

## Atar para Cuidar

*Uso de **Sujeciones Físicas y Químicas** en Personas Mayores dependientes que reciben cuidados prolongados*

Autor: Antonio Andrés Burgueño Torijano

2008

### Índice:

1. Concepto. Definiciones.- Sujeción física; Sujeción química
  2. Las Sujeciones en datos. Comparación Internacional. Variabilidad de uso
  3. Condiciones relacionadas con el uso de sujeciones. Personas con riesgo de ser sometidas a sujeciones
  4. Efectos del uso de sujeciones en las Personas Mayores
  5. Aspectos Socioculturales del uso de sujeciones. Corrupción de los cuidados y Malostratos Institucionales.
  6. Percepción <sup>a</sup>Social y Profesional. Mitos.
  7. Relación entre sujeciones físicas y químicas
  8. Movimientos de Racionalización de Uso
- 
- Bibliografía

---

Autor: Antonio Andrés Burgueño Torijano

## LA REALIDAD DE LAS SUJECIONES

Las sujeciones en Personas Mayores en España alcanzan una dimensión muy preocupante, si tenemos en cuenta sus nefastos efectos y el elevado uso que se pone en evidencia si nos comparamos con otros países<sup>1</sup>.

Es necesario hacer algo al respecto, pues al hecho de que somos el país con mayor uso del mundo occidental, hay que sumarle que a diferencia de esos otros países con los que nos podemos comparar, en España no existe una gran sensibilidad por el tema, ni un gran movimiento social y profesional por cambiar las cosas<sup>2</sup>.

Se debe promover un uso racional de esas medidas, y por tanto muy limitado, aprendiendo de otras experiencias, y basándonos en evidencias.

El fenómeno de las sujeciones es muy desconocido en muchas de sus dimensiones. Está plagado de mitos<sup>3</sup>.

Cuando se dice que la sujeción en si misma es un acto de violencia con la persona objeto de ella se provoca cierto estupor en la audiencia pero, es necesario asumir que eso es así las más de las veces. A veces se es violento para proteger a alguien, y cuando se actúa así, solo se puede justificar en situaciones extremas. Los actos de violencia han de ser revisados siempre, cada uno, desde un punto de vista ético y legal.

Una vertiente del uso de sujeciones es sistemática y se enmarca en el concepto de malos tratos institucionales<sup>4</sup> – corrupción de los cuidados, problema escasamente investigado en España.

El uso de sujeciones se opone a los principales objetivos de los cuidados prolongados, es decir, lograr el máximo grado de independencia física y mental o capacidad funcional, y la mejor calidad de vida posible. La persona sometida a sujeción física se enfrenta a una pérdida de autonomía, dignidad y autoestima. El objetivo de eliminar o reducir al mínimo su uso debe ser, por tanto, una clave de la práctica clínica.

En los centros preocupan las posibles reclamaciones judiciales que podrían resultar de las caídas. Otras razones aducidas<sup>5</sup> en defensa del uso de sujeciones físicas hacen referencia a su uso como elemento de apoyo postural o de colocación de los pacientes, para facilitar el tratamiento (por ejemplo impidiendo que los pacientes se arranquen las vías i. v o sondas nasogástricas) y su utilidad en el tratamiento de ciertos comportamientos como la agresividad física o el deambular errático.

El uso de sujeciones se ve fuertemente influenciado por, la cultura general, la cultura de las organizaciones, la de los distintos profesionales, y la formación del personal<sup>6</sup>.

Respecto de instituciones de corta estancia, es decir los hospitales de agudos, resaltar que el uso en España, por los escasos estudios existentes, parece ser semejante al de otros países<sup>7,8</sup>.

A entender de este autor, la base para hacer algo, sobre un fenómeno tan complejo como es el uso de sujeciones en personas mayores, es conocer los factores que influyen en él en un contexto cultural concreto, donde se considere que existe un uso elevado, como es el caso de España.

## CONCEPTO. DEFINICIONES.- SUJECIÓN FÍSICA; SUJECIÓN QUÍMICA

Existe convención internacional en las siguientes definiciones<sup>1</sup>:

### Sujeción Física:

Cualquier método, aplicado a una persona, adyacente a ella, que limite su libertad de movimientos, la actividad física, o el normal acceso a cualquier parte de su cuerpo, y que no es fácil de remover.

### Sujeción Química:

El uso inadecuado de drogas psicotrópicas sedantes, o tranquilizantes, para manejar o controlar una conducta molesta (p. e.: vagabundeo), que no tiene base en un desorden psiquiátrico diagnosticado. En general, el uso de tranquilizantes para manejar un conducta benigna que tiene un tratamiento mejor.

En las definiciones que nos encontramos más frecuentemente en España vemos que existe la tendencia, o sesgo, de incluir en la definición el fin. Incluir el fin en el sentido de considerarlas, por definición, un procedimiento terapéutico, cuando en la práctica no siempre lo son. En cierta medida se trata de una mentira, que a veces toma forma de falacia. Así, nos encontramos con la siguiente definición, extraída de uno de los más recientes documentos que se han elaborado sobre sujeciones físicas<sup>9</sup>, y que dice así:

“Medida terapéutica excepcional que mediante el uso de procedimientos físicos o mecánicos dirigidos a limitar los movimientos de parte o de todo el cuerpo de un residente, trata de controlar sus actividades físicas y protegerlo de las lesiones que pudiera infligirse a si mismo o a otros”

Dicha definición habla por sí misma, y es fácil ver lo que encierra, en cuanto a consecuencias se refiere. Da por hecho que no existen sujeciones que no sean para proteger al residente, es decir utilizadas por conveniencia o disciplina, y valida el procedimiento como protector, existiendo otros menos perjudiciales a los que no se les da tanta importancia, como para confeccionar guías o protocolos, lo que permite entrever que se está haciendo un montaje para justificar esa práctica, o lo que es lo mismo, que se trata de una práctica que se va a seguir dando, pero que inquieta a los profesionales.

Se usan sujeciones por motivos múltiples, no siempre aceptables. La búsqueda de la tranquilidad moral fácil ha inducido a muchos a pensar que solo se usan cuando la persona las necesita. Cuando se fuerza a los profesionales a la reflexión, admiten que se usan por conveniencia de terceros<sup>5, 10</sup>. Las evidencias científicas muestran que son procedimientos poco convenientes<sup>11, 12, 13, 14</sup>. Es necesario admitir que se usan cuando no somos capaces de manejar riesgo de caídas, o problemas de conducta, de otra manera, en la mayoría de los casos<sup>10</sup>.

Estamos ante un gran ejercicio de hipocresía, generalizado, que lleva a concluir que las sujeciones que se usan son, todas, procedimientos terapéuticos. Hipocresía que ha llevado a los profesionales a escribir guías de manejo en las que hablan de indicaciones de las sujeciones, como si solo se trataran de procedimientos terapéuticos, indicados o no. Esas guías incluyen una amplia introducción sobre el uso abusivo e inadecuado, donde vienen a reconocer que no siempre se trata de un procedimiento terapéutico.

La mentira está relacionada también con los eufemismos antropológicos de la medicina, de tal manera que cuando se ata a alguien en el contexto de una institución sanitaria se debe hablar de sujeción o restricción, no de atadura, lo que explica en parte que se tienda a pensar que toda sujeción es un procedimiento terapéutico. Los eufemismos y otros juegos de palabras forman parte de la actual cultura española, y juegan un importante papel en las actitudes de las personas. Este aspecto será comentado en el apartado específico mas adelante. Existe también un sesgo de la tecnificación, es decir que, se considera sujeción o restricción física lo que se hace con dispositivos técnicos homologados, y atadura lo que se hace con medios rudimentarios (cuerdas, sábanas, etc).

El término sujeción química se acuñó en los países anglosajones hace ya más de una década (chemical restraint), y genera muchas mas dudas. No cabe duda de que en este caso deben ser siempre prescritos por un médico, pero es mas difícil establecer los límites entre el uso terapéutico y el que se realiza con fines restrictivos, o de manipulación de la voluntad. En mi experiencia<sup>10</sup> he recibido testimonios diversos sobre el uso de fármacos psicotrópicos en personas mayores institucionalizadas, pero los mas ilustrativos me parecen aquellos que hacen referencia a dicho uso con el fin de posibilitar la armoniosa convivencia en un centro, lo que establece la institución como un factor de riesgo del uso de sujeciones químicas. Sobre "sujeciones químicas" , en esos términos, no se escribe en España, no se confeccionan guías ni protocolos, lo que a mi entender se puede interpretar como que no se quiere admitir el uso de fármacos psicotrópicos con otro fines, que no sean los estrictamente terapéuticos.

## LAS SUJECIONES EN DATOS. COMPARACIÓN INTERNACIONAL. VARIABILIDAD DE USO

Ya en 1997 se puso de manifiesto que España tenía un problema con respecto al uso de sujeciones físicas en personas mayores en residencias y otros centros de cuidados prolongados<sup>1</sup>. Ver [tabla 1](#).

tabla 1: Prevalencia de uso en 8 países. Porcentaje de residentes con sujeciones físicas usadas diariamente y no diariamente

	Dinamarca	Francia	Islandia	Italia	Japón	<b>España</b>	Suecia	EE.UU.
%	2.2	17.1	8.5	16.6	4.5	39.6	15.2	16.5

Age an ageing 1997, suplemento de verano

El uso general de sujeciones físicas muestra una baja prevalencia en Dinamarca, Islandia y Japón, con menos de un 9% de sujetos. Entre el 15 y 17% sufren sujeciones en Francia, Italia, Suecia y EE.UU, mientras que en España casi el 40% de la muestra presenta sujeciones.

El tipo de sujeción empleada también varía, según ese mismo estudio, así en Suecia y EE.UU el uso de sujeciones de tronco tiene más prevalencia que otros tipos. En otros países, una silla que impida levantarse era el tipo dominante: estas sillas se utilizaban dos a tres veces más que las restricciones de tronco. La sujeción de algún miembro era con mucho la menos utilizada. Las cifras altas de España se derivaban del uso de sillas de las que la persona no puede levantarse. El uso "no diariamente" de restricciones también varía mucho: las cifras eran bajas en Dinamarca e Islandia, que también presentaban un uso diario bajo, pero también en España, donde el uso total era alto. Los porcentajes altos de uso "no diario" de restricciones se veía en Francia y Suecia.

Por otro lado, los fármacos psicotrópicos se cuentan entre los agentes prescritos con mayor frecuencia a los residentes de centros de cuidados prolongados<sup>15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23</sup>. La enfermería de centros de cuidados prolongados sugiere que entre un 50% y un 75% de los sujetos reciben medicamentos psicotrópicos, a diferencia de lo que se ha observado en el medio comunitario que oscila alrededor del 16 por ciento. Es mayor del que sería razonable, si se usaran solo para manejar desórdenes psiquiátricos bien documentados y se tuvieran en cuenta medidas alternativas para el manejo de problemas de conducta. El término "*sujeción química*" ha sido acuñado fuera de nuestras fronteras y utilizado en múltiples estudios para medir su impacto. La mayoría de los fármacos consumidos son benzodiazepinas que se usan de forma inadecuada. Tras ellas se encuentran los antipsicóticos cuyo consumo ha sufrido un incremento importante y preocupante en los últimos años, sin que ello se corresponda con una mayor prevalencia de desórdenes psiquiátricos en estos centros.

Un estudio español sobre el consumo de fármacos en residencias habla de “*fármacos considerados como potencialmente inadecuados en ancianos*” y de su alto consumo en residencias de nuestro país. Entre ellos se encuentran a la cabeza los psicofármacos. Otro estudio que analiza ese uso desde un punto de vista de la existencia de un desorden psiquiátrico subyacente, evidencia que el 40 por ciento de las personas que consumían psicofármacos no presentaban problemas psiquiátricos documentados. Del resto de estudios analizados cabe destacar el que analiza el consumo entre personas con demencia, mostrando que un 65,5 por ciento del total de la muestra consumía neurolépticos, así como otros que ponen en evidencia que un plan de suspensión de neurolépticos en personas con demencia institucionalizadas, consigue mantener al 30 - 40 % de ellos sin el fármaco después de 6 meses.

En España se carecía de la información actualizada de prevalencia y de evidencias publicadas sobre cómo se percibe esa práctica, el uso de sujeciones, desde la sociedad, los profesionales sanitarios, y los representantes del sector de cuidados prolongados a personas mayores y enfermos de Alzheimer. Ha sido pues necesario actualizar datos, habiéndose realizado una serie de estudios<sup>10</sup> dirigidos por el autor de este trabajo, durante los años 2005 y 2006, de los que se puede extraer las siguientes conclusiones: Prevalencia comunicada de sujeciones físicas: Participaron 63 residencias, seleccionadas aleatoriamente, con un total de 5.080 plazas de las cuales estaban ocupadas el 87,19%. Se ha observado una prevalencia global de sujeciones del 17,61%, y que las sujeciones guardan una aceptable correlación con la demencia y el uso de barandillas, y que existe una elevada variabilidad de uso. Véase que en este reciente estudio se habla de sujeciones usadas diariamente, y que si seleccionamos a los residentes más dependientes nos quedamos con una casuística más atendida, que se asemeja mas a la del estudio comparativo internacional antes referido, y entre ellos la prevalencia se eleva al 27,54%.

#### CONDICIONES RELACIONADAS CON EL USO DE SUJECIONES. PERSONAS CON RIESGO DE SER SOMETIDAS A SUJECIONES

Cuando se analiza el uso de las sujeciones, una de las cuestiones interesantes es evidenciar las condiciones relacionadas con un mayor uso<sup>24, 25, 26, 27, 28</sup>. Una lista que no pretende ser exhaustiva expresando condiciones relacionadas con un mayor uso se puede ver en el siguiente cuadro. Algunos estudios muy interesantes realizados fuera de España muestran evidencias serias sobre esa relación. Se utilizan sujeciones físicas en sujetos que necesitan mucha ayuda y en sujetos más difíciles de dominar. Se observa que los sujetos con problemas de equilibrio que necesitan mucha ayuda para realizar las AVD tenían más probabilidades de estar utilizando restricciones físicas.

Factores de riesgo de ser sometidos a sujeciones físicas:	
Deterioro funcional físico. Ser mujer. Deterioro cognitivo. Edad avanzada. Conducta inapropiada. Necesidad de cuidados médicos instrumentales.	Riesgo de caídas. Uso de drogas psicotropas. Localización geográfica del centro de cuidados. Pobreza. Desarraigo familiar. Déficit de formación de los cuidadores.

Por asociación lógica y en forma de hipótesis, dado que aún no existen estudios que lo evidencien, muchas de esas condiciones más el hecho de estar sometido a sujeciones físicas están en la base de un uso inadecuado de fármacos psicotrópicos. La demencia y las alteraciones de conducta sí que están evidentemente relacionadas con las restricciones químicas de forma documentada.

Deducimos que el uso de estas medidas se debe a muchos factores, culturales, ideológicos, profesionales, económicos, etcétera, pero existen algunas evidencias sobre la relación que guardan algunas características de los centros con un mayor o menor uso<sup>6</sup>. Los estudios que lo han analizado se han fijado en variables diversas (ver cuadro).

<i>Características de los centros que han mostrado guardar más relación con el uso de sujeciones</i>
Afán de Lucro. Pertenencia a una cadena. Índice de ocupación. Ratio de enfermeras diplomadas. Capacidad – Tamaño de la residencia. Sistema de pago – financiación. Unidad de demencias. Leyes de mercado – competencia. Ubicación geográfica.

No se pueden sacar conclusiones definitivas en cuanto a una relación causa - efecto, aunque su análisis arroja luz a algunos aspectos clave de las políticas de reducción - racionalización. Así, si bien puede parecer lógico relacionar el afán de lucro con el abuso de restricciones por cuestiones económicas, lo cierto es que la realidad no muestra eso.

Para los centros privados restringir el uso de sujeciones puede ser una cuestión de imagen. En algunos países, en aquellos donde imperan las leyes de libre mercado, se ha visto como una ventaja competitiva o forma de tener una mayor cuota de mercado. Incluso se ha visto como una inversión de futuro,



relacionándose el uso muy restringido con unos mayores beneficios económicos, a medio largo plazo. Relación directa con esto último guarda el sistema de pago o financiación de los centros, por parte de las administraciones o seguros, que puede, si está bien diseñado, incentivar que se usen medidas alternativas a las restricciones y propicien una mayor autonomía de las personas objeto de atención. Los estudios que evidencian un mayor uso de sujeciones en centros que pertenecen a cadenas, no son capaces de explicarlo, auxiliándose en su mayor grado de burocratización y/o dificultad para adaptarse a cambios. Otra variable relacionada con el uso de restricciones es el índice de ocupación, dándose un mayor uso en los centros con mayor ocupación.

La ratio de enfermeras/os tituladas/os dentro del colectivo de enfermería muestra que cuando es más elevada se dan menos sujeciones, aunque el número total de personal de enfermería sea el mismo. En Estados Unidos, muchos centros vienen cambiando la configuración de sus plantillas de enfermería a favor de tener más diplomados, como una medida de racionalización e inversión, lo que se puede traducir en un uso más racional de estas medidas. Los centros de pequeño tamaño muestran un uso de sujeciones mas bajo, quizá debido a su mejor adaptación a cambios. Los centros que tienen entre su clientela una proporción importante de personas con enfermedad de Alzheimer o demencias de otro origen muestran mayor prevalencia de uso de sujeciones.

La localización en zonas rurales se corresponden con un mayor uso que en las zonas urbanas, si bien esto puede estar relacionado, entre otras cosas, con la falta de competencia que puede haber en núcleos pequeños de población, pues, allí donde ese factor se ha estudiado, en países donde el mercado es más libre y/o existe una mayor proporción de oferta privada, parece ser que la existencia de estímulo basado en la competencia es un buen antídoto para las restricciones.

En el medio hospitalario de agudos, las circunstancias asociadas al uso de restricciones son sobre todo, el riesgo de caídas, las agitaciones y los cuidados médicos instrumentales. El paso por el hospital es una circunstancia muy frecuentemente asociada con el uso de restricciones fuera de él. Podríamos hablar de una secuela, que puede alargarse hasta el infinito después del alta. Muchas veces el Hospital es donde por primera vez se usa una restricción, y lo que se le dice a la familia tendrá una fuerte relación con su actitud futura, tanto en el domicilio, como en centros de cuidados prolongados.

### **¿Cuándo y donde se usan?**

Donde quiera que se cuide a una persona mayor dependiente y especialmente a una persona con enfermedad de Alzheimer, o cualquier demencia de otra causa, se pueden ver sujeciones.

Suelen usarse mas frecuentemente en algunos lugares u horas del día, y ello suele venir determinado por la disponibilidad de personas para vigilar o atender a los enfermos<sup>10</sup>.

EN LAS RESIDENCIAS, las sujeciones físicas se usan más en los momentos de mas trabajo del personal de atención directa, es decir, durante el levantado de sujetos, desayunos, comidas, cenas, y acostado de sujetos, y en general en toda la noche, pues suele ser el turno peor dotado de personal. Así se usan sobre todo en la cama, y en los comedores y salas de estar, donde puede estar el sujeto cuando no puede haber personal vigilando. En cierto modo, se nos muestra que se trata de un uso relacionado con deficiencias de los centros y sus organizaciones, mas que con las condiciones de los sujetos. Se usan pues, sobre todo, en relación con los horarios de las principales tareas del personal de atención directa, si bien pueden terminar usándose a cualquier hora, pues se sumarán otras conveniencias. La mayor parte de las residencias diseñan horarios nocturnos de cama, que van desde las 20 horas a las 08 horas del día siguiente, o más, lo que no se corresponde con los patrones de sueño normales de las personas mayores. No se puede pretender que una persona esté 12 o más horas cada noche, sin moverse de la cama, especialmente si se trata de un enfermo de Alzheimer que no es capaz de comprender porqué. Esos horarios son fruto de la conveniencia de los centros y sus organizaciones, y pueden provocar que se usen mas frecuentemente las sujeciones en la cama, las barandillas con fines restrictivos, e incluso a que se induzca la aparición de problemas que quizá el sujeto antes no tenía, como la incontinencia de orina y fecal.

#### EFECTOS DEL USO DE SUJECIONES EN LAS PERSONAS MAYORES<sup>11, 12,</sup> <sup>13, 14, 29, 30, 31, 32, 33</sup>

Que las sujeciones físicas son un problema para quienes son objeto de ellas es una evidencia científica, admitida en todos los países, y por todos los profesionales sanitarios. Quizá esa sea una asignatura pendiente de algunos de los profesionales de España, ya que aún existen algunos que no han reparado en ello, a pesar de la abundante documentación que existe sobre el tema.

**Las personas sometidas a sujeciones físicas  
se enfrentan a una pérdida  
de autonomía, dignidad y autoestima.**

#### **Efectos documentados**

Son demoledores cuando se usan de forma diaria y rutinaria. En los cuadros podemos ver los perjuicios documentados de las sujeciones.

Efectos de las sujeciones físicas	
<u>Efectos físicos:</u> Úlceras por Presión. Infecciones. Incontinencias (urinaria y fecal). Disminución del apetito. Estreñimiento. Pérdida del tono muscular - Atrofia y debilidad.	<u>Efectos Psicológicos:</u> Miedo / Pánico. Vergüenza Ira. Agresividad. Depresión. Aislamiento Social. Retiro/ Apatía.

Por otro lado, los efectos que tiene el consumo de psicofármacos en general es bien conocido por los profesionales y están profusamente documentados en la literatura médica.

Efectos potenciales documentados del uso de fármacos psicotrópicos:	
Delirium/ alteración del pensamiento. Deterioro del estado cognitivo. Deterioro de la comunicación. Deterioro del estado de ánimo. Deterioro de los síntomas conductuales. Depresión. Alucinaciones. Deterioro funcional físico. Uso de sujeciones físicas.	Movimientos físicos de repetición. Problemas de equilibrio. Hipotensión. Mareo/ Vértigo/ Síncope. Marcha inestable. Caídas - Fractura de cadera. Problema de deglución. Deshidratación. Estreñimiento –impactación fecal. Retención de orina.

Las sujeciones, por tanto, están relacionados con un mayor riesgo de caídas, y de que éstas tengan como consecuencia lesiones mas graves.

### ASPECTOS SOCIOCULTURALES DEL USO DE SUJECIONES. LAS SUJECIONES COMO MALOSTRATOS INSTITUCIONALES O CORRUPCIÓN DE LOS CUIDADOS.

Eliminar el término atar es muy útil para la tranquilidad moral, ahorrándose tener que reflexionar, bajo la lupa de la moral, sobre una práctica que es muchas veces violenta, y que está muy cuestionada, tanto desde el punto de vista técnico-científico, cómo de el ético. Una de las múltiples reacciones que ha producido el programa que dirijo, el Programa Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer, es de rechazo por parte de los profesionales del sector por el término “desatar”, ya que arguyen que ellos no atan. Este es un buen reflejo de la cultura profesional que impera en España. En el plano social, la comodidad moral ha llevado a posiciones que permiten admitir como buenas las sujeciones en lugares de convivencia, y a valorar siempre como buenas, incuestionables, las que son prescritas por facultativos. Nuestra experiencia nos ha mostrado que se pasa con gran facilidad de esa posición de no cuestionarse nada, a la convicción de que todas se usan por conveniencia del personal, con solo una campaña informativa por parte del Programa Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer<sup>10</sup>.

Creo que el trasfondo cultural que hay detrás del uso de sujeciones para manejar ciertos problemas, especialmente los problemas de conducta, va mucho más allá de una idea formada recientemente. Creo que existen diferencias culturales de fondo que justifican las diferencias de uso de sujeciones en distintos países, cuando en ellos se dan de forma semejante los demás factores que influyen en ellas. Es, por ejemplo, llamativa la diferencia de uso que puede observarse entre Noruega y el resto de los países puesta en evidencia en el estudio comparativo que hemos comentado ya anteriormente<sup>1</sup>. Noruega es el caso extremo por debajo, pero hay otros países de los que llama la atención su baja prevalencia, como Islandia o Japón, y fuera de esa lista Reino Unido, del que se conocen también bajas cifras de ese indicador. Estados Unidos muestra unas cifras intermedias, si bien arranca de una realidad, hace más o menos 3 lustros, muy parecida a la española. Es curioso observar dentro de los EE. UU. La diferencia de uso de sujeciones físicas que se puede ver en línea, por Internet, gracias a un programa de transparencia vigente en ese país<sup>34</sup> basado en un poderoso sistema de información y en rigurosas inspecciones federales, el “nursing home compare”.

La cultura general de la sociedad vendrá dada en parte los valores y principios prevalentes respecto de utilizar medidas represivas para manejar a quienes dependen de nosotros. En España, las encuestas realizadas en el contexto del programa desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer<sup>10</sup> vienen a respaldar la tesis de que se es partidario de utilizar la fuerza, la violencia, para manejar a alguien que no es consciente de lo que hace, especialmente si actitud le pone en peligro, o pone en peligro a otros, o simplemente enturbia el ambiente de forma sustancial. En los países nórdicos parece haber una mayor reserva para con el uso de medidas represivas, según muestran sus datos, si bien es algo que hay que investigar más.

Un factor que influye de forma contundente en el uso de sujeciones, también en España, es la cultura profesional sobre las caídas de las personas mayores en los centros de cuidados y la responsabilidad que tienen los profesionales de atención directa en esos accidentes, lo que se traduce en un gran temor que exagera el celo de esos profesionales hasta el extremo de ver como buenas las sujeciones preventivas<sup>10</sup>.

## CORRUPCIÓN DE LOS CUIDADOS Y MALOSTRATOS INSTITUCIONALES

El término “corrupción de los cuidados” no ha sido utilizado antes en la literatura especializada de nuestro país, haciéndose necesario aclarar a qué nos referiremos en este apartado. Como se ha insinuado, es un término que se acuña en los países anglosajones, “corruption of care”, y en su literatura se relaciona con los malos tratos institucionales<sup>37, 38, 39</sup>.

Esa literatura se refiere siempre a la corrupción de los cuidados que se da en centros y servicios para personas vulnerables o marginales, tales como personas mayores dependientes y/ o desarraigadas, menores, personas con

retraso mental, reclusos, enfermos mentales crónicos, etc., todos ellos muy de la casuística Sociosanitaria, y de los cuidados prolongados.

Tomando en parte aquellas referencias, en esta publicación entenderemos como corrupción de los cuidados el fenómeno que se da en las instituciones de cuidados, que se caracteriza por malograr los objetivos de dichos cuidados. Los objetivos razonables y coherentes de una institución de cuidados prolongados son lograr el mayor grado de autonomía física, mental y psicosocial, y el mayor grado de bienestar posibles, a lo que son contrarias las sujeciones. En la práctica, el efecto de la corrupción de los cuidados no es solo el malogro de los objetivos coherentes de las instituciones, sino que además, al haber otros objetivos más importantes que aquellos, unos de tipo personal, otros de grupos, y otros de tipo organizativo-empresarial, se propician situaciones o actos de abuso, abandono y negligencia, que en ese contexto denominamos malostratos institucionales.

### PERCEPCIÓN SOCIAL Y PROFESIONAL. MITOS.

La razón fundamental que apoya el uso de dispositivos de limitación física consiste en proteger de caídas y accidentes<sup>3, 5, 10</sup>. Sin embargo muchos estudios contradicen a esa idea, demostrando que el riesgo de accidentes y caídas graves aumentan con el uso de restricciones<sup>11, 12, 13, 14</sup>. La experiencia de muchos profesionales sanitarios sugiere que con frecuencia pueden alcanzarse los objetivos sin recurrir a sujeciones, evitando así sus efectos colaterales negativos<sup>10</sup>.

Después de varios años investigando en el tema<sup>10</sup>, he aprendido como se desarrolla el procedimiento normalmente. No suele ocurrir que el médico revise al paciente y su información y decida que se apliquen sujeciones entre otros procedimientos. Lo que suele ocurrir es que el personal de atención directa de los centros ven comprometida la seguridad de la persona mayor, o ven difícil su manejo conductual e inician un proceso de presión hacia arriba a fin de lograr la prescripción facultativa que les dará, a todos, a ellos y a la institución, la tranquilidad legal necesaria, para que se apliquen las sujeciones. Muchos médicos reconocen que no les gusta prescribirlas, pero que trabajan en una organización en la que no les queda más remedio que aceptar ciertas prácticas. Otros médicos, muchos, dicen que no les gusta asumir el papel de legitimadores de la aplicación de sujeciones, y algunos establecen una dinámica de equipo para decidir la correcta indicación de las sujeciones.

### ACTITUDES

Entendiendo que la actitud se forja a partir de conocimientos, experiencias, sentimientos, valores y principios, haremos referencia a las distintas actitudes que influyen de forma determinante en el uso de sujeciones.

*Haremos referencia a las actitudes que hemos observado y estudiado en el programa Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer<sup>10</sup>.*

## **Actitud y mentalidad de los interesados directos**

Las personas mayores que conservan en perfecto estado su intelecto pueden ser convencidas de que les conviene ser sujetados para evitar problemas o riesgos, pero los que suelen aceptarlo son quienes tienen mucho miedo, un miedo irracional a caerse por ejemplo, u otro tipo de problemas. Los profesionales deben saber que hacer con las personas mayores que tienen miedo a caerse, con el objetivo de evitar el inmovilismo que les puede liquidar funcionalmente, y recomendarles actividad y evitar las sujeciones. Salvo en esos casos de miedo extremo, las personas mayores no suelen aceptar sujeciones de buen grado. Las personas dementes, que no pueden decir lo que piensan, son quienes más frecuentemente son sometidas a sujeciones, si bien en ellos también es fácil observar si las aceptan o rechazan. En general se trata de medidas poco aceptadas.

Respecto de las actitudes, o mentalidad, de las familias, nos referiremos a distintos aspectos que influyen en el uso de sujeciones.

**La actitud de las familias** se forja a través de la experiencia de cuidar al enfermo, el aleccionamiento que reciben por parte de algunos profesionales que les convence de que son inevitables en algunos casos, la experiencia de ver lo que se hace en las residencias, y sus propios sentimientos sobre su ser querido. La cultura general de la sociedad española expresada en estos estudios, es que se confía en la decisión-indicación de los médicos, a la hora de usar sujeciones o cualquier otra medida, lo cual en principio es recomendable, si bien también es recomendable leer el apartado de “actitud de los profesionales sanitarios”, para comprender los matices.

Lo que, a nuestro entender, le puede faltar a algunos familiares para forjarse una actitud adecuada frente al fenómeno de las sujeciones, es una información completa, es decir conocimientos sobre el uso, razones, consecuencias, etc.

## **La actitud social**

En la investigación que he realizado he buscado confirmar las siguientes hipótesis:

- La sociedad española es más tolerante con el uso de sujeciones que otras.
- Se confía ciegamente en las decisiones de los médicos.
- Cuando se ha tenido un enfermo de Alzheimer en casa se es más tolerante con el uso de sujeciones

Por otro lado, se ven actitudes especiales respecto de lo que debe ser una residencia, y la vida en ella. A pesar de que se consideran como un lugar donde vivir, alternativo a la casa propia, suele considerarse que las personas mayores y enfermos de Alzheimer deben vivir en ellas sin ningún tipo de riesgo. También hay muchas personas que piensan que las residencias, a pesar de ser centros donde conviven muchas personas con problemas, algunas con problemas mentales, deben ser centros donde reine una continua armonía. Lo cierto es que las residencias son centros donde se dan problemas de convivencia, y donde a pesar de estar especialmente diseñadas, y contar con medidas de seguridad, las personas que se mueven libremente por ellas corren algunos riesgos.

### **Actitud de los profesionales**

Su actitud no solo depende de sus conocimientos, si no también de sus experiencias y sentimientos.

Si se lo cuestionan, los profesionales suelen estar en contra de las sujeciones, pero en nuestra experiencia se debe más a sentimientos, como podemos tener todos, que a un cuestionamiento técnico, pues por otro lado, consideran a las sujeciones como medidas muchas veces recomendables e inevitables, si se quiere garantizar la seguridad de las personas mayores y de los enfermos de Alzheimer. No existe ninguna evidencia científica a favor del uso de sujeciones para manejar el riesgo de caídas o problemas de conducta, y sin embargo hemos observado que se trata de una medida de primera elección en las residencias y hospitales. Sí, existen suficientes evidencias científicas de que son medidas poco recomendables, dados sus efectos, el aumento del riesgo de caídas, y el empeoramiento de los problemas de conducta.

Cuando se explora con detenimiento las reales motivaciones para usar sujeciones, se descubren otras razones, además de proteger a las personas. La protección de sí mismos, de los profesionales que las usan, para evitar demandas o represalias, es uno de los grandes motivos para usarlas.

### **De los Médicos**

A los médicos se les suele enfrentar al dilema del riesgo de caídas, o problemas de conducta, tras haber concluido que el personal de atención directa de un centro, o la familia en casa, no pueden dominar al enfermo o no pueden garantizar que se evitan accidentes. Se les imputa la capacidad resolutoria final, y los médicos en realidad tienen limitados los recursos con los que minimizar los riesgos y controlar los desordenes de comportamiento. Para responder a una “encerrona” de ese tipo, pueden hacer dos cosas, una negarse a aplicar medidas restrictivas y seguir soportando la presión, obligando a todos a asumir riesgos y problemas, o prescribir medidas restrictivas, les guste o no, .... He ahí el dilema.

En las residencias es frecuente ver que existe una norma que determina que ha de ser el médico quien prescribe las sujeciones, pero sería ingenuo pensar que las prescribe solo cuando las considera imprescindible desde el punto de vista estrictamente médico.

La actitud de los médicos ante la responsabilidad de indicar esas medidas, suele ser la de informar a la familia, pero, muchas veces, de una forma sesgada o limitada. Se suele informar de los riesgos vistos en el enfermo, y de lo inevitable que es aplicar las sujeciones, sin informar de otras alternativas existentes, ni de los efectos que pueden tener esas sujeciones.

### Del Personal de Atención Directa

Este es el colectivo con mas cargas de trabajo, con mas riesgo de quemarse con su tarea, y menos estable. También es el personal de cuidados con menor cualificación.

En nuestros estudios se ha puesto en evidencia que conocen muy pocas alternativas a las sujeciones para manejar riesgo de caídas y problemas de conducta.

Son quienes, con diferencia, proponen las sujeciones en sus distintas modalidades y lugares, ya que son quienes deben enfrentarse más directamente a los problemas de los sujetos. Si el equipo técnico de un centro (médicos, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, enfermería, trabajadores sociales, psicólogos, etc.) no es capaz de manejar eficientemente el riesgo de caídas y prevenir los problemas de conducta, los profesionales de atención directa no podrán soportar la presión de garantizar la seguridad, y presionarán para que se apliquen sujeciones.

Estos profesionales suelen tener una actitud de defensa de las sujeciones como medidas convenientes y necesarias, ya que no quieren tener problemas con sus jefes ni con las familias, si se producen accidentes, y consideran las sujeciones como el método mas seguro. Entrevistados, afirman que si no se sintieran presionados por sus jefes y las familias, serían más partidarios de evitar muchas de las sujeciones que se usan.

### De los Directores de las Residencias

Los directores suelen estar muy implicados con el uso de sujeciones y con la incidencia de caídas, si bien es cierto que se suele deber principalmente a que les interesa estar informados para relacionarse adecuadamente con las familias.

Desde el punto de vista técnico, la mayoría afirma que las sujeciones son cosa del equipo interdisciplinario. En general suelen expresar que las sujeciones deben estar bajo el control y prescripción del médico del centro, y considerar que con ello el tema está cerrado.



Convencidos de que los médicos nunca prescribirían una sujeción que no esté indicada, participan muchas veces en la presión a esos profesionales para que hagan algo para resolver los conflictos con el personal de atención directa, con las familias, y los problemas de convivencia provocados por residentes dementes, con lo que participan en la inducción del uso de sujeciones.

Como los demás trabajadores del centro, pero ellos con mas motivo, tratan de evitar conflictos con los familiares de los sujetos, y si para ello sirven las sujeciones, serán partidarios de su uso. Hasta ahora, les genera mas conflictos las caídas y los problemas de convivencia, que el uso de sujeciones, aunque ya se van viendo casos de familias que reclaman por que se ata a sus familiares y se les droga en exceso, lo que irá cambiando la actitud de éstos responsables de las residencias.

### MITOS Y REALIDADES<sup>3, 10</sup>

El primer y mas importante mito ya debía haber sido derribado ante las evidencias arrojadas por la ciencia, es que se trata de una medida inofensiva. Ya hemos hablado de las consecuencias de las sujeciones usadas en personas mayores dependientes.

El segundo mito en importancia es la convicción generalizada de que siempre se usan por seguridad para la persona objeto de ellas, cuando se sabe que muchas veces se usan por conveniencia, pudiéndose evidenciar en la mayoría de los casos que no se han probado, ni se siguen probando todas las alternativas existentes. Este mito tiene 2 efectos perversos, uno que hace que las sujeciones se vean rutinariamente como una medida de cuidado, y otro que impide, en ese contexto ideológico, que se vean como un problema, para el que hay que trazar una estrategia de cuidados especial, tras una adecuada valoración.

La afirmación: **“Las sujeciones son muchas veces necesarias para prevenir las caídas”**, se repite siempre en los foros profesionales, aunque no se base en ninguna evidencia. Es por tanto otro importante mito, que está detrás de esta práctica. No existe ningún estudio que evalúe la eficacia de las sujeciones para prevenir caídas, y sí múltiples que relacionan el uso de sujeciones con un mayor riesgo de caídas y sobre todo de que éstas sean con peores consecuencias, como fracturas o traumatismos craneoencefálicos severos<sup>11, 12, 13, 14</sup>. En principio, las evidencias existentes permiten decir que las sujeciones son una medida poco recomendable para personas con riesgo de caídas.

Otro mito es el que encierra la afirmación: **“Evitar las sujeciones es una cuestión de dinero”**, es decir que, por ejemplo, se evitarían en los centros con más personal. Este es un mito que está incluso en la mente de las familias

de personas mayores institucionalizadas, y de la sociedad en general, dándose cierto grado de tolerancia o comprensión del uso de sujeciones en ciertos casos de falta de personal.

En cuanto a costes se refiere, los estudios<sup>40</sup> muestran que los auxiliares o ayudantes de enfermería dedican más tiempo a los residentes con sujeciones. Aunque el personal no cumpliera con los cuidados exigibles de la persona atada, el deterioro en la autonomía para las actividades de la vida diaria, la incontinencia y el nerviosismo asociados al uso de restricciones exigen un esfuerzo considerable del personal.

Otro mito, es considerar el uso de barandillas en la cama como algo siempre independiente del uso de sujeciones<sup>41</sup>. Cuando las barandillas se usan en personas que han demostrado afán por levantarse por la noche, el uso de barandillas, además de ser muy peligroso, induce al uso de sujeciones físicas en la cama.

Muchos profesionales consideran justificadas las sujeciones cuando las familias lo solicitan. Si las familias lo piden, “les ponen contra la pared”, en cuanto a su seguridad legal se refiere, ya que serán objeto de una segura demanda, si a la persona le ocurre algo que podría ser evitado con una sujeción, pero lo cierto es que la familia no puede imponer a los profesionales de un centro, la aplicación de una medida que saben desaconsejable para la persona, y eso no tiene sustento legal. A este respecto es necesario hacer una reflexión sobre qué hay detrás de una petición de ésta índole, a fin de acometer la reeducación de esos familiares de forma efectiva.

## RELACIÓN ENTRE SUJECIONES FÍSICAS Y QUÍMICAS

Hay que tener en cuenta que una potencial razón para usar sujeciones químicas es evitar las sujeciones físicas<sup>42, 43</sup>, cambiándolas así por medidas más decorosas o estéticas. La verdad es que finalmente, tras comenzar a utilizar una de las medidas, y sostenerla en el tiempo, se acaban usando las dos, en la misma persona. Es frecuente que los trabajadores de un centro que abusa de las sujeciones no saben responder, de cada residente, qué sujeción fue la primera que se aplicó, y cuándo.

Unas inducen al uso de las otras y viceversa, y muchas razones que se esgrimen para justificar las sujeciones, se usan para ambos tipos. Se ha dado el caso de reducir drásticamente el uso de sujeciones físicas, por regulaciones legales, que han tenido como efecto el aumento del uso de sujeciones químicas, al menos a corto plazo.

Los movimientos de racionalización deben acometer ambos tipos de sujeción simultáneamente, actuando sobre los factores predisponentes que comparten.

## MOVIMIENTOS DE RACIONALIZACIÓN DE USO

Es necesario velar por los derechos de las personas mayores que reciben cuidados prolongados de una forma especial, y esa es la razón que ha inspirado a las iniciativas legislativas que se han dado en algunos países, y que luego veremos con algunos ejemplos. Es preciso identificar y tratar problemas psicosociales, funcionales y sanitarios que pueden ser responsables del uso de sujeciones (por ejemplo caídas, comportamiento errante, agitación). Para reducir al mínimo el uso es preciso emprender alternativas en el tratamiento, como son: modificar el entorno para hacerlo más seguro; mantener la rutina habitual de cada individuo; utilizar métodos menos invasivos de administrar medicamentos y alimentación, y reconocer y responder a las necesidades de apoyo psicosocial, cuidados sanitarios, actividades de la vida diaria y ejercicio regular. Con esas bases, se han producido en el mundo desarrollado una serie de iniciativas profesionales, que comentaremos a continuación.

Muchos son los países que se han ocupado de arrojar luz a esta práctica, al menos cuantificándola. De ellos, los que no están satisfechos han tomado medidas para cambiar su realidad.

Ya lo hemos insinuado, unas veces han sido los profesionales los que han promovido y liderado los cambios, otras han sido los poderes públicos los que han tomado cartas en el asunto, después de que se pusiera en evidencia un abuso de esas prácticas, o se produjera escándalo social. Así nos encontramos con países que han respondido con normas jurídicas, y países que cuentan con un gran desarrollo del conocimiento y guías de buena práctica para los profesionales, así como países en los que se dan ambas. En la siguiente tabla podemos ver una comparación entre 9 países europeos y el uso de sujeciones que se da en ellos<sup>44</sup>.

Table 1. Number of Participating Institutions, Patient days, and Percentage of Restrained Patients

	NPD	GH	Restrained in GH (%)	NH	Restrained in NH (%)	Restrictive Legislation
Austria	740	2	0	1	6	Yes
Belgium	652	3	7-22	0		No
Czech Republic	99	1	3	0		No
Denmark	183	1	0	0		Yes
Finland	162	0		1	2	No
France	778	1	7	2	11-19	No
Germany	1147	5	0-2	0		Yes
Switzerland	2008	2	0-3	2	4	Yes/no*
The Netherlands	125	2	2-12	0		Yes

Notes: NPD = total number of observed patient days; GH = geriatric department in hospital; NH = nursing home; Restrained = restrained patients.

\* Depending on regional legislation of the canton.

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

Algunas iniciativas especialmente interesantes que he encontrado son:

## **Japón**

En Japón se dio primero una iniciativa profesional, que rápidamente se contagio en ese ámbito, y que posteriormente dio pie a que se legislara al respecto<sup>45</sup>.

En 1986 2 profesionales del Kamikawa Hospital de Tokio inician un esfuerzo para lograr unos cuidados libres de sujeciones, desarrollando métodos de cuidados a personas mayores frágiles, basados en el mantenimiento de la dignidad, independencia y libertad. Así en 1998 hacen pública la “Proclamación Fukuoka de Cuidados libres de Sujeciones”, en la que ya se ven envueltos todos los centros del Consejo nacional de centros de cuidados prolongados a personas mayores, lo que empuja al Ministerio de Sanidad y Bienestar del Gobierno de Japón a publicar una orden (1999) prohibiendo el uso de sujeciones físicas en los cuidados prolongados públicos.

## **Alemania**

Las referencias que se tienen de Alemania son, que es un país donde existe legislación específica restrictiva del uso de sujeciones físicas<sup>44</sup>, que es así desde que se reguló en 1996, y que dicha legislación ha tenido un escaso efecto en la práctica, evidenciando hoy día una prevalencia de sujeciones en pacientes psicogerítricos (especialmente personas dementes) muy elevada y que causa preocupación entre los profesionales de ese país<sup>46</sup>.

## **Estados Unidos**

En este país se puede observar un largo proceso que tiene origen en una cruda realidad de abuso de las sujeciones físicas, entre otras muchas deficiencias en los cuidados prolongados, puestas en evidencia en un informe, encargado por el congreso, al Instituto Americano de Medicina<sup>47</sup>.

A partir de ese informe, en el Congreso americano se produce una reacción que desemboca en el Nursing Home Reform Amendments of the

Omnibus Budget Reconciliation Act de 1987 (OBRA 87), que establece las bases para que se controlen los centros de cuidados prolongados americanos de una forma efectiva, en aras a garantizar unos mínimos en la calidad de los cuidados.

Tomada como base tal ley ómnibus, se desarrolla todo un corolario de normas federales que regulan todas las prácticas en los centros de cuidados prolongados, incluida la utilización de sujeciones físicas y químicas<sup>48</sup>.

Con una legislación restrictiva de base, se produce un movimiento de racionalización del uso de sujeciones, un poco forzado por la ley, pero también promovido por una serie de profesionales, eminentemente enfermeras, que comienzan a investigar sobre el fenómeno, y a desarrollar conocimientos y experiencias que permiten racionalizar y buscar alternativas<sup>5,8,11,13</sup>, que ha sido tomado como referencia en todo el mundo.

Con formación, control público y asesoramiento, se ha logrado llegar a la realidad actual que puede verse, on line<sup>34</sup>, de forma totalmente transparente. Hoy día la media nacional en los EE. UU. de prevalencia de uso de sujeciones no supera el 8%.

## **España**

En España no ha habido un claro movimiento profesional respecto de las sujeciones físicas hasta hace muy poco. Haciendo una revisión exhaustiva, con las limitaciones que se tienen para encontrar literatura en nuestro país, se pueden ver algunos artículos en los que se han hecho eco de lo que se publica en otros países, no habiéndose planteado nunca investigación específica en centros de cuidados prolongados hasta la aparición del Programa Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer<sup>10</sup>.

A partir del nacimiento del Programa Desatar se han puesto en evidencia algunas realidades del fenómeno de las sujeciones en España, tales como la elevada prevalencia de uso actual<sup>49</sup>, los mitos existentes, la percepción social y profesional, etc. ya comentados en el capítulo 1 de este trabajo. También se han producido una serie de colaboraciones y acciones de algunas entidades colaboradoras, en aras a racionalizar el uso.

Desde su creación en 2003, el Programa Desatar, fruto de sus acciones, y de su campaña de sensibilización, ha provocado diversas reacciones, tanto en el sector, como en la sociedad en general y en los poderes públicos, eso sí, diferentes según las regiones. En aquellas regiones donde no existía referencia a las sujeciones en su legislación, en sus procesos naturales de actualización, han comenzado a introducirlo, ya sea en decretos ya vigentes, ya sea en los borradores que están discutiendo para su próxima aprobación.

Los profesionales han reaccionado de distintas maneras, unos se han sumado a la campaña, haciendo suyos los planteamientos del programa y otros todo lo contrario, especialmente los que trabajan en centros de cuidados prolongados, muchos de los cuales se han sentido perseguidos por nuestra doctrina, tomando una actitud a la defensiva que les ha hecho blindar sus decisiones y prácticas, dentro del marco legal y normativo que tienen.

Haremos referencia mas concreta a la legislación existente y aplicable en España, en el apartado correspondiente a las referencias legales en el último capítulo de este trabajo.

# BIBLIOGRAFÍA

1. Ljunggren, G. Phillips, CD. Sgadari; A. *Comparisons of restraint use in nursing homes in eight countries*. Age and Ageing (1997); 26-S2: 43-47.
2. Programa Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer. Confederación Española de Organizaciones de Mayores - CEOMA
3. The University of Texas MD Anderson Cancer Center Restraints Improvement Group: Alternatives for Physical Restraint: Myths and Truths about Physical Restraints; Including a Nursing Survey on Restraint Practices. *The Internet Journal of Advanced Nursing Practice*. 1999. Volume 3 Number 1.
4. Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia. Violencia contra personas mayores. Ariel Editorial, 1ª Edición, 2005. p 117 y 140
5. Evans, LK. Strumpf, N. *Tying down the elderly: A review of the literature on physical restraints*. J Am Geriatr Soc (1989); 37: 65 –74.
6. Castle, NG. Fogel, B. *Characteristics of nursing homes that are restraint free*. The gerontologist (1998); Vol 38(2): 181-188.
7. Del Rio, M. *Restricciones físicas en pacientes ancianos hospitalizados. Perfiles de los pacientes y motivos de uso*. Premios nacionales de enfermería “Juan Ciudad” [http://www.profei.com/Centre\\_doc\\_2006/GESTI%D3%20DE%20CENTRES/Documentos\\_gestio\\_residencias/Restricciones\\_fisicas.pdf](http://www.profei.com/Centre_doc_2006/GESTI%D3%20DE%20CENTRES/Documentos_gestio_residencias/Restricciones_fisicas.pdf)
8. Mion, LC. Frengley, JD. Jakovcic, CA. Marino, JA. *A Further Exploration of the Use of Physical Restraints in Hospitalized Patients*. J. Am. Geriatr. Soc. (1989); 37: 949-56.
9. Colegio Oficial de Médicos de Bizkaia. *Manual para la aplicación y buen uso de medidas de restricción física en residencias de personas mayores* (2006)
10. Burgueño, AA. *Memoria del Programa Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer*. Confederación Española de Organizaciones de Mayores (2007). <http://www.ceoma.org/alzheimer/index.php>
11. Tinetti, ME. Liu, WL. Ginter, SF. *Mechanical restraint use and fall-related injuries among residents of skilled nursing facilities*. Ann Intern Med (1992); 116: 369-374.
12. Capezuti E, Strumpf NE, Evans LK, Grisso JA, Maislin G. *The relationship between physical restraint removal and falls and injuries among nursing home residents*. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 1998 Jan;53(1):M47-52.
13. Capezuti E, Evans L, Strumpf N. *Physical restraint use and falls in nursing home residents*. Journal of the American Geriatrics Society 1996;44:627–33.
14. Tinetti ME. *Factors associated with serious injury during falls by ambulatory nursing home residents*. Journal of the American Geriatrics Society 1987;35:644–8.
15. Ray, WA. Federpiel, CF. *A study of antipsychotic drug use in nursing homes: Epidemiologic evidence suggesting misuse*. American Journal of Public Health (1980); 70: 485-491.
16. Romero, M. (y cols). *Consumo de Medicamentos en la tercera edad*. Rev Esp Ger y Ger (1987); 22 (2): 73-75.
17. Schneider, LS. *Metaanalysis of controlled trials of neuroleptics treatment in dementia*. J Am Geriatrics Soc. (1990); 38: 553-563.
18. Garrard; J. Makris, L. Dunham; T. *Evaluation of neuroleptic drug use by nursing home elderly under proposed Medicare and Medicaid regulations*. Journal of the American Medical Association. (1991); 265: 463-467.
19. Zaleon, C. Guthrie, S. *Antipsychotic drug use in older adults*. Am J Hosp Pharm (1994); 51: 2917-2943.
20. Medrano, J. *Neurolépticos en la demencia en residencias de ancianos*. Rev Esp Ger y Ger. (1995); 30 (6): 389-394.



21. Ramos, P. *Perfil de prescripción y gasto farmacéutico en centros residenciales*. Tesis del Master de Administración Sanitaria. Escuela Nacional de Sanidad (1995-1997).
22. Zunzunegui, MV. *Consumo de medicamentos de los mayores de la comunidad*. Rev Esp Ger y Ger. (1997); 32 (2): 109-115.
23. Phillips CD, Spry KM, Sloane PD, Hawes C. *Use of Physical Restraints and Psychotropic Medications in Alzheimer Special Care Units in Nursing Homes*. Am J Public Health 2000; 90: 92-96.
24. Berland, B. Wachtel, TI. *Patient characteristics associated with the use of mechanical restraints*. J Gen Intern Med (1990); 5: 480-485.
25. Marks W. *Physical restraints in the practice of medicine*. Arch Intern Med (1992); 152: 2203-2206.
26. Castle, NG. Mor, V. *Physical restraints in nursing homes: A review of the literature since the nursing home reform act of 1987*. Medical Care research and review. (1998): vol 55 (2): 139-170.
27. Phillips, CD. Hawes, C. Mor, V. Fries, BE. *Facility and area variation affecting the use of physical restraint in nursing homes*. Medical Care (1996); vol 34 (11): 1149-1162.
28. Folmar, S. Wilson, H. *Social behavior and physical restraints*. The gerontologist (1989); 29 (5): 650-653.
29. Cohen C, Neufeld R, Dunbar J, Pflug L, Breuer B. Alternatives to Physical Restraints. J Gerontol Nurs 1996 22(2):23-9.
30. Dunbar JM, Neufeld RR, White HC, Libow LS. Retrain, Don't Restrain: The Educational Intervention of the National Nursing Home Restraint Removal Project. Gerontologist 1996 36 (4): 539-42.
31. Evans LK, Strumpf NE. Myths about Elder Restraint. J Nurs Schol 1990 22(2):124-29.
32. Kane RL, Carter CF, Williams TF, Kane RA. Restraining Restraints: Changes in a Standard of Care. Ann Rev Publ Health 1993 14:545-84.
33. Burgueño, AA. (2003) Análisis del uso de restricciones físicas y químicas en personas mayores institucionalizadas. *Agathos: Revista de Atención Sociosanitaria y Bienestar* (1); 14-25.
34. Nursing home compare.  
<http://www.medicare.gov/NHCompare/Include/DataSection/Questions/SearchCriteria.asp?version=default&browser=IE%7C6%7CWinXP&language=Spanish&defaultstatus=0&pagelist=Home&CookiesEnabledStatus=True>
35. Sammet K. Autonomy or protection from harm? Judgements of German courts on care for the elderly in nursing homes. J Med Ethics 2007; 33: 534-537
36. Komrad, MS. En defensa del paternalismo médico: Potenciar la máxima la autonomía de los pacientes. *Ars Médica – Revista de Humanidades* (2002); 1: 151-165.
37. Wardhaugh, J. Towards an explanation of the corruption of care. *Critical Social Policy* (1993), Vol. 13, No. 37, 4-31.
38. Garner, J. Institutional abuse of older adults. Council Report CR84. (2000). Royal College of Psychiatrists.
39. Garner, J. An ethical perspective on institutional abuse of older adults. *Psychiatric Bulletin* (2002) 26: 164-166
40. Phillips, CD. Hawes, C. Fries, BE. *Reducing the use of physical restraints in nursing homes: Will it increase costs?*. American Journal of Public Health (1993); 83: 342-348.
41. Talerico KA, Capezuti E. Myths and Facts About Side Rails. American Journal of Nursing, July 2001, Vol. 101, No.7

42. Sloane PD, Mathew LJ, Scarborough M. *Physical and pharmacological restraint of nursing home residents with dementia*. JAMA 1991; 265: 1278-1282.
43. Fonda, D. *Problems associated with prescribed drugs use in the elderly*. Aust J. Hosp Pharm (1991); 21(2): 127-130.
44. Vries et al. *Differences in period prevalence of the use of physical restraints in elderly inpatients of European hospital and nursing homes*. J Gerontol a Biol Sci Med Sci.2004; 59: m922-m923
45. Akamine Yoriko. *The movement of physical restraint-free care for the elderly in Japan and Japanese culture*. Nursing & Health Sciences (2000) 2 (2) , 79–81.
46. Bredthauer, D et al. *Factors relating to the use of physical restraints in psychogeriatric care: a paradigm for elder abuse*. Z Gerontol Geriatr. 2005; 38(1):10-8
47. IOM report: *"Improving the Quality of Care in Nursing Homes."*
48. 42 CFR Part 483 Subpart B.
49. Burgueño, A.A., Iborra, I. *Prevalencia comunicada de sujeciones físicas. Resultado de la aplicación de un sistema de información para un benchmarking anónimo entre residencias españolas del Programa desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer*. En revisión para su publicación en la revista Agathos de Atención socio-sanitaria y bienestar (2008) nº 1