14
Tabla 2. Consecuencias del uso de restricciones físicas en personas mayores.....	16
Tabla 3. Ventajas y desventajas derivadas del uso de restricciones físicas.....	17

### FIGURAS

Gráfico 1. Uso total de restricciones para cada país.....	3
Fotografía 1.....	9
Fotografía 2.....	9

## LISTADO DE ABREVIATURAS

SEEGG: Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica

SEGG: Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología

## 1. INTRODUCCIÓN

La restricción física en personas mayores es definida por la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica (SEEGG) como: “cualquier método o dispositivo físico o mecánico que no sea capaz de retirar con facilidad, que limita los movimientos para la actividad física o el acceso normal a su cuerpo y que anula o disminuye la función independiente de la persona mayor”<sup>1</sup>.

### 1.1. Contexto del uso: marco histórico.

La restricción física como recurso ha ido evolucionando a través de las distintas épocas históricas. Tiene su origen en la psiquiatría, donde sirvió como medida punitiva y controladora de los pacientes. Sin embargo, su uso no fue debatido hasta la llegada de la Revolución Francesa<sup>2</sup>.

Ya en la Grecia Clásica aparecen los primeros escritos en los que se mencionan la utilización de cadenas como medidas de sujeción para el control de pacientes que podían suponer un peligro. También se recomiendan diversas torturas, azotes e inmersiones bruscas en agua. A pesar de ello, surgen protagonistas contrarios a las mismas, como los médicos griegos Asclepiades y Sorano de Éfeso y romano Celio Aureliano, quienes proponen medidas alternativas<sup>3</sup>.

En la época medieval se viven dos periodos diferenciados en el trato al enfermo psiquiátrico. En la Alta Edad Media (SS. V-X) personajes célebres de la medicina islámica apoyan el trato humanitario al paciente. Así, Avicena, médico persa, desmitifica falsas creencias sobre los enfermos mentales desligándolos de las posesiones demoniacas. En la Europa de la Baja Edad Media (SS. XI-XIII), la religión considera al paciente psiquiátrico como un pecador relacionado con el demonio y la brujería<sup>3</sup>. La Iglesia fue por ello encargada de tratar estos pacientes con patología mental, permaneciendo muy normalizado el uso de medidas restrictivas, siendo encerrados en mazmorras, encadenados y castigados para la corrección de sus conductas de locura<sup>4</sup>.

Ya en época Moderna, siglos XV y XVI, España fue país referente en el trato psiquiátrico y reconocido como “cuna de la psiquiatría”. Dos manicomios fueron pioneros en la retirada de cadenas: el Hospital de los Santos Inocentes de Valencia y el Hospital de Nuestra Señora de Gracia en Zaragoza. Ambos reconocidos en Europa por el trato humanitario ofrecido a los enfermos mentales, en los que utilizaban terapias de ocupación consistentes en involucrarles en tareas domésticas y agrícolas<sup>3</sup>.

Sin embargo, más tarde, entre los siglos XVI y XVIII, se vivirá en Europa uno de los peores períodos del tratamiento psiquiátrico. De nuevo se llevará a cabo la reclusión del enfermo mental y el uso de las restricciones físicas<sup>3</sup>.

A finales del siglo XVIII, la Revolución Francesa y la lucha por los Derechos Humanos modifican la orientación terapéutica del paciente psiquiátrico<sup>2</sup>. Surge el concepto del “tratamiento moral” y con él su gran defensor: Philippe Pinel, médico contrario a las restricciones, que libera de cadenas a pacientes psiquiátricos a su cargo<sup>3</sup>.

En la primera mitad del siglo XIX, psiquiatras ingleses apoyaron la reducción y eliminación de medidas restrictivas. Para ello propusieron medidas como, por ejemplo,

defender la duración intermitente de las sujeciones, justificar por escrito su uso y duración o contratar a más cuidadores mejor cualificados, a pesar de suponer una mayor inversión económica<sup>4</sup>.

En el resto de Europa esta filosofía de no-restricciones llegó más tarde. En España, el retraso fue más notable debido a las dificultades existentes para acceder a publicaciones extranjeras, la ausencia de reglamentos o la falta de médicos. Por contra, la psiquiatría estadounidense defendía el uso de restricciones físicas para el control y corrección de la conducta de los pacientes: camisas de fuerza, correas en las muñecas y grilletes de hierro para los pacientes más problemáticos<sup>4</sup>.

Finales del siglo XIX fue un período de regresión, a pesar de avances en el campo de las restricciones y del gradual desarrollo ideológico que fomentó el respeto hacia el enfermo mental. Comenzado el siglo XX, era común encontrar en instituciones psiquiátricas pacientes con grilletes y cinturones metálicos<sup>4</sup>.

Dos grandes acontecimientos hacia 1950 logran reducir el uso de las restricciones. En primer lugar, el conocimiento de los fármacos psicotrópicos permitió lograr un mejor control de los enfermos mentales con una posterior reconducción del tratamiento psiquiátrico. En segundo lugar, se dictaron importantes resoluciones en aspectos ético-legales<sup>4</sup>:

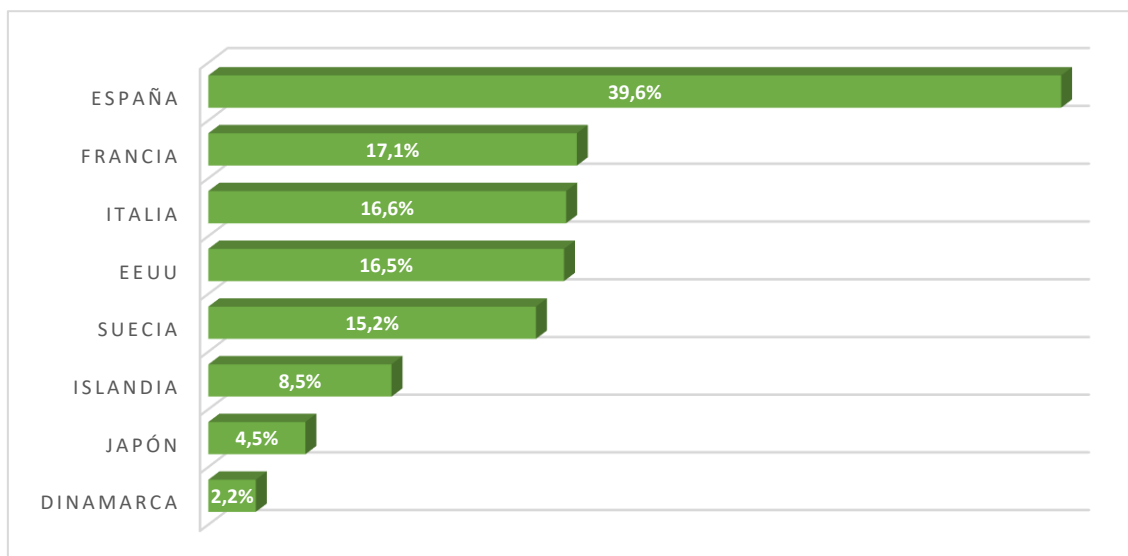
- La Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) y posterior adaptación en la Declaración de Luxor sobre los Derechos Humanos para los Enfermos Mentales (1989).
- El Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con respecto a las aplicaciones de Biología y de la Medicina (1997).
- El Libro Blanco del Comité de Bioética del Consejo de Europa sobre Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad de las personas con trastorno mental (2000).

Al comienzo del siglo XXI, surgen los primeros protocolos, guías y manuales, que regulan la utilización de las sujeciones en el proceso asistencial. Estos documentos, sin embargo, han sido mal utilizados en ocasiones para proteger cada vez más a aquellas instituciones que utilizan las restricciones en los mayores sin ningún tipo de control y así mismo, utilizados con finalidad asistencial defensiva para profesionales e instituciones que las practican, contra posibles quejas, demandas o reclamaciones<sup>5</sup>.

Finalmente, en este mismo siglo se empiezan a tener en cuenta las repercusiones legales, sociales y morales de las restricciones para instituciones y profesionales que la practican, así como en las personas mayores que las reciben. Fueron valorados derechos, principios y valores que se pueden ver afectados con el uso de las mismas<sup>5</sup>.

## **1.2. Tendencia actual: datos de prevalencia.**

A nivel mundial, resulta complicado encontrar datos de prevalencia globalizados sobre el uso de contenciones en personas mayores institucionalizadas<sup>6</sup>. A pesar de ello, un estudio del año 1997 realizado por Ljunggren, Phillips y Sgadari<sup>7</sup>, muestra porcentajes de sujeciones utilizadas a diario en personas mayores institucionalizadas de 8 países diferentes (Gráfico 1).



*Gráfico 1. Uso total de restricciones para cada país. Fuente: elaboración propia<sup>7</sup>.*

Los resultados de dicho estudio colocan a España en cabeza con una prevalencia del 39,6%. Esta diferencia de resultados puede ser debido a dos factores: diferencias culturales entre países acerca del respeto a la dignidad, autonomía y derechos de la persona cuidada y/o diferencias con respecto a la legalidad<sup>8</sup>.

Así, por ejemplo, España carece de legislación específica en cuanto a las restricciones físicas. Dichas leyes son una realidad en otros países como Japón, donde están prohibidas las sujeciones en cuidados prolongados o Estados Unidos, donde la ley OBRA (Nursing Home Reform Amendments of the Omnibus Budget Reconciliation Act) de 1987, prioriza el derecho a estar libre de restricciones innecesarias<sup>8</sup>.

En España, al carecer de legislación estatal específica sobre el uso de sujeciones, se recurre a diversas leyes que hacen referencias genéricas a las restricciones o a los derechos, principios y valores que puedan verse alterados con su uso: libertad, dignidad o autonomía entre ellos. También podemos encontrar leyes que refieren a la forma de actuar de los profesionales sanitarios<sup>6</sup>. Con respecto a este tema, el presente trabajo aporta un apartado sobre el marco ético-legal de nuestro país en el cual se desarrollan dichas ideas.

En último lugar, en relación con las publicaciones sobre prevalencia a nivel nacional, existen varios estudios observacionales que analizan la prevalencia sobre el uso de restricciones en pequeñas muestras de residencias españolas<sup>9-12</sup>. Al contrastar dichos estudios, se observan diferencias. En primer lugar, los tamaños muestrales no son similares, lo que imposibilita su comparación. Ya que en dos de ellos no se superan los 300 residentes<sup>9,11</sup> mientras que en otro son aproximadamente 9000 residentes<sup>12</sup>. Los resultados de estos estudios también muestran gran variabilidad, indicando una prevalencia en torno al 70-86%<sup>10,11</sup> si se consideran las barandillas de la cama como método restrictivo. Si no se consideran las barras laterales como dispositivo restrictivo, la prevalencia desciende aproximadamente hasta el 20% en tres estudios<sup>9,11,12</sup>. Exceptuando un estudio que obtiene prevalencia del 40%<sup>10</sup>.

Atendiendo a estos resultados desiguales, resulta difícil establecer cuál es la dimensión real y actual del problema en nuestro país.



## 2. JUSTIFICACIÓN

El desencadenante que me hizo elegir el presente tema fue la experiencia vivida durante mi paso por el periodo formativo práctico del Grado de Enfermería en una Residencia de personas mayores de Soria. En dicha Institución sociosanitaria se encontraban en un proceso de retirada de las restricciones físicas de sus residentes institucionalizados. Esto fue posible gracias a la colaboración de la Fundación María Wolff, que mediante consultoría y formación a los profesionales, trabaja conjuntamente con ellos para eliminar con seguridad las sujeciones físicas.

Hasta ese momento, no era conocedora de este tipo de iniciativas. Sin embargo, programas como éste, llevan existiendo en España desde hace más de 15 años. La organización pionera en promover una filosofía del cuidado basado en la eliminación de las restricciones fue la Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA) con la creación, en el año 2003, del “Programa Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer”. Esta organización trabaja conjuntamente con las residencias que así lo soliciten para lograr la retirada de sujeciones en sus centros y finalmente, concederles la acreditación como “Centro Libre de Sujeciones”<sup>13</sup>.

Una vez terminado mi rotatorio en esa residencia, mi paso por otros servicios en el resto del Practicum me hizo darme cuenta de la existencia de otras situaciones en las que se recurría a la utilización de medidas restrictivas en las personas mayores.

Inevitablemente, me cuestionaba sobre las medidas legales existentes en nuestro país y la opinión social respecto a este controvertido tema. No podía evitar pensar si existirían medidas alternativas al uso de restricciones, si estas serían conocidas por Enfermería y en caso de que así fuera, por qué no se recurría a ellas. Inconscientemente, esta práctica comenzó a crearme tal inquietud que me hizo indagar más sobre ello y proporcionarme motivación para desarrollar este tema en mi Trabajo de Fin de Grado.

Finalmente, considero que la realización de este trabajo sirve para dar a conocer la situación actual de las restricciones y de las publicaciones existentes al respecto, con el objeto de reflexionar sobre sus indicaciones y necesidad.

### **3. OBJETIVOS**

- **Objetivo general:**

Discutir la necesidad de reducir las restricciones físicas en residencias de mayores.

- **Objetivos específicos:**

- Explicar las incertidumbres conceptuales existentes en cuanto a las restricciones físicas.
- Identificar los principales motivos de uso de las restricciones físicas en residencias de mayores.
- Describir las consecuencias derivadas del uso de las restricciones físicas en personas mayores.
- Desarrollar las ventajas y desventajas que suponen las restricciones físicas para los pacientes, las familias y los profesionales.
- Examinar las soluciones alternativas existentes al uso de restricciones físicas en residencias de mayores.

#### 4. METODOLOGÍA

El presente trabajo consiste en una revisión bibliográfica sobre las publicaciones científicas existentes sobre las restricciones físicas en personas mayores institucionalizadas en residencias geriátricas.

La búsqueda se realizó durante el período noviembre de 2019 - febrero de 2020.

En primer lugar, se procedió al planteamiento de la pregunta de investigación utilizando la metodología PICO. Dicha pregunta es: ¿Son necesarias las restricciones físicas en las residencias de mayores?

Para concretar y facilitar la búsqueda, se seleccionaron como palabras clave "Restricción Física" "Contención Mecánica" "Sujeción Física" "Ancianos" "Mayores" y "Geriatría". También se utilizaron los operadores booleanos "AND" y "OR" y técnicas de truncamiento. Como resultado, se utilizan como estrategia de búsqueda las siguientes ecuaciones de búsqueda: "Restricción física AND Ancianos OR Mayores OR Geriatr\*", "Contención Mecánica AND Ancianos OR Mayores OR Geriatr\*" y "Sujeción Física AND Ancianos OR Mayores OR Geriatr\*". En adición, algunos artículos se extrajeron mediante la técnica de bola de nieve.

Para la búsqueda de la bibliografía, se han utilizado varias bases de datos (Dialnet, Science Direct Elsevier, Cuiden Plus, PubMed, Scielo), el catálogo de la Biblioteca de la Universidad de Valladolid en Soria y Google Scholar.

También se ha recurrido al buscador libre de Google para acceder a siete documentos entre los cuales encontramos: Guías y estudios elaborados por diferentes comunidades autónomas y/o fundaciones, documentos técnicos y de consenso elaborados por la SEGG y por el Comité de Bioética de España y para acceder al resumen ejecutivo del Programa Desatar al Anciano y al enfermo de Alzheimer del CEOMA.

La selección de documentos se llevó a cabo siguiendo los siguientes criterios de inclusión:

- Documentos sobre el uso de restricciones físicas en mayores institucionalizados en residencias geriátricas con las palabras clave mencionadas con anterioridad.
- Publicados entre los años 2010-2020. Exceptuando aquellas publicaciones de años anteriores destacados por su relevancia y pertinencia con este tema.
- Idiomas español o inglés.
- Disponibilidad del texto completo.

Con respecto a los criterios de exclusión:

- Texto completo no disponible.
- Textos duplicados.
- Idiomas diferentes al español e inglés.
- Publicaciones previas al 2010.
- Documentos sobre el uso de restricciones físicas en otro tipo de pacientes o en personas mayores no institucionalizadas.

- Artículos que aun conteniendo algunas de las palabras clave mencionadas con anterioridad, el título o el abstract no se relacionasen con el objetivo del trabajo.

Una vez realizada la búsqueda, se procedió a la valoración de los documentos seleccionados para su inclusión definitiva en el trabajo mediante la lectura exhaustiva de los resúmenes. Finalmente, se incluyeron 37 fuentes bibliográficas de las cuales 30 son artículos y 7 son documentos encontrados a través de la búsqueda libre de Google.

## 5. DESARROLLO Y DISCUSIÓN

### 5.1. Conflictos conceptuales

Un primer conflicto emergente en el mundo de las restricciones físicas consiste en la falta de consenso para seleccionar una misma definición que recoja con claridad y precisión qué son las sujeciones<sup>5</sup>.

La confusión aumenta con la coexistencia de varias palabras que pretenden referenciar lo mismo: “sujeción”, “contención” y “restricción”. Sin embargo, dichas palabras son diferentes ya que entre sus definiciones se producen diferencias terminológicas debido a pequeños matices conceptuales<sup>5</sup>.

Esta dificultad para entender qué es una restricción física genera confusión entre los profesionales, creando en ellos dudas sobre si su práctica podría llegar a calificarse como restricción física. Esta ambigüedad terminológica también dificulta la labor de los investigadores ya que les resulta complicada la comparabilidad entre los estudios al no quedar claro el concepto manejado y su alcance<sup>10</sup>.

Así mismo, en ocasiones, esta variedad terminológica de las medidas de restricción es utilizada como exigente en algunos Centros en los que se practican las sujeciones para no tener que reconocer en los mismos el uso de estas, dificultando así su cuantificación<sup>5</sup>.

La Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG) elaboró un documento de consenso sobre las sujeciones en donde se aclara este conflicto conceptual. Tras el análisis bibliográfico existente sobre sujeciones en organismos e instituciones, establece así las siguientes definiciones<sup>5</sup>:

- Sujeción Mecánica: “cualquier procedimiento o método que mediante un dispositivo material, equipo mecánico o físico, unido, adyacente o atado al cuerpo del paciente, que éste no sea capaz de mover o retirar con facilidad, que deliberadamente limite la libertad de movimientos de todo o una parte del cuerpo, o el acceso normal al propio cuerpo”<sup>5</sup>.
- Contención Mecánica: “procedimiento físico o mecánico dirigido a contener, sujetar o limitar el movimiento parcial o total del cuerpo, y que no pueda ser manipulada o retirada por el paciente”<sup>5</sup>.
- Restricción Mecánica: “cualquier acción (mecánica o física), utilizada con el propósito o intención de limitar la libre circulación o capacidad de tomar decisiones de uno mismo o de una tercera persona”<sup>5</sup>.

La SEGG concluye diciendo que aunque asistencialmente puedan encontrarse diferencias terminológicas entre estos tres términos, no ocurre lo mismo desde el punto de vista jurídico. Es decir, todos estos términos suponen una privación de la libertad de movimientos de la persona y todos ellos no respetan dicho derecho fundamental recogido en la Constitución Española. Por consiguiente, el término “sujeciones” puede albergar cualquier otro concepto como restricciones, contenciones, etc<sup>5</sup>.

Otra falta de consenso añadida existe para determinar qué dispositivos son considerados restricciones físicas y cuáles no<sup>5</sup>.

El mismo documento de la SEGG concluye sobre los dispositivos restrictivos que generan mayor confusión: barandillas de las camas articuladas y elevables y el mobiliario ergonómico adaptado<sup>5</sup>.

Con respecto a las barandillas de las camas, éstas son consideradas como sujeción mecánica cuando se utilizan para impedir que el paciente salga de la cama, ya que no podrían ser retiradas con facilidad por él mismo dada una situación de emergencia. Esto, sin embargo, establece la distinción y exclusión de las mismas como restricción mecánica cuando se utilizan tras petición voluntaria del paciente como ayuda para poderse dar vueltas en la cama, apoyo para levantarse o como medida de seguridad, siempre y cuando se deje como salida libre un lado de la cama y se entrene al paciente para poder abandonar la misma. A pesar de ello, mencionan la existencia de otros dispositivos más adecuados en el mercado para servir de apoyo o ayudar a moverse: los arcos o camas adaptables en altura<sup>5</sup>.

Resulta importante insistir en la peligrosidad que las barandillas suponen para algunos pacientes con déficits cognitivos cualquiera que sea su estadio, pudiendo llegar a lesionarse con ellas si las perciben como elementos extraños y restrictivos, y tras cuadros de agitación pudieran llegar a saltar por encima de ellas. Estos dispositivos recogen una accidentalidad muy alta debido al atrapamiento de partes del cuerpo (cuello, tórax o abdomen) en los huecos existentes en sus extremos como el cabecero o pedestal de la cama<sup>5</sup>.

Diversos estudios publicados en los últimos años se refieren a las barras bilaterales como el dispositivo más utilizado en residencias de Alemania, Suiza, Estados Unidos o España. Estos datos de prevalencia quizás sean justificables debido a que muchos profesionales no las llegan a considerar como dispositivo restrictivo o quienes sí las consideran como método restrictivo, crean que llegan a limitar poco la movilidad o las perciben como una intervención rutinaria llegando a aplicarlas sin ningún inconveniente<sup>10</sup>.

Por otra parte, el mobiliario ergonómico adaptado considerado como restricción mecánica engloba a todos aquellos dispositivos que limitan o restringen los movimientos de los pacientes, impidiéndoles salir o liberarse de ellos ante una situación de peligro. Son determinados muebles en forma de sillas, sillones geriátricos, mesas, etc., que cuentan con bandejas u otros dispositivos para facilitar otras actividades. Se incluyen aquellos utilizados para mantener la postura corporal o aquellos solicitados por el propio usuario<sup>5</sup>.



Fotografía 1 (Fuente: MedicalExpo)



Fotografía 2 (Fuente: MedicalExpo)

Se exceptuarían aquellos casos en los que la persona fuese entrenada para poder liberarse con facilidad de los mismos o aquellos utilizados en terapias grupales dirigidas por suficientes profesionales de manera que, ante una emergencia, pudieran retirar los dispositivos y hacer posible la evacuación de los pacientes<sup>5</sup>.

Por último, se incluye también como dispositivos de restricción todo aquel mobiliario no adaptado utilizado para impedir o bloquear la libertad de movimientos del paciente mediante su posición o inclinación específicas. Suponen una mala praxis profesional y pretenden engañar a la sociedad porque en realidad no llegan a utilizar específicamente ningún dispositivo de sujeción. Sirven como ejemplo: la reclinación de sillas de ruedas y sillones, la utilización combinada de sillones y mesas que les atrapan permaneciendo en su interior, la colocación del sillón frente a un obstáculo como una columna o pared, o la utilización de somieres o colchones cóncavos que impide levantarse a personas con bajo nivel cognitivo, etc<sup>5</sup>.

## **5.2. Marco Ético-Legal**

En el informe elaborado por el Comité de Bioética en 2016, “Consideraciones éticas y jurídicas sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario”<sup>6</sup> podemos encontrar los diversos aspectos y conflictos éticos en relación con las restricciones físicas.

En el caso de las personas mayores insitucionalizadas, estos conflictos éticos adquieren especial importancia, ya que se encuentran en situación de dependencia y experimentan una mayor vulnerabilidad y fragilidad<sup>6</sup>.

A través de la práctica de las restricciones físicas se pueden llegar a vulnerar algunos principios, valores y derechos fundamentales del ser humano. Como resultado de su vulneración, podríamos llegar a hablar de maltrato y abuso<sup>6</sup>.

En dicho informe se apela por una humanización en el trato y los cuidados, de manera que se tengan en cuenta las emociones y se mantenga presente la compasión. Donde la empatía y escucha activa sean las protagonistas y donde el respeto hacia los principios éticos tenga cabida<sup>6</sup>.

Al mismo tiempo, el Comité de Bioética considera que la sensibilización en España en este tema llega con cierto retraso y, aunque existen asociaciones o grupos sociales que trabajan en diversas iniciativas para reducir su prevalencia, se hace necesario desarrollar acciones o programas de sensibilización, orientación y formación en la sociedad para lograr el menor uso posible y, ante situaciones excepcionales, poder recurrir a ellas de manera adecuada<sup>6</sup>.

Acorde con el marco legislativo, tal y como se ha mencionado con anterioridad, resulta difícil encontrar legislación específica actual sobre el uso de las restricciones físicas<sup>5</sup>.

Existen normas legislativas que hacen referencia a los derechos, principios y valores que podrían verse comprometidos por su uso<sup>5</sup>. Así, en la Constitución Española, en algunas Resoluciones y Convenciones de las Naciones Unidas y en Declaraciones de la UNESCO, se defiende el derecho a la vida, a la libertad, a la dignidad y a la autonomía<sup>10</sup>.

En la legislación española se hallan presentes algunas normas legislativas con referencias genéricas a las restricciones físicas y a la forma de actuación de los profesionales sanitarios que prestan la asistencia<sup>5</sup>. Estas son: el Código Civil, el Código Penal, ley 1/2000 de 7

de enero, ley de Enjuiciamiento Civil, ley 39/2006 de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, ley 14/1986, de 25 de abril, Ley General de Sanidad, el Convenio de Oviedo de 1997, la ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica y la ley 44/2003, de 21 de noviembre, Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias<sup>5,10</sup>.

Es en las leyes autonómicas donde encontramos legislación más específica sobre legalidad en el uso de las restricciones físicas en residencias de personas mayores. Ya que al estar consideradas éstas como servicios sociales sus competencias están transferidas a las Comunidades Autónomas<sup>10</sup>.

Fue Cataluña la primera comunidad en hacer referencia a este tema mediante un Decreto en el año 2000 y, posteriormente con la Ley 12/2007, de 11 de octubre, Ley de Servicios Sociales de Cataluña. Leyes similares a ésta se elaboraron más tarde en otras Comunidades como País Vasco, La Rioja, Aragón, Islas Baleares, Cantabria y Comunidad de Madrid<sup>10</sup>.

Dichas leyes continúan con una tendencia bastante genérica exceptuando la de la Comunidad Foral de Navarra: Decreto Foral 221/2011, que regula específicamente el uso de las sujeciones físicas y farmacológicas en el ámbito de los Servicios Sociales Residenciales. Este Decreto establece que la aplicación de una sujeción física precisa de una prescripción facultativa, del consentimiento informado del paciente o su representante legal, y que ha de ser abordada de manera interdisciplinar y tras haber probado medidas alternativas. Obliga, además, a desarrollar y documentar un “Plan de Atención Individualizado” que reúna: la pauta de control de la persona y de la sujeción, sus características, el objetivo perseguido y el tiempo estimado para lograrlo así como efectos negativos que se puedan prever y evitar<sup>10</sup>.

Posteriormente, en la Orden Foral 186/2014 se aprueba el “Protocolo para el uso de sujeciones en los Centros Residenciales de tercera edad y discapacidad” que incluye los documentos que deben contener las historias clínicas de los pacientes con restricciones<sup>10</sup>.

En la legislación vigente y, de acuerdo con la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, los protocolos existentes sobre las restricciones físicas han de estar basados en la evidencia científica y adaptarse al medio disponible. Además, deberían recoger: los requisitos científicos actuales, las obligaciones establecidas según las leyes españolas, las medidas utilizadas con anterioridad y su resultado, las razones de uso, el tipo de dispositivos que se pueden utilizar, identificación de la persona que prescribe, duración pautada, cuidados necesarios, regulación de la vigilancia, consentimiento informado y especificar de qué modo se procederá a documentar todo el procedimiento<sup>10</sup>.

Al objeto de unificar los criterios de todos los protocolos y limitar el uso de las restricciones físicas al mínimo posible, el Ministerio de Sanidad, de Servicios Sociales e Igualdad y el Instituto de Mayores y Servicios Sociales publican en 2014 un Protocolo de Contenciones<sup>6</sup>.

En cuanto a protocolos y requisitos exigibles en los Centros sobre la aplicación de restricciones físicas, existe un estudio observacional, realizado en nueve residencias públicas españolas en el cual se puso de manifiesto que la mayoría de expedientes revisados en pacientes con restricción física carecían de consentimiento informado (82,5%) y de prescripción facultativa (68,3%). Sólo un 3,6% de la muestra de estudio presentaba correctamente elaborado el



consentimiento informado. El porcentaje de muestra que presentaba la prescripción facultativa bien elaborada fue del 19,7%. El resto de residentes que no tenían dichos documentos bien cumplimentados fue por no indicar el motivo y dispositivo a utilizar o por no constar la firma del residente<sup>14</sup>.

Se infiere con dichos resultados un no respeto del marco legal por parte de estos Centros al incumplir con los requisitos de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. En la presente ley se recoge que toda actuación sanitaria requiere de un consentimiento informado y que éste será por escrito cuando se apliquen procedimientos que supongan un riesgo o repercutan negativamente a la salud del paciente, como puede ser el caso de las sujeciones<sup>14</sup>.

Finalmente, en el ámbito internacional se encuentran desigualdades legislativas: mientras en países como Reino Unido, Alemania o Estados Unidos existe una prohibición o un control más estricto de las restricciones físicas, en otros países las normas son muy inespecíficas<sup>10</sup>.

### **5.3. Principales motivos de uso**

La evidencia científica sobre restricciones físicas permite identificar los supuestos más utilizados como motivos o indicaciones de uso de las mismas en Residencias de mayores.

Recurrir a las restricciones físicas como medida de seguridad para evitar o prevenir caídas de residentes es uno de los motivos más repetidos<sup>1,5,6,10,11,15-20</sup>. Sin embargo, como se explica más adelante, existe evidencia científica que contradice que las restricciones físicas disminuyan las caídas.

Otra indicación pretende evitar que el paciente pueda interferir con los dispositivos terapéuticos instaurados necesarios para su supervivencia o para el mantenimiento de sus cuidados, como el arrancamiento de sondajes, vías venosas o tubos de ventilación, el desprendimiento de una cura en lesiones cutáneas...<sup>1,5,6,10,11,15,17,19,21</sup>

Tratar de controlar el comportamiento de pacientes mediante el uso de restricciones físicas es otra indicación muy reiterada. Se aplican así ante episodios de agitación, estados confusionales, agresividad, intentos de suicidio u otras alteraciones conductuales que puedan causar daño al propio paciente o al resto de personas. Se incluyen en este grupo también el uso de restricciones para controlar la deambulación errática de la persona mayor<sup>1,5,6,10,11,15,17,18,20,21</sup>.

Existen por el contrario, estudios que señalan a las sujeciones físicas como desencadenantes para provocar más agitación y trastornos de conducta en los pacientes<sup>5</sup>.

Tratar de mantener una postura correcta del paciente mediante el uso de contenciones físicas es también una práctica de uso frecuente en Residencias<sup>1,5,10,11</sup>. Desde la SEGG recuerdan sin embargo, que para lograr el control postural existen otras opciones menos traumáticas y más dignificantes que las sujeciones, como por ejemplo los productos de apoyo, sistemas de posicionamiento como cojines o cuñas y dispositivos ortoprotésicos<sup>5</sup>.

Otra indicación de uso es vencer resistencias a indicaciones terapéuticas según criterios clínicos. De esta manera, mediante su uso pueden, por ejemplo, garantizar la inmovilización o

reposo prescrito ante un proceso traumatológico (v.gr: una fractura) o posibilitar tratamientos ante intoxicaciones o estados confusionales agudos<sup>1,5,6,18-20,21</sup>.

Existen también motivos relacionados con la propia Residencia. El más repetido consiste en la escasez de personal<sup>8,10,11,17</sup>. Y otros como la falta de formación del personal<sup>11</sup>, la necesidad de cumplir con horarios y rutinas<sup>11,17</sup>, la falta de un diseño del centro que cumpla con los criterios de espacios libres de sujeciones<sup>11</sup> o para aumentar la comodidad y tranquilidad del personal<sup>10</sup>.

Los familiares también pueden influir en la decisión de aplicar dispositivos restrictivos. Por ello la solicitud de los mismos es otra indicación aparecida en la evidencia científica. Suelen realizarlo para anteponer la seguridad de su familiar<sup>1,11</sup>.

Finalmente, se encuentran otros motivos, como la propia petición del residente, evitar la fuga del paciente o evitar daños materiales del entorno<sup>19</sup>.

Además de las revisiones bibliográficas basadas en la evidencia científica, también son frecuentes estudios observacionales que permiten conocer la opinión del personal sanitario sobre las indicaciones más frecuentes. Así, tres estudios realizados entre el personal sanitario de Residencias y estudiantes de enfermería, destacan como indicaciones más repetidas: evitar la manipulación de dispositivos terapéuticos<sup>18,20,22</sup>, evitar la manipulación de las propias heridas<sup>18,22</sup>, proteger al residente y al resto de personas de agresiones<sup>22</sup>, evitar caídas<sup>18</sup> y prevenir el vagabundeo<sup>20</sup>. Son motivos ya mencionados con anterioridad y, por tanto, estos son coincidentes con los recogidos en las revisiones bibliográficas sobre evidencia científica.

La SEGG se pronuncia al respecto en su Documento de Consenso sobre Sujeciones Mecánicas y Farmacológicas<sup>5</sup> estableciendo cuáles son las situaciones en las cuales tendría lugar un uso inapropiado de las sujeciones físicas (Tabla 1).

Tabla 1. Uso inapropiado de las sujeciones según la SEGG.

Uso inapropiado de las sujeciones según la SEGG
Existencia de otras medidas alternativas previas
Imposibilidad de prestar supervisión continuada y cuidados complementarios
Material o dispositivos inadecuados, no homologados y que puedan poner en riesgo la seguridad de la persona a la que se aplican.
Evitar el erratismo o vagabundeo.
Mejorar el control ambiental.
Presión de los profesionales, familiares o de los propios usuarios
Conveniencia, comodidad o dejadez de los profesionales o personal cuidador
Escasez de personal cuidador para supervisar y controlar.
Falta de formación e información sobre el uso de sujeciones (beneficios/riesgos) en los profesionales, así como la falta de información a pacientes y familiares.
Asistencia defensiva frente a las reclamaciones o demandas judiciales.
No haber efectuado una Valoración Geriátrica Integral que permita detectar el origen de los trastornos de conducta y corregirlos con otra metodología más adecuada, más digna y menos cruenta.

Fuente: elaboración propia.

Concluye la SEGG diciendo cómo puede llamar la atención el hecho de que algunos de estos supuestos sean considerados indicaciones en la práctica diaria por algunos profesionales<sup>5</sup>.

Y termina la SEGG recalcando cuáles son los requisitos que se han de cumplir en la indicación de las restricciones físicas, (a pesar de la tendencia generalizada en tratar de evitar su uso): que resulte un caso excepcional y de una situación extrema en las que no existan intervenciones alternativas posibles, o bien, hayan fracasado todas las ya implementadas. Que su uso sea temporal, racional y proporcional y que deberá existir un protocolo que rija las actuaciones de los profesionales en cuanto a prescripción, aplicación, tipo de sujeción y duración de la misma, existencia de cuidados complementarios, etc<sup>5</sup>.

#### 5.4. Las restricciones físicas y las caídas

Tras revisar la evidencia científica sobre las restricciones físicas y las caídas en personas mayores institucionalizadas resulta necesario sintetizar los resultados sobre las mismas.

Como se ha mencionado anteriormente uno de los motivos principales por los que se recurre al uso de las restricciones físicas es evitar caídas en las personas mayores<sup>10</sup>.

La realidad es que frente a la creencia de los profesionales sobre el uso de las restricciones físicas como medida de seguridad para evitar y prevenir caídas, no existe suficiente evidencia científica que demuestre la veracidad de este hecho<sup>10</sup>.

Elizabeth Capezuti, una de las personas que más ha trabajado la repercusión de las caídas y las restricciones físicas, determinó ya en el año 1996 que no existe ninguna evidencia científica que avale eficacia alguna en el uso de estas para prevención de las caídas<sup>9</sup>.

En nuestro país, un estudio en el que tras la reducción del uso de restricciones físicas y farmacológicas analizan la prevalencia de caídas concluye que dicha reducción no conlleva un aumento del número de caídas. Existe, además, una positiva mejoría de sus consecuencias<sup>23</sup>. Otro estudio realizado en 41 residencias de ancianos, tras la reducción de restricciones físicas se observa una disminución del uso de fármacos psicotrópicos y no se observa incremento del número de lesiones graves por caídas<sup>24</sup>.

Un problema que se plantea en las residencias es la creencia de que eliminar las sujeciones hace necesaria la contratación de más personal. En cambio, desde el programa “Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer” se desmonta esta creencia argumentando cómo los más de 50 centros en España libres de sujeciones ya han demostrado que se pueden eliminar las restricciones físicas sin haber incrementado sus plantillas de personal<sup>25</sup>.

La realidad es que en la actualidad se establecen dos paradigmas diferentes del cuidado: trabajar con y sin sujeciones. En ambos casos las cargas de trabajo son semejantes; sin embargo, el trabajo realizado es distinto<sup>26</sup>.

Así, un trabajo de aplicación del Programa Desatar en un centro gerontológico da a conocer ejemplos de medidas no restrictivas que se pueden llevar a cabo para evitar caídas sin tener que contratar a más personal. Proponen el registro de caídas y valoración individualizada de los riesgos que tiene el residente de caerse, para posteriormente colocar tarjetas rojas en aquellos residentes con mayor tendencia a caerse. De esta manera, todo el personal sabrá que deben ser vigilados con mayor atención. Otras medidas consisten en colocar sillas en los pasillos para que los residentes al deambular puedan descansar o acostar en primer lugar a los residentes con mayor riesgo y levantarles los últimos (para evitar caídas en esos momentos en los que la vigilancia inevitablemente disminuye al estar el personal con otros residentes)<sup>27</sup>.

Por último, resulta interesante la relación de las restricciones físicas y las caídas con las restricciones químicas. Diversos estudios publicados han demostrado que los residentes sometidos a restricciones físicas se suelen agitar con mayor frecuencia, lo que aumenta el riesgo de utilización de fármacos psicotrópicos tranquilizantes para evitar que se muevan y puedan caerse. Además, se ha demostrado cómo son los propios fármacos psicotrópicos los que suponen un riesgo para ellos pudiendo llegar a provocarles caídas graves<sup>26</sup>. Por tanto, y basándose en la evidencia científica, se recomienda la revisión médica de los tratamientos farmacológicos y de otros problemas de salud que pueden contribuir al riesgo de caídas<sup>25</sup>.

### **5.5. Consecuencias derivadas de su uso**

Con la utilización de medidas de contención se podrían llegar a vulnerar algunos derechos fundamentales del ser humano recogidos en la Constitución Española: derecho a la libertad física del individuo, derecho a la dignidad humana y el libre desarrollo de la personalidad y derecho a la integridad física y moral y a no sufrir tratos inhumanos o degradantes<sup>6</sup>.

Por tanto, se podrían considerar como una forma de maltrato físico y mental a las personas mayores con las que se ve reducida su libertad de movilidad y su autonomía y les afecta a su salud, provocándoles un deterioro que les convierte en personas más dependientes<sup>28,29</sup>.

En entornos como las residencias geriátricas, estos malos tratos son mucho más cuestionables que en cualquier otro ambiente. En primer lugar, esto es debido a la alta vulnerabilidad y fragilidad que experimentan los residentes, al verse sometidos a restricciones físicas por las personas a las cuales les han confiado sus cuidados ante una situación de dependencia<sup>6</sup>.

Además, estas medidas restrictivas son más susceptibles de cronificarse debido a que los cuidados prestados en residencias son de mayor duración y, por consiguiente, son más susceptibles de mantenerse durante períodos de tiempo más largos<sup>6</sup>.

Por añadidura, la aplicación de medidas restrictivas en centros residenciales supone una invasión del propio hogar de las personas mayores y puede llegar a considerarse como una anulación de sus actividades rutinarias y de su derecho a desarrollar sus expectativas vitales según su proyecto de vida<sup>6</sup>.

El uso de las restricciones físicas puede llegar a comprometer gravemente la salud de las personas mayores. Existe abundante evidencia científica que reúne cuáles son las consecuencias negativas relacionadas con su uso<sup>1,5,10,19,27,30,31</sup>. Tras una puesta en común de los resultados, surge la siguiente tabla (Tabla 2).

*Tabla 2. Consecuencias del uso de restricciones físicas en personas mayores.*

Físicas		Psicológicas
- Asfixia.	- Impactación fecal.	- Agitación.
- Aspiración.	- Incontinencias urinarias y fecales.	- Agresividad.
-Contracturas articulares.	- Infecciones.	- Aislamiento social e incomunicación.
- Descenso del tono y masa muscular, sarcopenia, atrofia muscular y debilidad.	- Isquemia.	- Apatía.
- Deshidratación	- Lesiones en la piel: úlceras por presión, hematomas, quemaduras...	- Aumento de la confusión.
- Deterioro de la estabilidad, equilibrio y de la deambulaci3n (mayor riesgo de caídas)	- Lesiones nerviosas.	- Deterioro de la imagen de sí mismo.
- Disminuci3n del apetito.	- Luxaciones y fracturas.	- Estrés psíquico.
- Estreñimiento.	- Pérdida de masa ósea.	- Pérdida de autoestima, autonomía y dignidad.
- Estrés físico.	- Problemas cardiovasculares (tromboflebitis, trombosis venosa profunda...)	- Reducci3n del rendimiento cognitivo.
- Hipotensi3n ortostática.	- Riesgo de muerte súbita.	- Sentimientos negativos (desesperanza, frustraci3n, humillaci3n, ira, miedo, negaci3n, pánico, rabia, vergüenza...)
	- Síndrome de inmovilidad.	- Trastornos psicoafectivos (ansiedad-depresi3n).

*Fuente: elaboraci3n propia.*

Además, existen estudios publicados sobre pacientes fallecidos debido a una mala colocación de los dispositivos de restricción. En todos estos casos, las medidas restrictivas utilizadas fueron los cinturones abdominales y barras laterales<sup>32,33</sup>.

En cuanto a los beneficios derivados del uso de restricciones físicas en personas mayores, no hay publicados documentos científicos que los atribuyan<sup>6,20</sup>.

### 5.6. Ventajas y desventajas derivadas del uso de restricciones físicas

Recurriendo a la evidencia científica<sup>6,10,19,20,26,27,30,32,33,34</sup> se han analizado los sentimientos y opiniones por parte de los pacientes, familias y profesionales para poder establecer una clasificación de las ventajas y desventajas que supone el uso de las restricciones físicas en todos ellos (Tabla 3).

*Tabla 3. Ventajas y desventajas derivadas del uso de restricciones físicas.*

	VENTAJAS	DESVENTAJAS
PACIENTES	No constan ventajas derivadas del uso de restricciones físicas en personas mayores según la evidencia científica <sup>6,20</sup> .	Todas las consecuencias negativas derivadas del uso de restricciones tanto físicas como psicológicas contempladas en la Tabla 2.
		Lesiones derivadas de un mal uso de las restricciones físicas <sup>32,33</sup> .
FAMILIA	Sentimiento de protección de sus familiares al solicitar la colocación de restricciones físicas <sup>10</sup> .	Percepción de que sus familiares están recibiendo un maltrato tanto físico como psicológico <sup>19</sup>
		Sentimientos de impotencia, malestar y frustración al tener que recurrir a ellas <sup>10</sup> .
PROFESIONALES	Percibir mayor seguridad y confort psicológico al saber que los pacientes están controlados y no pueden lesionarse a sí mismos, ni causar daños al resto del personal y del entorno <sup>10,19</sup> .	Tener que realizar valoraciones integrales frecuentes del estado de salud de los pacientes para controlar si existen lesiones, prevenir posibles accidentes relacionados con la manipulación del dispositivo, atender sus necesidades y reevaluar su estado para valorar si es necesario seguir aplicando las restricciones <sup>10,19</sup> .

	VENTAJAS	DESVENTAJAS
PROFESIONALES	Poder disminuir la vigilancia y acompañamiento, utilizando las restricciones físicas como un sustituto de la vigilancia <sup>19,27</sup> .	Aumento de la carga administrativa ya que ante la colocación de restricciones físicas aumentan la elaboración y actualización de documentos que posibilitan un correcto registro de las mismas <sup>10</sup> .
	Poder suplir la escasez de personal, especialmente los fines de semana o en horario nocturno <sup>10,30</sup> .	Desarrollo de sentimientos negativos: culpabilidad, crueldad, frustración, tristeza, miedo de abusar de los derechos de los pacientes, abuso de poder, angustia, preocupación e incomodidad <sup>19,34</sup> .
	Sentimiento de estar actuando correctamente al actuar según las rutinas, valores y creencias del resto de compañeros profesionales <sup>10</sup> .	Desarrollo de percepciones negativas y deterioro de la relación entre los residentes y los profesionales que les aplican las medidas restrictivas debido a un incremento de la desconfianza <sup>10</sup> .
	Sentimiento de protección ante posibles problemas legales por parte de los familiares si la seguridad del residente fuese puesta en riesgo <sup>10</sup> .	Conflictividad con las familias de los residentes <sup>26</sup> .
		Incremento de los costes asistenciales debido a la aparición de complicaciones que provocan problemas de salud en residentes <sup>10</sup> .
Empobrecimiento del trabajo de los profesionales al renunciar a adquirir experiencia en otras prácticas clínicas eficaces que podrían sustituir a las restricciones físicas <sup>26</sup> .		

*Fuente: elaboración propia.*

### **5.7. Soluciones alternativas existentes al uso de restricciones físicas en residencias de mayores**

Según la SEGG, las medidas de contención o de restricción física en los residentes supondrán una medida excepcional a las que recurrir de manera puntual y racional siempre y cuando se hayan probado todas las alternativas existentes y éstas hayan fracasado<sup>5</sup>.

Desde su Documento de Consenso sobre Sujeciones Mecánicas y Farmacológicas recomiendan realizar una valoración geriátrica integral interdisciplinar abarcando los ámbitos físicos, psíquico, funcional y social en residentes con deterioro cognitivo o demencia y en quienes sufran o puedan llegar a sufrir alteraciones psicológicas y conductuales. Se identificarán factores de riesgo predisponentes (problemas psíquicos, déficits sensoriales, demencia y

alteraciones de la marcha) y factores desencadenantes de conductas agresivas o de riesgo (infecciones, fiebre, dolor, disnea, prurito, retención urinaria, estreñimiento e impactación fecal) para poder prevenirlas y corregirlas<sup>5</sup>.

Una vez realizada esta valoración geriátrica integral personalizada se llevará a cabo un Plan de Atención Individualizado que aborde todas las áreas mediante la ejecución de diversos programas o actividades que supongan el menor impacto adverso para el paciente, con resultados aceptables y que apuesten por su bienestar psicosocial respetando su libertad y dignidad. Dichos programas o actividades deberán de ser compartidos y realizados por todos los integrantes del equipo multidisciplinar<sup>5</sup>.

Para la implantación de estos programas y actividades serán necesarios cambios organizativos en las residencias y en la cultura asistencial que, en un primer momento, resultarán desconocidos y no convencionales<sup>5</sup>.

Resultará imprescindible, asimismo, la formación y entrenamiento del personal que prestará los cuidados directos a los pacientes, lo cual contribuirá a disminuir la frecuencia de síntomas en pacientes con demencia permitiendo con ello una mayor implicación del personal, con una menor sobrecarga. La actitud y experiencia de los profesionales optimiza la aplicación de las restricciones. Y cuanto mayor sea el conocimiento y experiencia en estos dispositivos más efectivo será su uso<sup>35</sup>.

Existen organizaciones e iniciativas institucionales que desarrollan alternativas a las restricciones físicas para disminuir el uso éstas, instaurando sólo las imprescindibles<sup>6</sup>.

La evidencia científica nos revela cuáles son las intervenciones más utilizadas como medidas alternativas para evitar el uso de las restricciones físicas.

Así, una primera intervención frecuente es la modificación del entorno y mobiliario para mejorar la seguridad de los residentes. El entorno se adaptará según las necesidades del residente<sup>27</sup>. Se pueden ejecutar cambios estructurales y arquitectónicos como el diseño de espacios abiertos y acolchados en forma de circuitos para personas errantes, implantar alternativas domóticas (detectores de movimiento y caídas, cámaras de videovigilancia...), proporcionar estímulos diversos al vagabundeo (colocación de muñecos en salas para interactuar con ellos y conseguir la distracción del residente), utilizar protectores de cadera, coderas o cascos en personas con caídas de repetición (y disminuir así la gravedad de posibles lesiones), sustitución de escaleras por rampas, mobiliario con material amortiguador frente a los golpes...<sup>1,5,21,27,35</sup>

Las modificaciones ambientales también son frecuentes. Suponen establecer un ambiente tranquilo mediante la retirada de fuentes de excitación al paciente como ruidos, luz, corrientes de aire, presencia de determinadas personas (profesionales, familiares o pacientes), evitar interrupciones...<sup>1,5,12,19</sup> Incluyen también mejoras ambientales para que las residencias adopten un estilo más acorde a un hogar, reduciendo su aspecto institucional<sup>27</sup>.

La realización de actividades suponen una fuente enriquecedora de distracción y de desarrollo de capacidades: actividades de estimulación cognitiva y sensorial (escuchar música o radio, ver televisión, lectura, juegos, ofrecer objetos a los que puedan agarrarse...), actividades sociales y formativas, terapias de estimulación sensorial con salas Snoezelen...<sup>1,19,27,35</sup>. Las actividades psicosociales permiten desarrollar técnicas de comunicación y destreza ante



conductas de riesgo (agitación, vagabundeo, caídas, delirium...). Ofrecer compañía, tacto terapéutico, escucha activa, reorientación a la realidad, orientación temporo-espacial, periodos de tranquilidad o silencio<sup>1,12,35</sup>.

La contención verbal o psicológica es una medida alternativa útil cuando la pérdida del control de los residentes no es total. Utilizar la comunicación con el residente para negociar y establecer una alianza que permita realizar una exploración adecuada, negociar situaciones terapéuticas, disminuir la agresividad y mantener su autoestima. Para ello se recomienda usar gestos no amenazantes ni defensivos, evitar gestos bruscos, utilizar una postura abierta que invite al diálogo y a la privacidad, utilizar un contacto visual frecuente pero no continuo, un tono de voz suave con frases cortas y sencillas y evitar discutir, criticar o amenazar<sup>12,19</sup>.

Los profesionales sanitarios, dentro de sus capacidades, pueden desarrollar tareas alternativas al uso de restricciones físicas. Los fisioterapeutas trabajando la estimulación física mediante ejercicios de psicomotricidad, masajes, refuerzo del tono muscular, etc<sup>6,12,19,35</sup>. El personal de enfermería promoviendo el bienestar y el confort aplicando cuidados fisiológicos: alivio del dolor, control de la hidratación, estado nutricional e integridad de la piel, trabajando la autonomía para el autocuidado y el tratamiento de infecciones...<sup>1,35</sup>

Auxiliares de enfermería realizan otros muchos cuidados básicos fundamentales, también considerados alternativas: cambios frecuentes de pañal, acompañarlos al aseo, dar paseos, cambios posturales y transferencias o programar el descanso...<sup>1,6,12</sup>

El personal médico será quien se encargue de reevaluar la pauta farmacológica valorando posibles interacciones medicamentosas o los posibles efectos adversos<sup>5,12,35</sup>. Otras medidas alternativas plantean la posibilidad de realizar cambios en el tratamiento procurando eliminar vías y sondas<sup>1</sup> y realizar revisiones periódicas del estado de salud<sup>6,12</sup>.

## 6. CONCLUSIONES

De los resultados obtenidos en el presente trabajo y según lo evidenciado científicamente puedo concluir lo siguiente:

1º) Anteposición del beneficio de los profesionales e instituciones frente al de los propios pacientes.

De la elaboración de este trabajo se concluyen diferencias proporcionales en las ventajas que suponen el uso de restricciones físicas para pacientes, familiares y profesionales, encontrando en el colectivo de los profesionales un número mayor de beneficios obtenidos tras la aplicación de restricciones físicas en las personas mayores institucionalizadas.

Ello invita a pensar que, ante la disyuntiva de aplicarlas o no, se priorizan las ventajas o beneficios del uso de las mismas entre los profesionales o la propia institución, en lugar de prevalecer el beneficio para los propios pacientes.

2º) Necesidad de refuerzo formativo entre los profesionales en cuanto al uso y manejo de restricciones físicas.

Se percibe entre los profesionales sanitarios cierta falta de formación en el uso y manejo de las restricciones físicas<sup>5,11,18,22,25,36,37</sup>, lo cual no resulta baladí, ya que dicho desconocimiento puede ocasionar un abuso excesivo o incorrecto en el manejo de restricciones físicas en determinadas situaciones<sup>36</sup>, subestimando con ello el peligro en la aplicación de las mismas y comprometiendo de este modo la salud de los pacientes<sup>11</sup>.

Dicho desconocimiento se ha de combatir impulsando estrategias y programas formativos que mejoren esta situación persiguiendo con ello una reducción en el uso de las mismas.

3º) Se hace necesario seguir profundizando en el estudio e investigación en el uso y manejo de las restricciones físicas.

Son varias las limitaciones encontradas en la literatura científica sobre las restricciones físicas:

- Existe escasa información sobre datos de prevalencia en nuestro país.
- Los estudios que relatan accidentes ocurridos con el uso de restricciones físicas son limitados. Al no profundizar en su estudio resulta complicado conocer la realidad sobre lesiones en pacientes. A su vez, se dificulta el estudio en materia de prevención para mejorar la seguridad de los residentes.

Promover la investigación en este campo es imprescindible, puesto que permitirá luchar por los derechos de nuestros mayores y apostar por una sociedad que priorice su autonomía y libertad.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica (SEEGG). Hacia una cultura sin restricciones: las restricciones físicas en ancianos institucionalizados [Internet]. 2003. Documento Técnico Nº3. Disponible en: [https://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/7e040f14-0bea-421f-b327-440fe67f3617/CA6E38A4-7925-4A32-9D6A-4848F2A77E6F/fac228af-c8cb-4151-8729-763d16341d4a/restricciones\\_ancianos\\_institucionalizados.pdf](https://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/7e040f14-0bea-421f-b327-440fe67f3617/CA6E38A4-7925-4A32-9D6A-4848F2A77E6F/fac228af-c8cb-4151-8729-763d16341d4a/restricciones_ancianos_institucionalizados.pdf)
2. Sastre M, Campaña F. Contención mecánica: definición conceptual. Ene [Internet]. 2014 May [consultado 23 nov 2019]; 8 (1): 7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1988-348X2014000100007>
3. Fariña-López E, Estévez-Guerra GJ. Uso de la restricción física. Abordaje hasta la era moral. Rev ROL Enferm. 2011; 34(3): 174-181.
4. Fariña-López E, Estévez-Guerra GJ. La restricción física de los pacientes: siglos XIX y XX. Rev ROL Enferm. 2011; 34(3): 182-189.
5. Comité Interdisciplinar de Sujeciones. Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. Documento de Consenso sobre Sujeciones Mecánicas y Farmacológicas [Internet]. 2014. Disponible en: [https://www.segg.es/media/descargas/Documento\\_de\\_Consenso\\_sobre\\_Sujeciones.pdf](https://www.segg.es/media/descargas/Documento_de_Consenso_sobre_Sujeciones.pdf)
6. Comité de Bioética de España. Consideraciones éticas y jurídicas sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario [Internet]. Madrid; 2016. Disponible en: [www.aeds.org/img/aeds/files/documents\\_information/informe-contenciones-cbepdf.pdf](http://www.aeds.org/img/aeds/files/documents_information/informe-contenciones-cbepdf.pdf)
7. Ljunggren G, Phillips CD, Sgadari A. Comparisons of restraint use in nursing homes in eight countries. Age Ageing [Internet]. 1997 Sep [consultado 26 Ene 2020]; 26-S2: 43-47. Disponible en: [https://doi.org/10.1093/ageing/26.suppl\\_2.43](https://doi.org/10.1093/ageing/26.suppl_2.43)
8. Urrutia AM, Erdoiza I, Ávila H, Idiaquez M. Avanzando hacia una cultura del cuidado “no sujeciones”. Servicios Sociales y Política Social [Internet]. 2012 [consultado 26 Ene 2020]; (98): 67-76. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4011201>
9. Portal de la Administración del Gobierno Vasco [Internet]. País Vasco: equipo de trabajo de Matia Fundazioa; 2011 [última actualización 15 Ene 2016; consultado 23 Dic 2019]. Departamento de Empleo y Políticas Sociales: estudios y estadísticas. Hacia Centros libres de restricciones: identificación de factores necesarios para que los nuevos centros de atención a personas mayores dependientes desde el inicio sean centros libres de restricciones. Disponible en: [https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/estadisticas\\_ss/es\\_estadist/adjuntos/proyecto\\_sujeciones\\_memoria\\_final.pdf](https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/estadisticas_ss/es_estadist/adjuntos/proyecto_sujeciones_memoria_final.pdf)

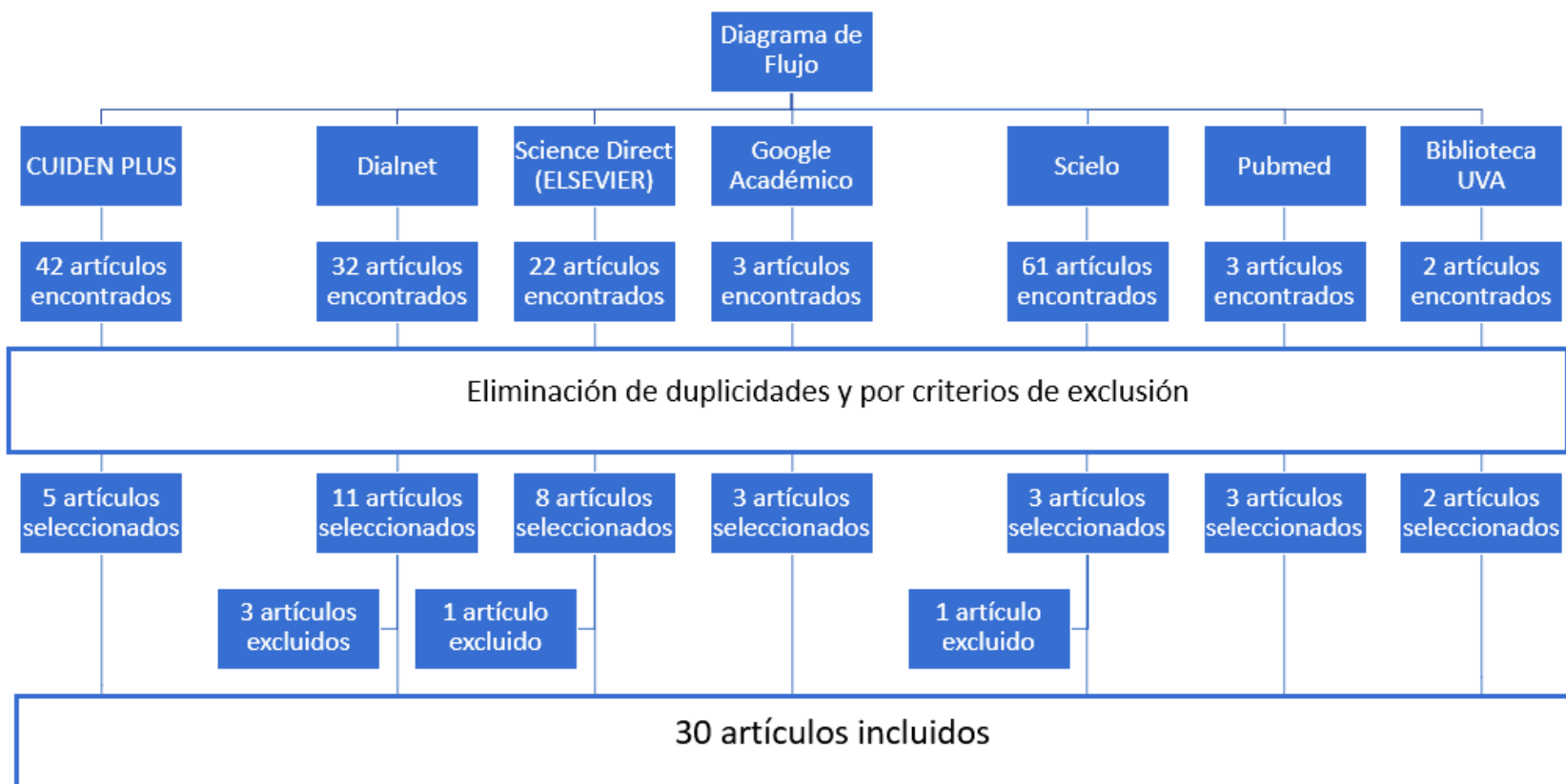
10. Estévez-Guerra GJ. Restricción física: cultura de seguridad en centros de personas mayores [tesis doctoral de Internet]. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela; 2017. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10347/15452>
11. Arrate A, Aristín M<sup>ª</sup>C, Fernandez E, García B. Estudio sobre la utilización de la contención mecánica en una población geriátrica. Nuber Cientif [Internet]. 2014 Sep [consultado 23 Dic 2019]; 2(13): 17-24. Disponible en: [http://www.enfermeriacantabria.com/web\\_enfermeriacantabria/docs/Revista\\_Nuberos\\_Cien\\_5.pdf](http://www.enfermeriacantabria.com/web_enfermeriacantabria/docs/Revista_Nuberos_Cien_5.pdf)
12. Centro de Documentación de Servicios Sociales de la Generalitat de Catalunya [Internet]. Cataluña: Equipo de trabajo del Servicio de Inspección y Registro (Dirección de Servicios. Departamento de Bienestar Social y Familia); 2011 [consultado 23 Dic 2019]. Uso racional de las contenciones físicas. Disponible en: [https://dixit.gencat.cat/web/.content/home/04recursos/02publicacions/02publicacions\\_de\\_bsf/02\\_gent\\_gran/us\\_racional\\_de\\_les\\_contencions\\_fisiques/uso\\_racional\\_contenciones\\_fisicas.pdf](https://dixit.gencat.cat/web/.content/home/04recursos/02publicacions/02publicacions_de_bsf/02_gent_gran/us_racional_de_les_contencions_fisiques/uso_racional_contenciones_fisicas.pdf)
13. Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA). Resumen ejecutivo del programa Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer [Internet]. España; 2013. [Consultado 4 Feb 2020]. Disponible en: [http://ceoma.org/wp-content/uploads/2014/06/06-PDF1-resumen\\_del\\_programa\\_desatar.pdf](http://ceoma.org/wp-content/uploads/2014/06/06-PDF1-resumen_del_programa_desatar.pdf)
14. Estévez-Guerra GJ, Fariña-López E, Penelo E. Prescripción facultativa y consentimiento informado ante el uso de restricciones físicas en centros geriátricos de las Islas Canarias. Gac Sanit [Internet]. 2018 Ene-Feb [consultado 23 Nov 2019]; 32(1): 77-80. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.09.010>
15. Ferreira R, Delvalle R, da Silva LM, Kassiadou A, da Silva C, Brasil TC et al. Mechanical containment in long-stay institutions for the elderly. J Nurs UFPE online [Internet]. 2018 Dic [consultado 11 Dic 2019]; 12(12):3394-3400. Disponible en: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a234527p3394-3400-2018>
16. Rodríguez J. Contenciones mecánicas en geriatría: propuestas técnicas y recomendaciones de uso en el ámbito social. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2013 Jul-Ago [consultado 25 nov 2019]; 48(4): 185-189. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2013.03.008>
17. Backes C, Beuter M, Venturini L, Rieth ER, Lais J, de Oliveira NM et al. La práctica de la contención en ancianos: revisión integradora. Acta Paul Enferm [Internet]. 2019 [consultado 23 Nov 2019]; 32(5): 578-583. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900080>
18. Lorenzo O. Percepciones sobre el uso de restricción física en los profesionales de la salud [trabajo fin de máster de Internet]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2016. Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/78487>
19. Fernández Á, Zabala J. Restricción física: revisión y reflexión ética. Gerokomos [Internet]. 2014 [consultado 25 Nov 2019]; 25(2): 63-67. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200003>

20. Gázquez JJ, Pérez-Fuentes MC, Molero MM, Barragán AB, Martos A, Cardila F. Cuidados, aspectos psicológicos y actividad física en relación con la salud del mayor (Volumen I). In: Ferre J, Estrada MS, Espinoza PC. Valoración del conocimiento enfermero en la contención mecánica en Geriatria. España: Asociación Universitaria de Educacion y Psicología (ASUNIVEP); 2015. P. 93-102. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5695802>
21. Fundación cuidados dignos. Cómo se eliminan las sujeciones. Guía para la eliminación de sujeciones físicas y químicas en centros de atención sociosanitaria y domicilios. 2012. Disponible en: <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/eliminarsujecionescuidadosdignos.pdf>
22. Aristín MC, Fernández S, Lavín L, Lebrero I, Martín V. “La Sujeción no es un Cuidado”. Impacto de la formación sobre los profesionales de enfermería. Nuber Cientif [Internet]. 2017 [consultado 11 Dic 2019]; 3(20):12-16. Disponible en: <http://www.index-f.com/nuberos/2016/2012r.php>
23. Curto D, Prieto I, García C, Alcalá P, Aullo E, Bercial S et al. Relación entre caidas y consecuencias en ancianos institucionalizados antes y después de una intervención de reducción de restricciones físicas y farmacológicas. Comunicaciones póster / Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2018 [consultado 11 Dic 2019]; 53(S1):62–164. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.153>
24. Muñoz R, Gómez A, Curto D, Hernández R, Marco B, García P et al. Reducing Physical Restraints in Nursing Homes: A Report From Maria Wolff and Sanitas. JAMDA 17 [Internet]. 2016 [consultado 30 Nov 2019]; 633-639. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2016.03.011>
25. Burgueño AA. Falacias sobre sujeciones (contenciones) físicas. Dilemata [Internet]. 2015 [consultado 23 Dic 2019]; (19): 135-147. Disponible en: <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/404/403>
26. Burgueño AA. Tolerancia cero a las sujeciones en ancianos. Difícil pero no imposible. Informaciones psiquiátricas [Internet]. 2013 [consultado 30 Nov 2019]; 212(2): 153-168. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5083613>
27. Camino T. Centros Libres de Sujeciones y desarrollo del “Programa Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer” en un centro gerontológico. [trabajo fin de máster de Internet]. La Rioja: Universidad Internacional de la Rioja; 2016. Disponible en: <https://reunir.unir.net/handle/123456789/6556>
28. Alonso T. El maltrato en la vejez. Nuber Cientif [Internet] 2015 Ene [consultado 30 Nov 2019]; 2(14): 72-78. Disponible en: [http://www.enfermeriacantabria.com/web\\_enfermeriacantabria/docs/Revista\\_Nuberos\\_Cien\\_7.pdf](http://www.enfermeriacantabria.com/web_enfermeriacantabria/docs/Revista_Nuberos_Cien_7.pdf)
29. Rueda JD, Martín FJ. El maltrato a personas mayores. Instrumentos para la detección del maltrato institucional. Alternativas [Internet]. 2011 [consultado 4 Feb 2020]; 18:7-33. Disponible en: <https://doi.org/10.14198/ALTERN2011.18.01>

30. Fariña-López E. Problemas de seguridad relacionados con la aplicación de dispositivos de restricción física en personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2011 [consultado 23 Nov 2019]; 46(1): 36-42. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2010.09.005>
31. Martínez MC. Terapia ocupacional en eliminación de sujeciones físicas en mayores. *TOG* [Internet]. 2016 [consultado 26 Nov 2019]; 13(23): 1-16. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5536332>
32. Quintero-Urbe LC, Blanco-Arriola L, Zarrabeitia MT. Muertes provocadas por cinturones de contención en ancianos encamados. *Rev Esp Med Legal* [Internet]. 2012 [consultado 4 Feb 2020]; 38(1): 28-31. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.reml.2011.11.002>
33. Fariña-López E, Camacho AJ, Estévez-Guerra GJ, Bros i Serra M. Accidentes asociados al uso de restricciones físicas en ancianos con trastornos cognitivos: estudio de tres casos. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2009 [consultado 4 Feb 2020]; 44(5): 262-265. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2009.03.010>
34. Möhler R, Meyer G. Attitudes of nurses towards the use of physical restraints in geriatric care: a systematic review of qualitative and quantitative studies. *International Journal of Nursins Studies* [Internet]. 2014 [consultado 23 Nov 2019]; 51: 274-288. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.10.004>
35. Wazen MJ. Aspectos del uso de restricciones físicas en ancianos institucionalizados. *Ética de los Cuidados* [Internet]. 2012 jul-dic [consultado 11 Dic 2019]; 5(10). Disponible en: <http://www.index-f.com//eticuidado/n10/et7943.php>
36. Tortosa MA, Granell R, Fuenmayor A, Martínez M. Efectos de un programa de eliminación de sujeciones físicas sobre personas mayores con demencia en residencias. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet] 2016 [consultado 30 Nov 2019];51(1): 5-10. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2015.06.006>
37. Fariña-López E, Estévez-Guerra GJ, Núñez E, Pérez DG, Gandoy M. Actitudes, conocimientos y práctica de los profesionales de enfermería en el uso de restricciones físicas con personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2013 [consultado 23 Nov 2019];48(5): 209-215. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2013.01.005>

## 8. ANEXOS

Anexo I: Diagrama de flujo. Fuente: elaboración propia.



Anexo II: Tabla de revisión bibliográfica. Fuente: elaboración propia.

BASE DE DATOS	Nº DE CITA	AÑO	TÍTULO	CONCLUSIONES
Búsqueda libre de Google	1	2003	<b>Hacia una cultura sin restricciones: las restricciones físicas en ancianos institucionalizados.</b>	Documento Técnico de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica creado con el objetivo conseguir un cambio en la cultura y práctica profesional. Incluye definición y tipos de restricción física, motivos de uso, consecuencias negativas, marco legal, uso racional de las restricciones, alternativas de uso, recomendaciones a instituciones y profesionales ante una práctica indiscriminada de restricciones.
Scielo	2	2014	<b>Contención mecánica: definición conceptual.</b>	Artículo. Realiza un análisis crítico sobre el concepto “contención mecánica” siguiendo la técnica Wilson, la cual está formada por varios pasos a seguir para finalmente conseguir resultados en el lenguaje. En el paso 8 se trata el contexto social de la contención mecánica.
Biblioteca UVA	3	2011	<b>Uso de la restricción física. Abordaje hasta la era moral.</b>	Artículo. Aporta información histórico-científica sobre la restricción física. Comienza en la época Antigua y finaliza en el siglo XVIII.
Biblioteca UVA	4	2011	<b>La restricción física de los pacientes: siglos XIX y XX.</b>	Artículo. Aporta información histórico-científica sobre la sociedad en relación a la restricción física durante los siglos XIX y XX. Ofrece una visión sobre los profesionales e instituciones de la época.
Búsqueda libre de Google	5	2014	<b>Documento de Consenso sobre Sujeciones Mecánicas y Farmacológicas.</b>	Documento de Consenso sobre las sujeciones realizado por el Comité Interdisciplinar de Sujeciones de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. Incluye marco conceptual, tipos de sujeciones, antecedentes y realidad actual, marco normativo y legislativo, prevención de las sujeciones, prescripción y consentimiento



				informado, comunicación y autorización judicial de las sujeciones, programas de prevención y eliminación de sujeciones, requisitos básicos de un protocolo de sujeciones y movimientos antisujeciones.
Búsqueda libre de Google	6	2016	<b>Consideraciones éticas y jurídicas sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario.</b>	Informe redactado por el Comité de Bioética de España que reúne las recomendaciones éticas para orientar a la sociedad a un uso adecuado de contenciones mecánicas y farmacológicas en ámbito social y sanitario. Trata sobre: datos de prevalencia nacional e internacional, legislación, indicaciones, alternativas, consecuencias y problemas de seguridad, consideraciones éticas y recomendaciones finales.
Pubmed	7	1997	<b>Comparisons of restraint use in nursing homes in eight countries.</b>	Artículo. Estudia la prevalencia internacional comparando el uso de restricciones físicas de ancianos institucionalizados de 8 países diferentes. España se sitúa en el primer puesto con una prevalencia cercana al 40%.
Dialnet	8	2012	<b>Avanzando hacia una cultura del cuidado "no sujeciones".</b>	Artículo. Revisión bibliográfica de la Fundación Cuidados Dignos en la que se habla de prevalencia, consecuencias, sensibilidad respecto al tema, legislación, factores culturales, propuesta sobre el cambio del modelo del cuidado. Proponen el "Modelo Vida y Perswona" y la "Norma Libera-Ger".
Búsqueda libre de Google	9	2011	<b>Hacia Centros libres de restricciones: identificación de factores necesarios para que los nuevos centros de atención a personas mayores dependientes desde el inicio sean centros libres de restricciones.</b>	Memoria de un Proyecto de investigación realizado entre el Gobierno Vasco y la Fundación Ingema. Sobre las restricciones físicas trata: consecuencias de su uso, beneficios de su eliminación, definición, tipos, prevalencia internacional y nacional, relación con deterioro funcional y cognitivo, sujeciones-caídas, alternativas de uso y restricción química.  Incluye un estudio que pretende analizar aspectos relacionados con el uso de restricciones y conseguir minimizar las mismas en un centro a través de formación. Por último, definen aquellas acciones que el

				centro ha de realizar para pasar a ser un centro libre de restricciones. Añaden casos prácticos que muestran su cambio tras establecer alternativas a las restricciones.
Dialnet	<b>10</b>	2017	<b>Restricción física: cultura de seguridad en centros de personas mayores.</b>	<p>Tesis doctoral en la que se realiza un estudio multicéntrico observacional y correlacional transversal. Participan 9 centros y se analiza a 925 residentes. Se analiza la presencia de restricciones físicas y otras variables (presencia de deterioro cognitivo, existencia de prescripción facultativa y consentimiento informado...).</p> <p>Introduce el trabajo con una Revisión bibliográfica sobre:</p> <p>Restricción física: definición, tipos, razones de uso, factores que favorecen el uso, consecuencias, prevalencia, aspectos legales, estrategias para reducir las restricciones.</p>
Cuiden Plus	<b>11</b>	2014	<b>Estudio sobre la utilización de la contención mecánica en una población geriátrica.</b>	Artículo. Propone un estudio observacional transversal prospectivo que permite conocer el uso de la contención mecánica en una población geriátrica de 185 residentes en Santander durante dos años. Hallan una alta prevalencia de uso y sobre todo, de las barras en la cama. Establecen cuáles son los motivos principales de uso y su duración.
Búsqueda libre de Google	<b>12</b>	2011	<b>Uso racional de las contenciones físicas. Estudio de la incidencia del asesoramiento de la inspección de servicios sociales en residencias de mayores.</b>	Trabajo de campo realizado por el Departamento de Bienestar Social y Familia de la Generalitat de Catalunya. Recopila datos de prevalencia de las contenciones físicas en 164 residencias de personas mayores de Cataluña, propone medidas alternativas y valora la incidencia del asesoramiento en la disminución de contenciones.

Búsqueda libre de Google	13	2013	<b>Resumen Ejecutivo del programa Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer.</b>	Documento elaborado por la Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA) en el cual dan a conocer el programa “Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer”, una iniciativa para que se eliminen y reduzcan las restricciones físicas en personas mayores que viven en instituciones de cuidados prolongados en España. Para ello, trabajan con la formación y asesoramiento de los centros para posteriormente poder realizar intervenciones. En este resumen ejecutivo explican el desarrollo del programa, su finalidad y características principales. Cuáles son las aportaciones del mismo y explican las líneas futuras.
Science direct (Elsevier)	14	2018	<b>Prescripción facultativa y consentimiento informado ante el uso de restricciones físicas en centros geriátricos de las Islas Canarias.</b>	Artículo. Estudio multicéntrico, descriptivo, observacional y transversal que investigando en 9 residencias españolas permite obtener datos acerca del uso del consentimiento informado y de la prescripción facultativa. Se demuestra que en la mayoría no se respeta el marco legal.
Google Académico	15	2018	<b>Mechanical containment in long-stay institutions for the elderly.</b>	Artículo. Revisión bibliográfica integrativa que demuestra una alta prevalencia del uso de contenciones mecánicas en instituciones de larga permanencia para ancianos.
Science Direct (Elsevier)	16	2013	<b>Contenciones mecánicas en geriatría: propuestas técnicas y recomendaciones de uso en el ámbito social.</b>	Artículo. Revisión bibliográfica que, frente a una situación actual de ambigüedad, proporciona propuestas técnicas y algunas recomendaciones de uso para facilitar en lo posible el uso de las medidas.
Cuiden Plus	17	2019	<b>La práctica de la contención en ancianos: revisión integradora.</b>	Artículo. Revisión integradora de la literatura en inglés. Obtiene datos sobre motivos de uso, consecuencias, tiempo de utilización y falta de control.

Google Académico	<b>18</b>	2016	<b>Percepciones sobre el uso de restricción física en los profesionales de la salud.</b>	Artículo. Estudio descriptivo a 108 profesionales para analizar las percepciones en el uso de restricción física y sus conocimientos en el tema. Para ello, respondieron a un cuestionario. Las respuestas fueron favorables al empleo de las restricciones. También se demuestra una falta de formación en el tema.
Scielo	<b>19</b>	2014	<b>Restricción física: revisión y reflexión ética.</b>	Artículo. Revisión bibliográfica sobre los aspectos normativos, profesionales y éticos relacionados con la restricción física. Trata sobre los aspectos legales y normativos, normas básicas para llevar a cabo la restricción física, sensaciones experimentadas por pacientes y profesionales e implicaciones éticas.
Dialnet	<b>20</b>	2015	<b>Valoración del conocimiento enfermero en la contención mecánica en Geriatría.</b>	Artículo. Estudio descriptivo transversal que analiza el conocimiento respecto a las contenciones mecánicas de 45 profesionales en una residencia de Andalucía. Aunque la muestra es pequeña, se demuestra cierto desconocimiento en el tema y un gran uso de las contenciones.
Búsqueda libre de Google	<b>21</b>	2012	<b>Cómo se eliminan las sujeciones. Guía para la eliminación de sujeciones físicas y químicas en centros de atención sociosanitaria y domicilios.</b>	Guía que utiliza la Metodología Libera-Ger y que está aplicada a centros, instituciones y organizaciones que dan atención sanitaria y sociosanitaria a personas dependientes. Propone una metodología de eliminación de sujeciones.
Cuiden plus	<b>22</b>	2017	<b>“La Sujeción no es un Cuidado”. Impacto de la formación sobre los profesionales de enfermería.</b>	Artículo. Estudio cuantitativo, observacional y descriptivo que valora el impacto del curso “Sujeciones en el anciano y en pacientes con enfermedad de Alzheimer” sobre los profesionales de enfermería. Gracias a este artículo, se obtienen datos sobre la mentalidad de profesionales enfermeros antes de asistir al curso formativo y

				después. Logrando concienciar a profesionales de enfermería para que cambien su pensamiento respecto al uso de las sujeciones físicas.
Science Direct (Elsevier)	<b>23</b>	2018	<b>Relación entre caídas y consecuencias en ancianos institucionalizados antes y después de una intervención de reducción de restricciones físicas y farmacológicas.</b>	Artículo. Estudio realizado en una residencia de Madrid en la que, tras formar al personal en la eliminación de restricciones físicas, se compara la situación de dicha residencia en comparación al año pasado. Se estudian las caídas y las prescripciones de medicación psicotrópica. Se demuestra como tras la eliminación de restricciones físicas, no se produce un aumento del número de caídas. Se le suma a estos resultados una mejora de sus consecuencias.
Pubmed	<b>24</b>	2016	<b>Reducción de Sujeciones Físicas en Residencias: un Informe de Maria Wolff y Sanitas.</b>	Artículo. Estudio longitudinal que publica los resultados de un programa para reducir sujeciones aplicado en 41 residencias españolas, que incluye intervenciones psicosociales, multinivel, multicomponente y longitudinales combinadas con programas formativos. Se consigue una reducción significativa en todos los tipos de sujeciones, pero un incremento significativo de caídas.
Dialnet	<b>25</b>	2015	<b>Falacias sobre sujeciones (contenciones) físicas.</b>	Artículo. Revisión bibliográfica que expone y razona aquellas “falacias” o argumentos falsos aparecidos en evidencia científica, que los centros que no quieren eliminar las restricciones físicas utilizan para justificar su mala praxis.
Dialnet	<b>26</b>	2013	<b>Tolerancia cero a las sujeciones en ancianos. Difícil pero no imposible.</b>	Artículo. Revisión bibliográfica que resume 10 argumentos expuestos sobre el programa “Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer”, basándose en evidencia científica. Pretende facilitar las razones para adoptar una actitud de rechazo frente a las sujeciones.
Google Académico	<b>27</b>	2016	<b>Centros Libres de Sujeciones y desarrollo del “Programa Desatar al anciano y al</b>	Artículo. Revisión bibliográfica acerca de las restricciones en ancianos y la aplicación del programa “Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer” en un Centro Gerontológico de Navarra. Comienza explicando cuales son los cimientos del cuidado sin sujeciones,

			<b>enfermo de Alzheimer” en un centro gerontológico.</b>	hablando para ello del Modelo de Atención integral centrado en la persona. Posteriormente hace referencia a las sujeciones. Finalmente, describe el programa “Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer” y los resultados tras la intervención de retirada de sujeciones en el Centro Gerontológico de Navarra, mostrando cómo se consiguió reducción de las restricciones físicas en los residentes.
Cuiden plus	<b>28</b>	2015	<b>El maltrato en la vejez.</b>	Artículo. Revisión bibliográfica narrativa que desarrolla los siguientes aspectos sobre el maltrato: tipos de maltrato existentes, factores desencadenantes y consecuencias.  Pretende ofrecer dichos conocimientos para servir de utilidad a sanitarios y dar a conocer este tema tabú.
Dialnet	<b>29</b>	2011	<b>El maltrato a personas mayores: instrumentos para la detección del maltrato institucional.</b>	Artículo. Reúne diferentes instrumentos validados para la detección del maltrato a personas mayores en el ámbito institucional.
Dialnet	<b>30</b>	2011	<b>Problemas de seguridad relacionados con la aplicación de dispositivos de restricción física en personas mayores.</b>	Artículo. Revisión bibliográfica sobre la seguridad y las restricciones físicas. Expone cuáles son los dispositivos más implicados en los accidentes (mencionando la controversia con las barreras bilaterales de la cama) y las limitaciones existentes en la investigación de los incidentes con restricciones físicas.
Dialnet	<b>31</b>	2016	<b>Terapia ocupacional en eliminación de restricciones físicas en mayores.</b>	Artículo. Revisión bibliográfica sobre las restricciones físicas y el síndrome geriátrico de Inmovilidad, destacando el papel del terapeuta ocupacional en este campo.  Finaliza incluyendo la exposición del caso clínico de una residente tras haberla liberado de su sujeción mecánica.

				Este trabajo pretende demostrar la necesidad de erradicar las sujeciones y valorar la intervención desde terapia ocupacional.
Science Direct (Elsevier)	<b>32</b>	2012	<b>Muertes provocadas por cinturones de contención en ancianos encamados.</b>	Artículo. Elaborado por médicos forenses que reúne dos casos clínicos de residentes fallecidos debido a un mal uso de cinturones de contención. Se pretende dar a conocer cuáles han sido las causas de su fallecimiento para alertar a los profesionales sanitarios sobre los riesgos derivados de estos dispositivos de restricción y así, poder prevenir dichos riesgos.
Science Direct (Elsevier)	<b>33</b>	2009	<b>Accidentes asociados al uso de restricciones físicas en ancianos con trastornos cognitivos: estudio de tres casos.</b>	Artículo. Explica las circunstancias en las que se produjo el fallecimiento de 3 residentes con trastornos cognitivos y con cinturón de sujeción abdominal.
Pubmed	<b>34</b>	2014	<b>Attitudes of nurses towards the use of physical restraints in geriatric care: A systematic review of qualitative and quantitative studies.</b>	Artículo. Revisión sistemática y síntesis de estudios cualitativos y cuantitativos en inglés y alemán sobre las actitudes de enfermeras hacia el uso de restricciones físicas en ancianos. Este estudio demuestra una percepción negativa por parte de enfermeras hacia las restricciones. Sin embargo, las siguen utilizando ya que desconocen sus consecuencias y posibles alternativas.
Cuiden plus	<b>35</b>	2012	<b>Aspectos del uso de restricciones físicas en ancianos institucionalizados.</b>	Artículo. Forma parte de un Trabajo de Fin de Máster. Selecciona estudios que incluyan datos sobre el uso de restricciones físicas en ancianos institucionalizados o en unidades de larga estancia. Contiene resultados sobre prevalencia, aspectos legales y bioéticos, posibles secuelas y medidas alternativas.
Science Direct (Elsevier)	<b>36</b>	2016	<b>Efectos de un programa de eliminación de sujeciones físicas sobre personas</b>	Artículo. Estudio cuasi experimental longitudinal en dos residencias. En una de ellas se va a aplicar una política de retirada de sujeciones, y se compara con otra similar en la que no se ha llevado a cabo esta

			<p><b>mayores con demencia en residencias.</b></p>	<p>política. Estudia las siguientes variables: caídas, psicofármacos administrados y estado mental y funcional de los residentes.</p> <p>Se demuestra cómo el problema de las caídas mejora ligeramente pero no es significativo. En la reducción de la prescripción de psicofármacos y en el análisis del estado mental y funcional si que se obtienen datos positivos significativos. Al realizar este trabajo, se demuestra que tras la retirada de sujeciones se requieren retirada de sujeciones farmacológicas o cambio en las tareas más centradas en el cuidado.</p>
Science Direct (Elsevier)	37	2013	<p><b>Actitudes, conocimientos y práctica de los profesionales de enfermería en el uso de restricciones físicas con personas mayores.</b></p>	<p>Artículo. Estudio transversal descriptivo y correlacional que, a través de encuestas a enfermeras y auxiliares de 8 residencias, permite conocer su opinión acerca de las restricciones. Aunque la mayoría tienen una actitud en contra de las restricciones, las siguen utilizando en determinados casos. Esto se debe a falta de formación.</p>