

Estudio descriptivo sobre la actitud de la familia ante el uso de restricciones físicas en mayores: resultados preliminares

Emilio Fariña-López^a, Gabriel J. Estévez-Guerra^a, Eduardo Núñez González^b,
María Montilla Fernández^c y Elena Santana Santana^c

^aDepartamento de Enfermería. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria. España.

^bDepartamento de Ciencias Clínicas. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria. España.

^cServicio de Geriátrica. Hospital Insular de Lanzarote. Lanzarote. España.

Objetivo: valorar la actitud que, ante el uso de las restricciones físicas, adoptan los familiares cuidadores de personas mayores dependientes en el domicilio y considerar cuáles serían los factores que podrían relacionarse con ésta.

Material y métodos: estudio descriptivo, transversal, realizado mediante muestreo consecutivo a través de un cuestionario que indagaba sobre los diversos componentes que conforman las actitudes. Respondió a la encuesta un total de 50 familiares, de los cuales se descartaron 7 porque no conocían el procedimiento (n = 43). Se describen las características de la muestra, las frecuencias y las medidas de tendencia central y dispersión.

Resultados: la mayoría de los familiares consideró este recurso como adecuado y un 90,7% estaba dispuesto a utilizarlo en un familiar suyo. Un 41,9% opinó que no pueden evitarse las restricciones y desconocían otras alternativas que pudieran usarse. Un 23,3% no era consciente de que la restricción puede ocasionar algún problema físico o psicológico. Ninguno estimó de forma concluyente que este procedimiento fuese una forma de maltrato.

Conclusiones: las familias mantenían una actitud positiva ante la restricción y consideraban apropiado su uso. Ello podría relacionarse con el limitado conocimiento de las alternativas que se pueden emplear y de las complicaciones que originan. Se sugiere poner en marcha programas de formación que se centren en educar sobre las opciones terapéuticas alternativas a la restricción.

Palabras clave

Restricciones físicas. Actitud. Familia. Ancianos.

Descriptive study of the attitudes of family caregivers to the use of physical restraints: preliminary results

Objective: to evaluate the attitudes of families caring for elderly dependents to the use of physical restraints and to identify the factors that could influence these attitudes.

Material and methods: a descriptive, cross sectional study was carried out in a consecutive sample of the population, using a questionnaire investigating the various aspects that influence attitudes to restraints. Responses were obtained from 50 family caregivers, of which seven were discarded due to lack of knowledge about restraints (N=43). The characteristics of the sample, frequencies, the main trends and dispersion measures were analyzed.

Results: most of the family caregivers considered the use of restraints to be appropriate and 90.7% were willing to use them with a relative; 41.9% believed that their use was unavoidable and were unaware of alternatives, while 23.3% were unaware that physical restraints can cause physical and psychological problems. None of the family caregivers believed that this method of restraint was a form of abuse.

Conclusions: relatives had a positive attitude to physical restraints and considered their use appropriate. This finding could be related to their limited knowledge of alternatives and of the complications that can be caused by restraints. Training programmes on alternatives to these devices should be instigated.

Key words

Physical restraints. Attitudes. Family caregivers. The elderly.

Correspondencia: Prof. E. Fariña López.

Unidad Docente de Enfermería de Lanzarote. ULPGC.

Plaza de la Constitución, 9. 35530 Tegui. Lanzarote. España.

Correo electrónico: efarina@denf.ulpgc.es

Recibido el 6-11-2007; aceptado el 30-1-2008.

INTRODUCCIÓN

La restricción física se define como “cualquier método físico, manual, aparato mecánico o equipo que esté continguo al cuerpo del individuo, que lo sujete de tal forma que la persona no lo pueda suprimir fácilmente y el cual restrinja la libertad de movimientos o el acceso normal a cualquier parte de su cuerpo”¹.

Se considera un recurso muy controvertido, ya que su empleo puede afectar a la dignidad y libertad de las personas, contribuyendo, por ello, a la deshumanización de los cuidados. Asimismo, puede originar tanto complicaciones físicas (atrofia muscular, incontinencia urinaria, úlceras por presión, etc.) como psicológicas (agitación, confusión, estrés emocional, etc.)^{2,3}. A esto se une el hecho de que son cada vez más los estudios^{4,5} que ponen de manifiesto que, a pesar de la amplia aceptación que tienen las restricciones, existe muy poca evidencia de que su empleo prevenga realmente los riesgos por los cuales se aplican.

La restricción física es una práctica bastante extendida en España, donde un gran número de personas son sometidas a este procedimiento a diario, tanto en el ámbito institucional como domiciliario^{6,7}. A pesar de esto, es un fenómeno poco investigado y son escasos los trabajos realizados en nuestro país sobre esta materia⁸⁻¹⁰. Entre ellos, destaca el proyecto “Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer”, liderado por la Confederación Nacional de Organizaciones de Mayores (CEOMA) y en el que colaboran diferentes instituciones, tanto de ámbito público como privado. Esta iniciativa nació con el objetivo de asesorar y formar a los cuidadores de todos los ámbitos de la atención para que se elimine o se haga un uso más racional de la restricción⁶.

La mayoría de los estudios publicados en las dos últimas décadas sobre restricciones en ancianos se ha realizado en centros asistenciales y los datos disponibles en el ámbito doméstico son pocos. Dado el limitado apoyo institucional que suelen recibir los cuidadores¹¹, no es difícil imaginar que, en la mayoría de las ocasiones, los criterios relacionados con la aplicación de restricciones serán establecidos únicamente por sus familias o, lo que es lo mismo, el uso que se haga de las restricciones en este entorno dependerá de la actitud que los familiares adquieran ante éstas.

Según la psicología social, la actitud designa “un estado de disposición psicológica, adquirida y organizada a través de la propia experiencia, que incita al individuo a reaccionar de una manera característica frente a determinadas situaciones”¹². Casi todas las definiciones del concepto de actitud tienen en común caracterizarla como una tendencia a la acción; por lo tanto, una actitud positiva ante la restricción predispondría al cuidador a emplear en mayor medida este procedimiento, mientras que una actitud negativa lo haría en sentido contrario.

El objetivo de este trabajo es conocer la actitud que, ante el uso de las restricciones físicas, adoptan los familiares que hubieran atendido a personas mayores dependientes en el domicilio e indagar cuáles podrían ser los factores asociados a ella.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio exploratorio, descriptivo y transversal en la isla de Lanzarote, en el que la población estuvo

Tabla 1. Variables analizadas en el cuestionario

Edad, sexo, parentesco y nivel de estudios del familiar
Años de experiencia en el cuidado
Conocer las restricciones y estimar adecuado su uso en mayores
Casos que justifican su uso
Considerar adecuado el uso de restricciones en mayores
Haber empleado o intención de emplear en un familiar en caso necesario
Tipo de restricciones que se han empleado
Si se considera evitable el uso de restricciones
Iniciativas que pueden llevarse a cabo para reducir el uso de restricciones
Considerar que su uso continuado puede originar complicaciones físicas o psicológicas
Identificar complicaciones por su uso continuado
Considerar la restricción una forma de maltrato

constituida por familiares con experiencia en el cuidado en domicilio, durante un período de al menos 6 meses, de personas mayores con deterioro físico o mental y un grado de dependencia medio o avanzado. La selección se llevó a cabo mediante un muestreo consecutivo en el que los individuos fueron captados, tanto en reuniones de una asociación de familiares de Alzheimer, como en una unidad geriátrica de agudos, adonde los cuidadores acudían para visitar a sus parientes ingresados de forma temporal. Respondieron a la encuesta un total de 50 familiares, de los cuales se descartaron 7, ya que no conocían ni habían oído hablar con anterioridad de los métodos de restricción física.

Para la recogida de datos se utilizó un cuestionario de elaboración propia con preguntas abiertas y cerradas, que indagaba sobre los diversos componentes que conforman las actitudes (tabla 1). La medición de actitudes en los trabajos de investigación es un proceso complejo. Al no tratarse de acciones susceptibles de observación directa, ya que resultaría muy costoso, tienen que evaluarse por medio de las opiniones que tiene el entrevistado sobre un determinado tema. Dicho de otro modo, sólo se pueden medir indirectamente mediante el uso de cuestionarios en los que el entrevistado ha de manifestar su opinión ante las situaciones que se le presentan y a partir de la cual se evaluarán sus actitudes¹³.

Las entrevistas se realizaron en los meses de febrero y marzo de 2007. En cuanto al análisis de los datos, se ha procedido a describir la muestra y a la realización de un análisis exploratorio encaminado a detectar posibles diferencias entre los grupos, según hayan hecho o no uso de restricciones. Se ha utilizado para comparar medias, en caso de presentar normalidad (supuesto que fue comprobado con la prueba de Kolmogorov-Smirnov), la prueba

Tabla 2. Análisis descriptivo de las variables del estudio según el uso de restricciones

Variable	n = 43	Ha usado restricciones n = 12 (27,9%)	No ha usado restricciones n = 31 (72,1%)	p
Edad del cuidador (años)	50,9 ± 13,5	48,7 ± 11,8	51,8 ± 14,2	0,50
Experiencia en el cuidado de mayores dependientes (años)	5,8 ± 5,1	6,6 ± 5,2	5,5 ± 5,1	0,52
Sexo				
Varón	9 (20,9)	3 (25)	6 (19,4)	0,69
Mujer	34 (79,1)	9 (75)	25 (80,6)	
Nivel de estudios				
Elementales	29 (67,4)	8 (66,7)	21 (67,8)	0,52
Medios	11 (25,6)	4 (33,3)	7 (22,6)	
Superiores	3 (7)	0 (0)	3 (9,6)	
Parentesco				
Hijos	16 (37,2)	3 (25)	13 (41,9)	0,11
Cónyuge	7 (16,3)	1 (8,3)	6 (19,4)	
Yerno/nuera	5 (11,6)	1 (8,3)	4 (12,9)	
Hermano	2 (4,6)	0 (0)	2 (6,4)	
Otro	13 (30,3)	7 (58,3)	6 (19,4)	
Considera adecuado el uso de restricciones en mayores				
Siempre	12 (27)	3 (25)	9 (29)	0,93
Según casos	31 (73)	9 (75)	22 (71)	
Nunca	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Emplearía la restricción en un familiar suyo				
Sí	39 (90,7)	12 (100)	27 (87,1)	0,47
No	4 (9,3)	0 (0)	4 (12,9)	
Puede evitarse la restricción				
Sí	25 (58,1)	7 (58,3)	18 (58,1)	0,98
No	18 (41,9)	5 (41,7)	13 (41,9)	
Su uso puede originar problemas físicos/psicológicos				
Sí	31 (76,7)	10 (83,3)	21 (67,7)	0,33
No	12 (23,3)	2 (16,7)	10 (32,3)	
Es una forma de maltrato				
Siempre	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0,06
Según casos	25 (58,1)	9 (75)	16 (51,6)	
Nunca	18 (41,9)	3 (25)	15 (48,4)	

Las variables numéricas se resumen en media ± desviación estándar y las variables categóricas como frecuencia absoluta (frecuencia relativa).

de la t de Student. Con el fin de detectar posibles asociaciones entre variables cualitativas, se utilizó la prueba exacta de Fisher. El análisis se realizó mediante el programa SPSS 15.

RESULTADOS

Los resultados se resumen en tabla 2. La mayoría de los cuidadores eran mujeres (79,1 %), lo que confirma la feminización del cuidado en el ámbito familiar. La media de edad fue de 50,9 años. Con respecto a la formación académica, la mayoría (67,4 %) tenía estudios elementales. En relación con los años de experiencia en el cuidado de personas mayores dependientes, la media era de 5,8 años. Respecto al parentesco, la mayoría de los familiares eran hijos (37,2 %), seguidos del cónyuge (16,3 %). Solamente

las diferencias entre los grupos resultan casi significativas ($p = 0,06$) en la pregunta referente a considerar la restricción una forma de maltrato. Si observamos la última columna de la tabla 2 (p), para el resto de las variables no se obtiene significación.

El tipo de restricción más utilizada y las situaciones en las que creían justificado su uso se presentan en las tablas 3 y 4, respectivamente.

Con respecto a si consideraban adecuado el uso de la restricción física, la mayoría respondió de forma afirmativa; ninguno de los entrevistados lo consideró inadecuado. El 90,7% está dispuesto a utilizarlo en un familiar suyo. Un 58,1% de los encuestados opinó que podría evitarse el uso de las restricciones y apuntó como principal iniciativa para reducir su empleo un mayor apoyo por parte de otros cuidadores en el domicilio, frente a un 41,9% que consideró que no puede evitarse (tablas 2 y 5).

Tabla 3. Tipo de restricción más utilizado

Barras laterales en cama	37,21%
Cinturones	16,28%
Sábanas anudadas	11,63%
Muñequeras	9,30%
Vendas elásticas	6,98%
Chalecos	4,65%
Cinturones de bata	4,65%

Tabla 4. Situaciones que justificarían su uso

Evitar caídas	90,70%
Controlar agresiones	60,47%
Mantener dispositivos (p. ej., sondas)	53,49%
Manejar cuadros de agitación	51,16%
Riesgo de extraviarse	37,21%
Controlar riesgos durante el sueño	30,23%
Mantener el equilibrio corporal	27,91%
Para facilitar el descanso del anciano	25,58%
Falta de tiempo del cuidador	23,26%

Un 76,7% de los familiares eran conscientes de que la restricción puede ocasionar algún problema físico o psicológico e identificó una o dos complicaciones relacionadas con el uso de la restricción (tablas 2 y 6). Por último, ante la pregunta de si consideraban la restricción como un tipo de maltrato, ninguno consideró de manera concluyente que este procedimiento fuese una forma de maltrato (tabla 2).

DISCUSIÓN

Sobre la base de las variables demográficas contenidas en la tabla 2, y la falta de significación según hayan usado o no restricciones, se puede establecer que se trata de un grupo homogéneo, en el que variables como edad o años de experiencia no distorsionan los resultados. En las preguntas específicas sobre restricciones, solamente se obtiene casi significación en la referente a considerar la restricción una forma de maltrato, aunque ello puede deberse al pequeño tamaño de la muestra.

Llama la atención el hecho de que, en la pregunta “¿Considera adecuado el uso de restricciones físicas en mayores?”, ninguno de los encuestados opina que esta técnica sea inadecuada; la mayoría de la muestra (73%) afirma que la usaría según el caso. De igual forma, cuando se pregunta sobre si la emplearía en un familiar suyo, la mayoría no duda en afirmar su convicción de manera categó-

Tabla 5. Iniciativas para reducir el uso de la restricción en domicilios

Apoyo por parte de otros familiares o profesionales con el fin de incrementar el tiempo de supervisión del anciano	76,74%
Asesoramiento y formación para conocer estrategias alternativas al uso de la restricción	37,21%
Mejoras en la vivienda que faciliten la supervisión sin utilizar la restricción	34,88%
Ubicar al anciano en un ambiente tranquilo	4,65%
Hablar con la persona y tranquilizarla	4,65%

Tabla 6. Complicaciones originadas por el uso de restricciones

Lesiones en la piel	51,16%
Pérdida de la libertad	48,84%
Agitación, ansiedad	44,19%
Empeoramiento de los problemas de conducta	41,86%
Atrofia de los músculos, pérdida de fuerza	39,53%
Deterioro de la estabilidad, el equilibrio y la marcha	37,21%
Alteraciones en la eliminación de orina o de heces	11,63%

rica: un 90,7% contesta que sí y sólo un 9,3% afirma que no la emplearía nunca. Ello mostraría una predisposición de los familiares al uso de la restricción y se podría afirmar que la valoran como un procedimiento necesario que están dispuestos a utilizar cuando sea oportuno. Se han encontrado resultados similares en otros estudios, que han concluido que las restricciones representan para los cuidadores una medida “apropiada” para cierto tipo de pacientes frágiles o confusos y que podríamos denominar de alto riesgo¹⁴⁻¹⁶.

También llama la atención el hecho de que, a pesar de esta actitud favorable, el porcentaje de cuidadores que había utilizado este recurso es moderado, tan sólo un 27,9%. Esta cifra contrasta con datos de otros estudios que indican que en nuestro país la restricción física se aplica a casi un 40% de los ancianos dependientes, frente a otros países de nuestro entorno donde la prevalencia es inferior al 9%^{7,17}.

Con relación al tipo de restricción más empleada, los datos coinciden plenamente con la bibliografía: son las barras laterales en la cama y los cinturones^{10,17-19}. Se da la particularidad de que las barras laterales en la cama no se han considerado como una forma de restricción por una parte de los entrevistados, opinión que comparten también algunos profesionales^{20,21}. Sin embargo, los autores no compartimos ese parecer y coincidimos más con el criterio de otros investigadores que sostienen que si la barra

lateral se usa para limitar la libertad de movimiento del anciano, siempre tendría que considerarse como una restricción física²².

Como dato preocupante debe resaltarse que algunos familiares afirmaron haber utilizado sábanas anudadas, cinturones de bata o vendas elásticas para realizar la restricción, práctica que consideramos muy imprudente por la elevada probabilidad de que ocurra algún percance. Diversos trabajos nos advierten del alto riesgo de accidente y fallecimiento por asfixia al caer la persona de la cama o silla y quedar suspendida por el dispositivo de restricción, el cual le impide respirar^{16,18,23}. El mismo uso de la barra lateral en la cama en ancianos desorientados no está exento de peligro, ya que incrementa el riesgo de caída cuando la persona trata de salir por su propio pie o, incluso, porque queda atrapada por el cuello a través de los barrotes^{2,21,24}. En este sentido, se sugiere que siempre se recomiende, a los familiares que tengan intención de utilizar restricciones físicas, el uso de material homologado y la constante supervisión del paciente con el fin de minimizar el riesgo de accidente.

La principal causa que justifica el uso de la restricción por parte de los cuidadores es prevenir lesiones (evitar caídas y agresiones o controlar cuadros de agitación), resultados que coinciden con los estudios consultados^{8,10,25}. Una elaborada revisión bibliográfica realizada por Evans y Fitzgerald²⁶ concluyó que criterios de seguridad, como la prevención de caídas, son las principales razones que se suelen esgrimir a la hora de emplear las restricciones en mayores.

La aplicación de la restricción “por el bien del paciente” ha sido una de las razones que históricamente más se ha empleado para autorizar las restricciones^{5,27}, y son muchos los cuidadores que consideran prioritario proteger al paciente, aunque ello suponga aplicar medidas que, en algunos casos, puedan comprometer su dignidad^{14,28,29}. En este sentido, se ha planteado la existencia en nuestro país de una cultura de sobreprotección hacia las personas en situación de dependencia, que se percibe tanto en el ámbito familiar como institucional. Ésta se caracteriza por la expectativa negativa que el cuidador tiene ante las capacidades del anciano, lo cual le lleva a proporcionarle más protección de la necesaria y puede ocasionarle graves perjuicios, tanto físicos como psicológicos^{30,31}. Esta actitud se manifiesta también en trabajos de países de nuestro entorno, donde los familiares dan prioridad a los criterios de seguridad por encima de otros aspectos, como la libertad de los ancianos³².

Frente a estas pautas de seguridad que se usan como justificación para el uso de este procedimiento, diversos expertos han asegurado que si se redujese o retirase la restricción física de muchos de nuestros mayores se incrementaría el número de lesiones menores pero no el de accidentes graves^{2,15,26,33}.

Con respecto a la pregunta de si consideran que la restricción puede evitarse, un 41,9% de los encuestados contesta negativamente y son incapaces de sugerir medidas

que ayuden a reducir su uso. Este hecho no causa sorpresa, ya que incluso una parte de los profesionales consultados sobre esta cuestión tampoco son capaces de plantear medidas alternativas efectivas al uso de la restricción^{4,14,15}.

Sin embargo, más de la mitad de los cuidadores de nuestro estudio (58,1%) cree que sí puede evitarse y propone como medidas para reducir su uso un mayor apoyo por parte de otros familiares o profesionales. Con respecto a esto, tenemos que recordar las complejas condiciones en las que se desarrolla el cuidado en muchos de los domicilios, tanto por la falta de tiempo del cuidador como por las características del entorno (inadecuación arquitectónica, falta de material específico); ello puede haber llevado a muchos familiares a la conclusión de que la restricción es una solución fácil a las dificultades que se presentan durante el cuidado de sus mayores, especialmente en aquellos con mayor deterioro físico y cognitivo. En este sentido, la presencia de otros cuidadores (profesionales de ayuda a domicilio, familiares, vecinos, amigos, voluntarios) incrementaría el tiempo de supervisión del anciano y, por tanto, podría reducir el uso de la restricción en algunos casos^{15,34}.

Otro aspecto que debemos destacar es que casi una cuarta parte de los entrevistados (23,3%) no es consciente de las consecuencias negativas por la aplicación continuada de restricciones y contestó que éstas no originan ninguna complicación física o psicológica. El resto de la muestra sólo fue capaz de identificar una o dos complicaciones relacionadas con el uso de la restricción, situación que se podría justificar por una falta de información de los familiares en esta materia. Con respecto a este aspecto, algunos estudios mencionan que incluso una parte del personal sanitario tiene dificultades para reconocer los daños asociados al uso de este recurso^{4,15,35}. A nuestro entender, el criterio de seguridad “por el bien del paciente” y el escaso conocimiento de las consecuencias negativas y de las alternativas para reducir su uso podrían ser los factores que más contribuyan a que los cuidadores consideren adecuada la restricción y se relacionen, por tanto, con un mayor uso de ésta^{14,36}.

También en este sentido, algunos autores han planteado como posible explicación la circunstancia de que los familiares consideren adecuado el uso de dispositivos de restricción, el hecho de que durante las visitas que puedan haber realizado a centros sanitarios o residenciales hayan visto al personal aplicándolos a los usuarios y, por tanto, concluyen que se trata de una práctica beneficiosa^{6,22}. Un ejemplo de cómo puede influir el rol de los profesionales lo encontramos en un trabajo realizado con alumnos de enfermería donde se puso de manifiesto que, a pesar de la actitud negativa de los estudiantes ante las restricciones, éstos continuaban utilizándola, ya que así lo veían hacer al personal de los servicios donde realizaban sus prácticas³⁷. Sin embargo, esta cuestión no fue abordada en este trabajo, por lo que la consideramos una mera hipótesis por analizar en estudios posteriores.

Esta actitud propicia para el uso de las restricciones por parte de las familias podría no sólo estar contribuyendo a incrementar su utilización en el domicilio, sino que también podría condicionar la política de uso en los centros geriátricos, especialmente en aquellos que están preocupados por evitar conflictos con las familias por caídas o fugas^{14,38}. Algunos estudios describen el miedo y la resistencia de los familiares a la retirada de estos dispositivos en centros que implantaron programas para eliminar las restricciones^{4,39}.

Con respecto a la última pregunta de la encuesta, un amplio sector de los familiares ha contestado que nunca consideraría el uso de la restricción como una forma de maltrato, respuesta lógica dada la amplia predisposición a su empleo mostrada por la mayor parte de los cuidadores. Sin embargo, son muchos los expertos que estiman que este procedimiento puede calificarse como una forma de abuso cuando se aplica de manera indiscriminada y sin criterio⁴⁰⁻⁴².

Como conclusión, y en términos generales, las familias entrevistadas mantuvieron una actitud positiva ante la restricción y consideraron apropiado su empleo, independientemente de haberlas usado o no y de los años de experiencia en su uso. Ello podría relacionarse con un conocimiento insuficiente de las alternativas que se pueden emplear, y en algunos casos, de las complicaciones que genera su uso. Asimismo, esta actitud favorable podría vincularse con una cultura de sobreprotección que promueve criterios de seguridad y hace prevalecer los beneficios de la restricción frente a sus riesgos, aunque esa hipótesis no fue objeto de análisis, por lo que se recomienda su estudio en futuras investigaciones.

Por otro lado, debe señalarse que el trabajo presenta limitaciones metodológicas. Se trata de una muestra de reducido tamaño, lo cual puede ser la causa de la falta de significación estadística de los resultados. Asimismo, existe una gran transversalidad en los datos, dado que tanto las características de estos usuarios como las circunstancias del cuidado en el ámbito familiar cambian de manera constante y, con ellas, las actitudes ante la restricción.

Además, los autores han utilizado un cuestionario de elaboración propia que no fue sometido a un proceso de validación. Todo ello lleva a recomendar la interpretación de los resultados con la debida cautela, especialmente a la hora de generalizar las conclusiones, por lo que no debe utilizarse como un estudio epidemiológico. Sin embargo, a pesar de la poca representatividad de la muestra, los hallazgos indican que podría haber una actitud favorable por parte de los familiares al uso de la restricción, lo cual explicaría la elevada prevalencia que existe en nuestro país, por lo que se recomienda realizar nuevos estudios que profundicen en las causas que la generan.

Para finalizar, y a modo de propuesta, los autores plantean que el abordaje de esta problemática situación debe comenzar con la puesta en marcha de programas de formación. Éstos tendrían que centrarse en educar sobre las

opciones terapéuticas alternativas al uso de la restricción y en cómo hacer un uso racional de éstas; asimismo, debe informarse del riesgo asociado a esta práctica en personas mayores. Creemos que sin una formación específica de los cuidadores no se alcanzará el objetivo de minimizar y adecuar su uso a las necesidades reales^{9,19,33,39,43}. Está demostrado que los programas de formación pueden cambiar la percepción de los familiares ante las restricciones, ya que aquellos que fueron adiestrados en este campo son los que presentan actitudes más negativas hacia ellas^{29,38,44,45}. Debe tenerse en cuenta que muchos cuidadores consideran la restricción física como un mal menor y desconocen las alternativas, y además no existe una normativa legal, por lo que su uso puede resultar algo normal⁴⁰.

Estimamos que las actividades de formación pueden representar una oportunidad para abrir el debate sobre su utilización, al igual que el que ya se ha realizado en países de nuestro entorno¹⁹, así como sobre la necesidad de regularla, implantando protocolos que determinen qué problema concreto se quiere tratar de controlar y en qué condiciones se realizaría la restricción. Ello reduciría el riesgo de uso abusivo o negligente^{41,46}. No obstante, no debemos olvidar que el principal esfuerzo debe ir encaminado a poner en marcha alternativas a la restricción, teniendo mucha precaución a la hora de elaborar reglamentos que puedan contribuir a justificar su empleo por parte de familiares y profesionales⁸.

BIBLIOGRAFÍA

- Guttman R, Altman R, Karlan M. Report of the Council on Scientific Affairs: use of restraints for patients in nursing homes. *Arch Fam Med*. 1999;8:101-5.
- Cotter VT. Restraint free care in older adults with dementia. *Keio J Med*. 2005;54:80-4.
- College of Nurses of Ontario. Restraints. 2005. [accedido 10 Abril 2007]. Disponible en: http://www.cno.org/docs/prac/41043_Restrains.pdf
- O'Connor B. Culture and the use of patient restraints. *H E C Forum*. 1998;10:263-75.
- Strumpf NB, Evans LK. Physical restraints of the hospitalized elderly: perceptions of patients and nurses. *Nurs Res*. 1988;37:132-7.
- Burgueño A. Uso de restricciones físicas y químicas con personas mayores y enfermos de Alzheimer. Guía para personas mayores y familiares [guía en internet] Madrid: Confederación Española de Organizaciones de Mayores; 2005 [accedido 10 Abril 2007]. Disponible en: www.fundacioniberdrola.org/not1105guia.htm
- Ljunggren G, Philips CD, Sgadari A. Comparisons of restraint use in nursing homes in eight countries. *Age Ageing*. 1997;26 Suppl. 2:43-7.
- Zanza MJ, Toronjo A, Rojas MJ, Díaz de Durana O, Elsdén CA, Soldevilla JJ. Uso de restricciones físicas en las instituciones gerontogeríatras. *Gerokomos*. 2004;15:217-27.
- Alarcón T. Uso de restricción física en el anciano en el siglo xxi. ¿Necesidad o falta de formación? *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2001;36:46-50.
- Elsden CA, Vélez E, Arana J, Chasco MI, Espina MJ. Restricciones de movilidad física en residencias de personas mayores: actitudes del personal asistencial y directivo hacia su uso. *Gerokomos*. 2002;13:7-16.
- Guillén F, Ribera JM, Bravo Fernández de Aráoz G. Geriatria xxi. Análisis de necesidades y recursos en la atención a las personas mayores en España. 1.ª ed. Madrid: Editores Médicos; 2000.

12. Ander-Egg E. *Técnicas de investigación social*. 5.ª ed. México: Editorial El Ateneo; 1993.
13. Breckler SJ. Empirical validation of affect, behavior and cognition as distinct components of attitude. *J Pers Soc Psychol*. 1984;47:1191-205.
14. Hennessy CH, McNeely EA, Whittington FJ, Strasser DC, Archea CK. Perceptions of physical restraint use and barriers to restraint reduction in a long-term care facility. *J Aging Stud*. 1997;11:49-62.
15. Lee D, Chan MC, Tam E, Yeung W. Use of physical restraints on elderly patients: an exploratory study on the perceptions of nurses in Hong Kong. *J Adv Nurs*. 1999;29:153-9.
16. Blakeslee J, Goldman BD, Papougenis D, Torell CA. Transición hacia una asistencia sin restricciones. *Rev Gerontol*. 1991;2:111-6.
17. De Vries OJ, Ligthart GJ, Nikolaus T; European Academy of Medicine of Ageing-Course III. Differences in period prevalence of the use of physical restraints in elderly inpatients of European hospitals and nursing homes. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2004;59:922-3.
18. Retsas AP. Survey findings describing the use of physical restraints in nursing homes in Victoria, Australia. *Int J Nurs Stud*. 1998;35:184-91.
19. Gobert M, D'Hoore W, Mora-Fernández J, Moldes-Rodríguez MP, Tolquin C. Adecuación de las restricciones físicas y farmacológicas en los ancianos institucionalizados: estudio comparativo en Québec y la Suiza Romanda, con implicaciones en nuestro medio. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2005;40:7-17.
20. Quintana S, Font R. Medidas de restricción física en un hospital de agudos y en dos centros de media y larga estancia: estudio de prevalencia y análisis de aspectos éticos relacionados con su indicación y puesta en práctica. *Rev Calidad Asistencial*. 2003;18:33-8.
21. Hamers J, Gulpers M, Stirk W. Use of physical restraints with cognitively impaired nursing home residents. *J Adv Nurs*. 2004;45:246-51.
22. Capezuti E, Talerico K, Strumpf N, Evans L. Individualized assessment and intervention in bilateral siderail use. *Geriatr Nurs*. 1998;19:322-30.
23. Miles SH, Irvine P. Deaths caused by physical restraints. *Gerontologist*. 1992;32:762-6.
24. Parker K, Miles SH. Deaths caused by bedrails. *J Am Geriatr Soc*. 1997;45:797-802.
25. Werner P. Perceptions regarding the use of physical restraints with elderly persons: comparison of Israeli health care nurses and social workers. *J Interprof Care*. 2002;16:59-68.
26. Evans D, FitzGerald M. Reasons for physically restraining patients and residents: a systematic review and content analysis. *Int J Nurs Stud*. 2002;39:735-43.
27. Fairman J, Beth M. For their own good? A historical examination of restraint use. *H E C Forum*. 1998;10:290-9.
28. Gastmans C, Milisen K. Use of physical restraint in nursing homes: clinical-ethical considerations. *J Med Ethics*. 2006;32:148-52.
29. Weiner C, Tabak N, Bergman R. The use of physical restraints for patients suffering from dementia. *Nurs Ethics*. 2003;10:512-25.
30. Pardo A. La cultura de la sobreprotección. *Rev Mult Gerontol*. 2005;15:165-70.
31. Montorio I, Izal M, Sánchez M, Losada A. Dependencia y autonomía funcional en la vejez. La profecía que se autocumple. *Rev Mult Gerontol*. 2002;12:61-71.
32. Koopmans RT, Wiersma FS, Bouwsma M, Van Engelen HG. What carries more weight, safety or freedom? Contact persons on physical restraint of psychogeriatric nursing home patients. *Tijdschr Gerontol Geriatr*. 1998;29:67-73.
33. Evans D, Wood J, Lambert L. A review of physical restraint minimization in the acute and residential care settings. *J Adv Nurs*. 2002;40:612-25.
34. Newbern V, Lindsay I. Attitudes of wives toward having their elderly husbands restrained. *Geriatr Nurs*. 1994;15:135-8.
35. Matthiesen V, Lamb KV, McCann J, Hollinger-Smith L, Walton JC. Hospital nurses' views about physical restraint use with older patients. *J Gerontol Nurs*. 1996;22:8-16.
36. Cooper CJ. Reducing the use of physical restraints in nursing homes. Regulatory harassment or good medicine? [accedido 10 Abril de 2007]. *Postgraduate medicine [revista electrónica]*. 2000;107. Disponible en: http://www.postgradmed.com/issues/2000/02_00/guest_ed.htm
37. Fradkin M, Kidron D, Hendel T. Israeli student nurses' attitudes about physical restraints in acute care settings. *Geriatr Nurs*. 1999;20:101-5.
38. Cruz V, Abdul-Hamid M, Heater B. Research based practice: reducing restraints in an acute care setting. Phase I. *J Gerontol Nurs*. 1997;23:31-40.
39. Werner P, Cohen-Mansfield J, Green PM, Pasis S, Gerber B. Families' perceptions of the use of physical restraints in the nursing home. *Clin Gerontol*. 1993;3:45-57.
40. Elsdén de Digon C, Fernández C, Nicolás M, Rodríguez MT, Soldevilla JJ, Toronjo A, et al. Hacia una cultura sin restricciones: Las restricciones físicas en ancianos institucionalizados. *Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica*. Documento técnico n.º 3, julio de 2003 [accedido 8 Abril 2007]. Disponible en: <http://www.arrakis.es/~seegg/>
41. López-García AP. Maltrato en el ámbito institucional. *Rev Mult Gerontol*. 2003;13:102-13.
42. Cuesta JL, editor. *El maltrato de las personas mayores*. Donostia: Hurkoa Fundazioa, 2006. [Accedido 3 Mayo 2007]. Disponible en: www.sc.ehu.es/scrwwiv/Publicacionesonline/Libro_Maltrato_web.pdf
43. Kanski GW, Janelli LM, Jones HM, Kennedy MC. Family reactions to restraints in an acute care setting. *J Gerontol Nurs*. 1996;22:17-22.
44. Karlsson S, Bucht G, Sandman PO. Physical restraints in geriatric care: knowledge, attitudes and use. *Scand J Caring Sci*. 1998;12:48-56.
45. Bradley L, Siddique CM, Dufton B. Reducing the use of physical restraints in long-term care facilities. *J Gerontol Nurs*. 1995;21:21-34.
46. Gallinagh R, Nevin R, Mc Ilroy D, Mitchell F, Campbell L, Ludwick R, et al. The use of physical restraints as a safety measure in the care of older people in four rehabilitation wards: findings from an exploratory study. *Int J Nurs Stud*. 2002;39:147-56.