

RESTRICCIONES FÍSICAS EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS ¿UNA FORMA DE MALTRATO?

J. Javier Soldevilla Ágreda
Universidad de La Rioja

El reconocimiento social a la vejez y las personas que forman parte de este colectivo es algo evidente en los últimos años. Las personas mayores se han convertido en tema de debate de científicos, políticos, demógrafos, economistas, etc., sujetos de políticas socio-económicas específicas y hoy, protagonistas casi exclusivos de normativas de la envergadura de la recién aprobada Ley de Dependencia que irrumpe en nuestro panorama como un nuevo pilar de la sociedad del bienestar.

Es en la actualidad cuando al mayor se le reconoce como un sujeto con derechos, con capacidad de cambiar las políticas sociales, con poder de aportar conocimientos y recursos a la sociedad, más sin embargo es fácil detectar, con más frecuencia de lo que quisiéramos, que cohabitan dos realidades bastante diferentes. Siguen conviviendo con bastante normalidad situaciones tan contradictorias como políticas de ocio y vacacionales para los mayores y una ausencia de marco legal efectivo que detecte, sancione y elimine factores de riesgo respecto al fenómeno del maltrato en los mayores. Este reconocimiento social choca bruscamente con el fenómeno del maltrato a las personas mayores, que al aflorar, mina y avergüenza a la misma sociedad que generosa, dice haberse reencontrado con las personas mayores como grupo de ciudadanos con todos los derechos.

A muchos de los que nos dedicamos al cuidado de los más mayores, nos sobrecogió hace ya varias décadas el libro “Sans everything”: A case to Answer, en el que Robb¹ revelaba las espeluznantes condiciones que sufrían los pacientes mayores en

1. Robb, B. (1967): *Sans Everything: A case to Answer*. London. Thomas Nelson.

algunos psiquiátricos británicos, con la esperanza de que el público en general y los profesionales en particular vieran la necesidad de introducir reformas en aquel ámbito. Pequeños cambios fueron implementados pero no con la efectividad requerida, abriéndose desde entonces una inquietud por estudiar el fenómeno de los malos tratos a las personas mayores, que obviamente no constituían nada nuevo pero, como lo calificara años más tarde el recientemente desaparecido Gerry Bennet², un importante “fenómeno iceberg” en nuestra Sociedad.

Es desde fechas muy recientes, apenas hace poco más de una década, cuando la sociedad ha ido tomando conciencia abiertamente, de la existencia de situaciones de negligencia y malos tratos a ancianos. El maltrato ha sido reconocido como un problema global de todos³, los mayores como colectivo afectado, las instituciones como responsables de la calidad de los cuidados ofertados, los políticos como sujetos responsables que deben potenciar políticas, donde el derecho de la persona mayor sea algo real para la totalidad de los mayores.

El apuntado reconocimiento social a la vejez contrasta bruscamente con la opinión de expertos y observadores que se muestran de acuerdo en que la cantidad (no la proporción) de maltrato y negligencia crecerá inevitablemente, a causa de los cambios puramente demográficos, pero que su dimensión real en nuestro entorno está prácticamente por descubrir.

Las actitudes gerontofóbicas parecen ser a todas luces un factor que contribuye a los casos de maltrato: “a medida que las personas mayores pierden sus facultades mentales y físicas, la sociedad y los individuos les marginan y menosprecian. Puede que lleguen a aceptar este bajo concepto de sí mismas y aprendan a ser incapaces. Cuando se considera que las personas tienen poco valor para la sociedad, habrá menos restricciones para tratarlas de modo abusivo y negligente” (Johnson et al 1985, citando⁴ a Block y Sinnott).

Nuestra sociedad parece mantener una diferente “vara de medir” para los problemas de los mayores con respecto a otros grupos, como de vez en cuando reflejan grandes titulares de medios de comunicación, escandalizados por el anuncio de que algunos profesionales en un centro de atención a niños, los ence-

2. Bennett, G. (1990): “Abuse of the Elderly: prevention and legislation”. *Geriatric Medicine*; Octubre, pp. 55-60.

3. OMS (2002): Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato a las personas mayores. OMS. Universidades de Toronto y de Ryerson, Ontario, Canadá. Red Internacional para la Prevención del Maltrato al Anciano (INPEA). *Rev. Esp. Geriatr Gerontol*; 37 (6): pp. 332-333.

4. Eisdorfer, C. (ed.) (1979): *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*. Vol.6, New York: Springer; Block, M.R.; Sinnott, J.D. *The Battered Elder Syndrome: An Exploratory Study*. Center on Aging. University of Maryland, citado en Hudson ME Johnson, TF. *Elder Neglect and abuse: A Review of the Literature*.

rraban en una sala (de castigo) durante un período de tiempo, al objeto de mejorar su conducta. Práctica reprobable y que la opinión pública condena con rotundidad, prácticas que creemos se pueden venir realizando de forma cotidiana en instituciones para mayores y que sin embargo la sensibilidad social y la institucional no se sorprende, no se interroga, no lo cuestiona.

Hablar del maltrato aparece como un tema tabú en el que no se quiere entrar. No es posible denunciar porque no se conoce el alcance del problema y los factores determinantes del mismo y no es posible iniciar políticas reales de erradicación del maltrato (sólo se trabaja de forma intuitiva) porque la información está blindada, aunque no exista una orden explícita de no hablar sobre ello. No puedo sino denunciar que las personas mayores dependientes son los grupos de riesgo de estas prácticas. El colectivo más vulnerable y frágil es la víctima habitual de las prácticas de maltrato⁵.

En el caso de los mayores institucionalizados, muchos de ellos dependientes en sus distintas graduaciones, como grupo con características propias son una población de escasa “trascendencia social”⁶. Determinadas reglas en la institución, aunque puedan ser abusivas o negligentes para otros colectivos, aquí pueden convertirse por rutina y falta de cuestionamiento en “el modo de hacer”. Un ejemplo claro es el arsenal de procedimientos y materiales de limitación de la autonomía del mayor que está integrado muy a menudo como una práctica habitual, natural, normal, simplemente porque siempre se ha hecho así.

Podnieks⁷ en 1985 identificó las áreas clave que contribuían a la posible negligencia y maltrato a ancianos por parte del personal: las actitudes negativas hacia los ancianos, la falta de comprensión del proceso de envejecimiento, la deficiente preparación del personal y la falta de oportunidades de promoción profesional.

En las instituciones, el cuidado de los ancianos, especialmente dependientes, con deficiencias mentales, tiene una pobre imagen que Lye⁸ en 1982 nos traslada de una manera tan gráfica al hablar de la medicina geriátrica: “es una especialidad de segunda clase, consistente en cuidar de pacientes de tercera en instalaciones de cuarta categoría”.

5. Caballero, J.C.; Remolar, M.L. (2000): “Consideraciones sobre el maltrato al anciano”. *Rev. Multidisciplinar Gerontología*; 10 (3), pp. 177-188. Ruiz Sanmartín, A.; Albert, J.; Porta, N.; Duaso, P.; Coma, M.; Requesens, N. (2001): “Violencia doméstica: Prevalencia de sospecha de maltrato a ancianos”. *Rev. Atención Primaria*, 27 (5), pp. 331-338.

6. López García de Medinabeitia, A.P. (2003): “Maltrato en el ámbito institucional”. *Rev. Multidisciplinar*, 13 (2), pp. 102-113.

7 Podnieks, E. (1985): “Elder abuse”. *The Canadian Nurse*; Diciembre, pp. 36-39.

8. Lye, M. (1982): “Geriatric Medicine and Medical Unemployment”. *Journal of the Royal College of Physicians of London*; nº 16, p. 29.

Recientemente la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología publicaba un artículo⁹ sobre “La percepción de los profesionales sobre negligencia, abuso y maltrato a personas mayores” fruto de un trabajo sociológico en el que perseguía establecer las categorías fundamentales en el ámbito institucional y comunitario, así como conocer qué entienden los profesionales por conceptos como negligencia, abuso y maltrato a las personas mayores, describir las circunstancias más frecuentes en las que se producen, ahondar en sus causas e incluso establecer la tipología de profesionales más proclive a ejercer malos tratos. De su análisis extraemos que un ejemplo claro y repetido en todos los niveles asistenciales de conducta negligente para los profesionales encuestados, es decir, asociada a una ausencia de acción con consecuencias físicas y/o psíquicas para la persona mayor, es “la utilización indebida de medios de contención e inmovilización”.

Puede entenderse como restricción física en el mayor, cualquier método o dispositivo físico o mecánico que no sea capaz de retirar con facilidad, que limita los movimientos para la actividad física o el acceso normal a su cuerpo, y que anula o disminuye la función independiente de la persona mayor. Las formas de restricción física¹⁰ pueden agruparse en:

- a) Dispositivos limitantes (barras laterales en cama, completas o parciales, uni o bilaterales, chalecos, cinturones, correas, muñequeras y tobilleras, sábanas anudadas, entablillados para evitar la flexión de extremidades, sacos de contención, etc.).
- b) Procedimientos limitantes. En este apartado se encuadrarían todos aquellos procedimientos que el profesional o la persona cuidadora utiliza con la intención de restringir el área de movimiento del mayor. No se usan dispositivos específicos pero se adecuan recursos habituales para conseguir ese objetivo (uso de mobiliario inadecuado: cama demasiado baja o alta, sillones geriátricos cerrados, asientos demasiado bajos o altos, aproximación extrema de la silla a la mesa; alejamiento o eliminación intencionada de timbres de llamada, bloqueo de la salida mediante sillas, uso de cerrojos, etc.).

En la mayoría de los casos se identifica esta práctica como una forma de cuidar que evita problemas en la población de riesgo, justificando todos los protocolos, estrategias, técnicas sobre los sistemas de limitación del movimiento, contención, para que los profesionales sean expertos en la ejecución de la misma.

9. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (2004): “La percepción de los profesionales sobre negligencia, abuso y maltrato a las personas mayores”. *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.*; 39 (4), pp. 240-254.

10. Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica: www.seegg.org. Informe técnico “*Hacia una cultura sin restricciones: Las restricciones físicas en ancianos institucionalizados*”. Revisada 24/3/2005.

En la medida en que se desarrollan estos procedimientos de restricción al mayor, implícitamente se le está dando el “visto bueno” a la práctica en sí. El maltrato puede vivirse como algo cotidiano porque todos los procedimientos de restricción física no se consideran reprobables.

Resulta paradójico detectar¹¹ cómo también desde las propias instituciones educativas –Escuelas de Enfermería, etc.– se forma al alumnado en la ejecución de estos procedimientos para el uso de las restricciones físicas y no se identifican contenidos formativos donde el alumnado aprenda a trabajar con personas mayores con problemas de conducta, con dificultades en la deambulación, etc.

El uso de restricciones desde el entorno de la Gerontología se opone a los más elementales objetivos del cuidado a personas mayores, especialmente las más dependientes y vulnerables, como son lograr el máximo grado de independencia, capacidad funcional y calidad de vida, y suponen un serio atentado contra la dignidad y la autoestima.

La dimensión del problema del uso de las restricciones físicas en España es al día de hoy prácticamente desconocido. En general se observa una evidente ausencia de líneas de investigación y de práctica profesional que incida en la prevención del uso irracional y el desarrollo de nuevas alternativas. Sin embargo, la preocupación de los profesionales sobre el mal uso y abuso de ellos aflora en numerosos foros.

Un reciente estudio comparativo de ámbito internacional perfila un retrato oscuro de nuestro país referenciado por Burgueño¹²: utilizamos de dos a cuatro veces más las restricciones físicas que en otros siete países de primer nivel.

Cuando la sociedad en general habla sobre algo, posiblemente se están moviendo los pilares de ese fenómeno y estemos en vías de cambiar. Se hace necesario reconocer la restricción física o contención como una práctica común en la institución, que en la mayoría de los casos puede ser una práctica abusiva y lesiva y que al generalizarse, entiendo, pueden constituir una forma de maltrato. Esta necesidad convive con los objetivos y la actividad del Grupo de Trabajo sobre “Protección al Mayor” de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica quien ha profundizado de forma específica sobre las restricciones físicas como una forma de trato inadecuado bastante extendida en las instituciones geriátricas, y cuyo Documento Técnico en cuya hechura tuve el honor de

11. Rodríguez Testal, J.F., León Fuentes, J.L. (2002): “Maltrato en la vejez: Aspectos psicopatológicos”. *Rev. Geriatrika*; 18 (3), pp. 91-100.

12. Burgueño, A.A. (2003): “Análisis del uso de restricciones físicas y químicas en personas mayores institucionalizadas”. *Agathos: Revista de atención sociosanitaria y Bienestar*; Marzo (1), pp. 14-25.

participar, inicia un debate en profundidad sobre el uso y abuso de las restricciones físicas en las personas mayores en el medio institucional.

El uso de restricciones está fuertemente influenciado por la formación de los profesionales así como por la cultura y política asistencial de las instituciones. Hope¹³ destacaba que las actitudes de los estudiantes de enfermería hacia los ancianos no son más positivas que las de los estudiantes de secundaria, si a eso unimos, la formación en el uso de restricciones físicas todavía en muchas de las Escuelas de Enfermería de nuestro entorno, y la referida habitual práctica de los profesionales en su ejercicio dentro de las instituciones, nos ha de llevar a indagar en las percepciones y comportamientos que tienen esos estudiantes de enfermería frente al uso de restricciones físicas en los ancianos institucionalizados como fórmula para el cambio.

Para cambiar la práctica de los profesionales, y los futuros enfermeros y, en general de la sociedad en el uso de restricciones con la persona mayor en las instituciones, es necesario conocer hasta donde alcanza esta práctica y qué idea dominante subyace a dicho proceso. Trasladaré con tal motivo a estas páginas dos experiencias en las que he participado personalmente que tratan de contribuir a hacer visible, social y profesionalmente, que estas prácticas de uso inadecuado de las restricciones físicas en el anciano institucionalizado, forman parte de un fenómeno de maltrato en el mayor y deben ser revisadas en profundidad.

La dimensión epidemiológica del uso de restricciones físicas en el anciano institucionalizado

La primera de estas intervenciones¹⁴ buscaba dar a conocer hasta donde alcanza el uso de restricciones físicas en el anciano institucionalizado en nuestra Sociedad.

Desde el seno del Grupo de Protección al Mayor de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica (SEEGG) al que pertenezco, y utilizando el acceso a sus asociados de distintos ámbitos asistenciales, se procedió a explorar el uso de Restricciones Físicas (RF) en las instituciones, y pilotar un cuestionario como prólogo y ensayo de una investigación ulterior más amplia que pudiera dirigirse a todo el territorio nacional.

Como sospechábamos por distintos estudios, constatamos el grado de dificultad que este tipo de problemas tiene para ser identificado y consecuente-

13. Hope, P. (1992): "Point of View". *Nursing standard*. 6 (15/16), p. 43.

14. Zanza, M.J.; Toronjo, A.; Rojas, M.J.; Díaz de Durana, O.; Elsdén, C.A.; Soldevilla, J.J. (2004): "Uso de restricciones físicas en las instituciones gerontogeriatricas". *Gerokomos*; 15 (4), pp. 217-227.

mente poder ser abordado. A pesar de las vías de difusión utilizadas, la tasa de respuesta fue baja –algo previsible en este tipo de cuestiones–, sin embargo los resultados son de suficiente significado social como para no dejarlos ocultos¹⁵.

Los datos obtenidos no pudieron considerarse generalizables al territorio nacional, ya que no partimos de una muestra representativa de la población de estudio, aunque si nos permitió analizar las características, la causa y el seguimiento del uso de restricciones físicas en instituciones, respecto a los más de quinientos casos que se captaron.

El cuestionario se remitió a todos los socios SEEGG (n= 385), junto con las orientaciones de uso y la consigna de difundirlo en el mayor número de centros posible. Consta de seis dimensiones, integradas en los siguientes apartados:

- datos de identificación de la persona que cumplimentaba el cuestionario (profesión edad, sexo...),
- datos de identificación del centro (sanitario, residencial, capacidad, unidades, número de camas/unidad...),
- caracterización del equipo profesional que atiende el centro,
- caracterización del centro en relación a la indicación y seguimiento de la restricción (protocolos en el uso de restricciones, prescripción de la misma, supervisión...),
- tipología de las personas mayores que en el momento de ser pasado el cuestionario estaba sometido a restricción física (sexo, edad, procesos de salud, medicación...),
- motivos que se argumentan para el uso de la restricción y caracterización del tipo de restricción.

Es de destacar que el grueso de la información recibida parte de centros geriátricos y sociosanitarios (en el 80% de los casos de titularidad pública, con elevada ocupación: 80-100 %), siendo menor (solo un 14%) el número de centros sanitarios de los que se obtuvieron datos, y mayoritariamente son las enfermeras (93,5%) las que han respondido a la invitación. Veintisiete centros informaron sobre un total de 537 pacientes mayores identificados con restricción física entre sus paredes.

Otras características dominantes de los centros documentados, apuntan a que la estancia media es muy alta (varios años), utilizados como alternativa al domicilio (mayores solos, el domicilio no reúne las condiciones adecuadas a su nivel de dependencia y/o por la complejidad del proceso), el número de enfer-

15. Ljunggren, G.; Phillips, C.D.; Sgadari, A. (1997): "Comparisons of restraint in nursing homes in eight countries". *Age and Ageing*; 26 (S2), pp. 43-47.

meras o auxiliares por unidad en los centros sociosanitarios es una información significativa y llamativamente baja, solo un 8,6% de los centros informan de un equipo de profesionales completo: Trabajadores Sociales, Fisioterapeutas y Psicólogo. Como se pondrá de manifiesto, en muchas ocasiones el motivo de la restricción es el riesgo de accidente en la persona mayor porque no existe suficiente personal para atender de forma individualizada a las personas mayores más vulnerables. El ratio de usuarios/profesional de los cuidados, adquieren un valor significativo en la práctica de la restricción física en los centros.

Caracterización del centro en relación a la indicación y seguimiento de la restricción

Los datos reportados por esta investigación no difieren de los datos generales que actualmente existen ante este tipo de problemas¹⁶. De forma específica los aspectos recogidos muestran la siguiente fotografía, que entiendo por su didacticismo, se convierten en puntos clave para una actuación preventiva ulterior:

Profesionales que prescriben la restricción

En la mayoría de los casos, la RF se prescribe conjuntamente por más de un profesional -médico/enfermera, enfermera/auxiliar-. Los casos en los que la prescripción está rubricada por un médico se encuentran amparados por la normativa vigente. Pero también se observan situaciones donde son otros profesionales los que prescriben -enfermera/auxiliar-, algunos de ellos, además, refieren que tienen protocolo para el uso de la RF, pero aparecen casos en los que sin que exista protocolo (que se entiende como documento de uso interno consensuado por el equipo de salud) se observa que la restricción se aplica sin criterios previamente explícitos. En un 2% de los casos se detecta que la restricción nadie la ha prescrito, aspecto de extrema gravedad si tenemos presente los riesgos que conlleva la práctica.

Existencia de protocolo

Se detecta que el 84,4% no tienen ningún protocolo por el que guiar la práctica de este tipo de intervenciones. El que no exista protocolo suele ir acompañado de un alto grado de arbitrariedad en el seguimiento de la restricción (intervalos de vigilancia, cambios posturales, observación de zonas de riesgo en úlceras por presión...).

16. Rubio, R.; Muñoz, J. (2000): "Los malos tratos en personas mayores: un reto a superar en el tercer milenio". *Geriatrka* vol. 16 (7), pp. 36-51. Alarcón, T. (2001): "Uso de restricciones físicas en el anciano en el siglo XXI ¿necesidad o falta de información?". *Rev. Esp. Geriatr: Gerontol*; 36 (1), pp. 46-50.

Respecto a la supervisión de la restricción física

Casi el 50% de las mismas es supervisada por el personal auxiliar. Un 20% aparecen enfermera-auxiliar y un 25,5% aparece la enfermera. Nadie lo supervisa, se detecta en un 1,9 % (frecuencia de diez pacientes), con el consiguiente riesgo que supone para la vida de la persona mayor y el riesgo de procesos secundarios de este tipo de prácticas.

En cuanto al registro

Se observa un porcentaje significativo (67,4%) de los casos en los que se detecta que no se hace ningún tipo de registro (profesional que lo prescribe, fecha de inicio, estado del paciente, cambios posturales...). Este hecho hace imposible detectar los procesos secundarios que suelen ir unidos la práctica de la RF, no permitiendo establecer relación entre causa/efecto entre la práctica de la RF y sus consecuencias.

Frecuencia en la supervisión

La variabilidad que se detecta hace sospechar que es bastante arbitrario el criterio y se corresponderá con las valoraciones individuales del equipo de profesionales que está en cada unidad.

Conformidad con la restricción

El 63,9% no tiene la firma de conformidad del paciente y/o tutor. En este caso podemos plantear varias hipótesis: la institución como tal aparece como tutor/a de la persona mayor, y en estos casos son los profesionales los que determinan la necesidad o no de la restricción, y en otros casos se presupone que no es necesario el permiso del usuario (por otro lado es obvio ya que posiblemente ninguno daría el VºBº a esta práctica) y, en ultimo caso, ni siquiera se reflexiona al respecto porque la persona mayor “no tiene ese derecho”.

Tipología de las personas mayores que en el momento de la cumplimentación del cuestionario estaban con restricción física (RF)

Perfil de los pacientes

Las mujeres suponen el 70,9% del total, congruente con la representación de las mujeres en los centros geriátricos, la mayor edad y consecuentemente la presencia de procesos y/o riesgos (caídas, vagabundeo, fármacos que disminuyen el estado de conciencia de la persona mayor).

Características de la enfermedad

Los procesos neurológicos suponen el 68,9% de los casos, de los cuales el 28,3% son pacientes con enfermedad de Alzheimer; el 40,6% con otro tipo de demencias. El 31,1% no presenta ninguna enfermedad demencial. La bibliografía¹⁷ describe que la causa más frecuente para el uso de cualquier tipo de restricción es la incapacidad mental del sujeto y la falta de control sobre sus propias acciones. Por otra parte, esta falta de conciencia hace que sea más fácil justificar la restricción física y la posterior falta de control. Los procesos secundarios no se podrían relacionar con el uso de la restricción ya que el propio paciente nunca podrá describir cómo es el proceso.

Si observamos la distribución por sexo, las demencias y el uso de restricciones se detecta que el 51% de los mayores que están con alguna restricción son mujeres con algún tipo de demencia (Alzheimer u otras). El 33,3% de todos los mayores con RF no presenta otro tipo de enfermedades. El porcentaje restante se distribuye en procesos habituales para este tipo de población (Hipertensión, Diabetes...).

Respecto a accidentes sufridos por el paciente

El 68,9% no ha sufrido ningún accidente previo a la decisión de la restricción física. Es un dato importante a analizar ya que el riesgo de caídas una de las causas de la restricción y en estos casos el indicador de riesgo que supone el haber sufrido un accidente previo no aparece en casi el 70% de los mayores.

Podría decirse que el perfil del mayor con restricción física es una mujer (70,9%) con un proceso neurológico (68,9%) mayor de 80 años (65,2%), que lleva con restricción hace más de un año (51,4%) de forma continuada (76,2%).

Características de la RF y argumentos para su uso

El tipo de restricción es muy variado, apareciendo desde las barandillas completas (uso diario en un 87,2% de los casos), restricciones de tronco (36,1% con uso diario), de miembros (3,9% de uso diario) y restricciones con silla (19,6%).

El motivo de la restricción se concentra en riesgo de caída (67,6%), o el riesgo unido a otras posibles causas (vagabundeo, conducta de riesgo...) en el 23% de los casos. La restricción es continuada (76,2% de los pacientes). En cuanto al

17. Decalmer, P.; Glendenning, F. (2000): *El maltrato a las personas mayores*. Barcelona: Paidós. Pszemiarower SN. (2002): "Abuso y maltrato en la vejez". *Geriatrika*. Vol. 16 (1), pp. 17-40.

tiempo que lleva la práctica en el mismo paciente, el 51,4% de los casos tiene una restricción desde hace más de un año.

Sensibilizar al colectivo de profesionales de la salud que laboran en instituciones gerontológicas es sin duda un recurso de enorme potencial en la reducción y/o eliminación de este tipo de prácticas, y fue el detonante del segundo de los trabajos que quiero presentarles dirigido a aproximar la percepción de los estudiantes de Enfermería sobre el uso de restricciones físicas en los ancianos.

Se realizó un estudio piloto y descriptivo de percepción de uso de medidas de restricción física en los ancianos a través del instrumento PRUQ, un cuestionario de percepción del uso de restricciones, autoadministrado, desarrollado por Lois Evans y Neville Strumpf, investigadores de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Pennsylvania¹⁸ en 1986, que busca determinar la importancia relativa que los profesionales de enfermería o gerocultores dan a las razones para utilizar restricciones físicas con los ancianos. Las propiedades métricas de validez y fiabilidad del instrumento están suficientemente avaladas¹⁹. Su traducción al castellano fue realizada por Antonio Burgueño como instrumento para un trabajo de campo con profesionales de la enfermería dentro del Programa “Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer” de la Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA) en el año 2004.

Se aplicó a una población de alumnos de tercer curso de la Escuela Universitaria de Enfermería de Logroño, elegidos al azar (a estas alturas de formación clínica han tenido oportunidad de contactar directamente con ancianos en instituciones hospitalarias y residenciales, y por ende haber tenido la oportunidad de fraguar actitudes y comportamientos sobre el uso de dispositivos de restricción física dirigidos a éstos).

Combinando metodología cuantitativa y cualitativa, las respuestas ofrecidas por los encuestados fueron categorizadas por temas y comparadas con la matriz de conductas e intervenciones que aparece en el instrumento original, destacando entre los resultados:

Que la importancia que se da al uso de restricciones físicas está claramente defendida y “justificada” por la relevancia que tiene el evitar que los ancianos caigan de la cama, seguido de motivos dirigidos a evitar que se puedan quitar diferentes tipos de dispositivos terapéuticos (catéter, sonda, tubo de alimentación, etc.), mientras que los motivos que se presentan como menos importantes tie-

18. Hartford Center of Geriatric Nursing Excellence: www.nursing.upenn.edu/centers/hcgne. “Instrument from the Program of Research on Individualized Care/restrain Reduction: 1986-1999”. Revisada 30/05/2005.

19. Evans, L.K. & Strumpf, N.E. (1993): *Frailty and physical restraint. Aging and musculoskeletal disorders*. New York: Springer.

nen que ver con aspectos más psicosociales, como evitar coger cosas de otros, que moleste a otros o proporcionar descanso.

Desde el enfoque cualitativo se clasificaron las respuestas según estuvieran relacionadas con el riesgo de caídas, con las interferencias o interacciones con los posibles tratamientos que estuviera recibiendo el anciano y en un amplio grupo de otras intervenciones o comportamientos. Las medidas ambientales o del entorno para evitar el riesgo de caídas son las que aparecieron con más frecuencia. En este sentido se enunciaban algunas medidas como:

- Adaptar la vestimenta de modo que sea cómoda y confortable.
- Mejorar el acceso a las llaves-interruptores de la luz.
- Colocar agarraderos y barandillas.

A pesar de las necesidades apreciadas de contextualizar algunos aspectos o listados de intervenciones del cuestionario de acuerdo a la formación y disponibilidad de opciones que plantean, ligeramente distantes de las que tenemos en nuestro país, el estudio acercó algunas actitudes categóricas de la población joven y poco experimentada de futuros profesionales del cuidado.

Destaca la mayor importancia dada a los aspectos más técnicos y del entorno y menos a las necesidades psicosociales de los ancianos. Utilizar una RF para evitar que se arranque un catéter o sonda, una vía intravenosa, una sonda de alimentación o apósitos, son respuestas muy numerosas bien por mimetismo con los profesionales en ejercicio que ilustran sus prácticas clínicas, en posible sintonía con la consecución de objetivos²⁰ organizativos evitando que manipulen dispositivos que cuestan tiempo y dinero reinstalar, o por una desviación en la formación que desde la propia entidad docente están recibiendo.

A la vista del agrupamiento que se observó en la respuesta de ¿por qué se aplicarían las restricciones?, dando la máxima importancia al riesgo de caídas de la cama, sorprende ese rigor, quizá influenciado por el temor y las complicaciones mucho más punitivas al acompañarse de trastornos visibles (contusiones, fracturas, hematomas, etc.) de las caídas, cuando entre las opciones presentadas, otras pueden tener un valor incluso más lesivo.

Es igualmente destacable en esta sinopsis del estudio, la gran cantidad de opciones alternativas que plantearon los estudiantes, que entendemos harían reducir el uso inadecuado de las restricciones físicas y que, sin embargo, como ha quedado manifiestamente al descubierto en el primero de los estudios analizados, no se ha evidenciado. Esta realidad nos puede llevar a pensar que estos encuestados,

20. JBI (2002): Physical Restrain-Pt 1: Use in Acute and Residential Care Facilities, Best Practice, Vol. 6, Iss. 3, Blackwell Publishing Asia, Australia.

claramente influenciados, modelados, por los formadores (profesores y profesionales clínicos) reflejan una realidad claramente reproble: las alternativas al uso de las restricciones físicas a los ancianos en las instituciones son conocidas, sin embargo no se utilizan con la frecuencia que se debiera, por quizá generar un mayor desgaste en su puesta en práctica y supervisión que el naturalizado uso de los múltiples dispositivos y acciones para atar que tenemos a disposición.

Voy a permitirme a la vista del acercamiento al tema que supusieron ambos trabajos, enunciar algunas consideraciones que pudieran servir de plataforma de actuación ante un serio problema:

- El alcance de la práctica de Restricciones Físicas en las instituciones que atienden a los mayores no se conoce, pero la sospecha de que es una práctica bastante extendida y normalizada la podemos confirmar sin temor a equivocarnos. El estudio de Pillemer y Moore (1990) en una población de quinientas setenta y siete enfermeras y auxiliares reveló que mas del 40% reconocía haber cometido abuso. Concretamente la contención se identificaba como uno de los más frecuentes.
- Es de destacar la normalidad con que se trata el fenómeno de la Restricción Física, donde estarían incluidas todas las formas de contención que podamos imaginar.
- La cantidad y variedad de recursos, así como las técnicas para la contención, nos indica lo integrado que puede estar en los pilares de la propia organización institucional.
- El uso de restricciones físicas es una práctica tan habitual que difícilmente provoca cuestionamiento en los grupos implicados (profesionales, familia...).
- Confirmar una falta de datos sobre los potenciales beneficios que se le imputan al uso de restricciones físicas en el anciano, práctica basada en “creencias erróneas”, convencionalismos e historicismo, sin ningún tipo de evidencia científica.
- Las personas mayores a las que se les realiza la Restricción Física en este estudio se corresponden con el perfil de las víctimas que están tipificadas en la literatura²¹. Son los que presentan un estado de dependencia física y afectiva a los que se suma la pluripatología. Son los más dependientes, los más indefensos, donde el componente de problemas mentales está pre-

21. Johnson, T.E.; O'Brien, J.G.; Hudson, M.F (1985): *Elder Neglect and Abuse: An Annotated Bibliography*. Greenwood Press. Westport, Conn. Jiménez, P. & Jiménez-Poyato, I. (2003): “Aspectos legales sobre el maltrato a las personas mayores”. *Rev. Esp. Geriatr. Gerontolol*; 38 (1), pp. 46-53.

sente. Son los mayores que han perdido la capacidad de decisión y no tienen tutores (familiares o profesionales) que velen por sus intereses

- Las estructuras físicas y organizativas de las instituciones hacen que los profesionales lleguen a vivenciar la práctica de la Restricción Física como un mal menor al que le obliga la propia institución para prevenir accidentes de los mayores. Este es otro de los argumentos más potentes que se utilizan para su práctica. La falta de profesionales para atender un ratio de personas mayores con un alto grado de dependencia, es otro de los motivos implícitos que emergen para que el problema se perpetúe.
- Los criterios de la institución en relación a la práctica de la restricción física y el seguimiento de la misma, son otros de los grandes problemas. Interiorizar las características de la práctica nos puede hacer caer en un grave error. Reivindicar los protocolos de seguimiento es, en alguna medida, asumir la práctica como algo que hay que regular, con lo que es un arma de doble filo. Todo lo que se regula se asume como adecuado.
- Muchos centros y profesionales prefieren no entrar en el tema dado el grado de conflictividad que provoca, como apuntan otros estudios similares, invitándonos a pensar que es un tema presente que tratan de ocultar.
- “El modo de hacer” o el “se ha hecho siempre” ponen en marcha mecanismos y procedimientos que se llegan a automatizar dentro de la institución sin que se piense que se están vulnerando los derechos de la persona dependiente. No puede olvidarse que en teoría, la institución, a través de los profesionales que la integran, debería ser la voz de los más débiles, de los más frágiles. Es importante destacar que según datos de un estudio del IMSERSO (2000), la dependencia en los mayores aparece como una característica de peso en los grupos de edades más avanzadas. No parece coherente que se oferte desde la administración pública, la institución como la alternativa al domicilio para los grupos más dependientes y vulnerables, y, al mismo tiempo, sea esta institución la que ejerce esta represión con el mayor. En muchos de estos pacientes una vez que se les inicia la práctica de la restricción mueren con ella.
- A la vista de la ligereza en el uso de las restricciones físicas a los ancianos en el marco institucional, entendemos que éste se ve amparado por un desconocimiento de las consecuencias negativas de esta práctica, que según ponen de manifiesto diferentes estudios²² pueden suponer desde una pérdida de capacidad funcional en el sistema osteo-articular hasta la

22. Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica: www.seegg.org. Informe técnico “Hacia una cultura sin restricciones: Las restricciones físicas en ancianos institucionalizados”. Revisada 24/3/2005.

asfixia y estrangulamiento, pasando por estrés, miedo, pérdida de autoestima, apatía, agresividad, lesiones de piel, incontinencia, etc.

- El marco legal donde se mueve el fenómeno, también aparece como un cúmulo de ambigüedades. Cuando nos vamos al seno legal podemos encontrar cómo el Código civil en su artículo 211 sobre la tutela, o la Ley General de Sanidad (art.10) dice algo sobre el consentimiento informado, pero realmente no tiene ningún valor real en la práctica institucional. La información que se oferta a la familia para dar el “consentimiento informado”, lleva de forma inexorable al permiso en el uso de tales prácticas. La información previa que se le ofrece a la familia enfatiza los riesgos que tendrá el mayor y no se aporta información sobre otras posibles alternativas a la restricción. Es obvio que ante el riesgo, la familia o el tutor dejan en manos de los profesionales la decisión “les firman un papel en blanco”. Desde esta perspectiva son lógicos los datos donde ni siquiera se identifica como una “práctica de riesgo” el que se esté aplicando la Restricción Física sin el permiso. A veces, el permiso se obtuvo al inicio y es un cheque en blanco para posteriores situaciones.
- El principio bioético de autonomía plantea que no pueden tomarse decisiones sobre el uso de restricciones o de cualquier otro tipo contra la voluntad del individuo²³. En situaciones en que se considere necesario se deben tomar medidas que garanticen la buena práctica, es decir la corrección y necesidad terapéutica (principio de no maleficencia), asegurándose que las indicaciones de uso siempre superan las aludidas contraindicaciones y de que no existen alternativas menos agresivas. Usarse estas medidas en beneficio del usuario y no de los profesionales (principio de beneficencia) y pedir el consentimiento informado de la familia o tutor cuando la persona no es capaz, en un nuevo intento de preservar el principio de autonomía, completarían esta reflexión ética.
- La única razón legítima para usar restricciones debería ser la terapéutica, garantizando la seguridad y mejorando el bienestar del anciano, sin embargo, no hay evidencias científicas que avalen la consecución de estos objetivos y sí estudios que ponen de manifiesto las consecuencias negativas de tal práctica.
- Ante situaciones “excepcionales” que pueden llevar al uso “temporal” de las restricciones físicas, es obligado establecer entre el equipo profesional con exquisitez y extremo respeto de los derechos del mayor, las reglas, los

23. Moya, A.; Barbero, J. (2003): “Malos tratos en personas mayores: marco ético”. *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.*; 38 (1), pp. 177-185.

criterios de uso, avalando la gran importancia de la puesta en marcha de protocolos de aplicación y seguimiento.

- Se hace preciso continuar con nuevas líneas de trabajo que busquen cambios de enfoque, donde el respeto a la autonomía y la libertad del mayor anulará prácticas inadecuadas relacionadas con el uso de restricciones físicas al anciano, especialmente con el más frágil y vulnerable. Las restricciones de movimiento deben ser consideradas como el último recurso²⁴.
- El límite entre lo que puede ser necesario, lo conveniente para evitar riesgos y su mala utilización o abuso es estrecho en clara relación con los aspectos éticos que están en juego y entiendo que es preciso legislar al respecto ante la escasa y difusa normativa existente.
- Como gesto esperanzador, a nivel internacional, el Parlamento Europeo (Tratado de Ámsterdam 1997), entre otros organismos, refleja el marco social europeo, estableciendo determinadas previsiones respecto a la protección laboral, económica, asistencial y sanitaria, donde se pueden identificar medidas de protección social específicas.
- La enfermera ha sido el principal participante en el estudio epidemiológico. Es sin duda el profesional que está “a pié de cama” con los mayores más dependientes. Predominan profesionales de enfermería en su mayoría mujeres, con una edad que puede catalogarse como de madurez profesional, donde la capacidad de análisis y juicios profesionales están ya bastante instaurados, lo que evidencia que el problema tiene un anclaje histórico.
- El cambio siempre es difícil. Disminuir el uso de restricciones físicas es cambiar cuidados que tradicionalmente se han considerado aceptables, y debe de planificarse desde todas las esferas, iniciándose en el transcurso de la formación de pregrado de los profesionales, los que realmente pueden actuar como “motor de cambio”.
- No es tolerable que los futuros profesionales de enfermería, al apuntar los motivos que justificarían el uso de restricciones físicas a las personas mayores den una mayor importancia a los aspectos más técnicos y del entorno y menos a las necesidades psicosociales de los ancianos, sacrificando comodidad y dignidad de un anciano institucionalizado sometiendo a restricciones físicas para garantizar la conservación de equipos como sondas vesicales y de alimentación, catéteres venosos, apósitos y otros materiales de cura, costosos (especialmente en tiempo) para los profesionales encargados de su cuidado.

24. Fletcher, K.R. (1989): “Las restricciones de movimiento deben ser el último recurso”. *RN* (Ed. Española); 1 (1), pp. 3-5.

- Los alumnos de enfermería, como el resto, están modelados por sus formadores (profesores y asociados clínicos). Son muchas las opciones alternativas que plantean los estudiantes al uso de restricciones físicas al anciano institucionalizado que sin embargo, a la vista de la epidemiología del problema, no se ponen en marcha. Entiendo que se hace necesario reorientar esta desviación desde las estructuras docentes.
- La consideración de la restricción física como un mal menor, el desconocimiento de alternativas y el vacío legal, lleva a los profesionales y en general a la Sociedad a una normalización de este tipo de práctica con el mayor, arrastrando a consecuencias tan viciadas y poco reflexionadas como:
 - Formación técnica de los profesionales y alumnos sobre el uso de las restricciones físicas como instrumentos terapéuticos.
 - Elaboración de protocolos de uso en las instituciones sin argumentos previos sobre la necesidad de tratar de evitarlas.
 - Investigación, desarrollo y comercialización de utillajes para una más eficiente inmovilización.
- La utilización de restricciones físicas en la persona mayor atenta contra las bases fundamentales del cuidado, radicadas en el mantenimiento del mayor grado de autonomía e independencia de la persona cuidada en cualquier entorno en el que se encuentre.
- La toma de conciencia de los profesionales sanitarios, como reflejo del resto de la Sociedad, sobre el abuso o maltrato en los mayores es de fechas muy recientes, lo cual nos indica que es hoy tiempo de comenzar a reaccionar.
- Las restricciones usadas de una forma irracional se han de contemplar como parte del fenómeno de maltrato al mayor, que lleva a una práctica deshumanizada²⁵.

La progresión en cifras del grupo de los más mayores de nuestra sociedad, de la que hemos sido y seremos testigos en los próximos años²⁶, nos insta hoy a una reflexión severa y urgente sobre este problema encubierto o desconocido. Escuchemos en primera instancia las voces ausentes de algunos mayores que han vivido esta clara forma de maltrato físico y psicológico²⁷, traslademos al seno de los centros de formación de los profesionales de la salud estos cuestionamientos,

25. Gil Calvo E. (2003): El maltrato a la vejez [artículo de prensa]. Madrid: El País, 21 de septiembre.

26. IMSERSO (2000): *Las personas mayores en España. Informe 2000*. Madrid. MAS.

27. OMS, INPEA (2002): "Voces ausentes. Opiniones de personas mayores sobre abuso y maltrato al mayor"; 37, pp. 319-331.

y ayudemos a transformar una realidad vergonzante para una Sociedad que dice proteger a los seres más débiles y vulnerables.



*“... simplemente entraron, pusieron la sujeción
y no dijeron ni una palabra”*

Bibliografía

- ALARCÓN, T. (2001): “Uso de restricciones físicas en el anciano en el siglo XXI ¿necesidad o falta de información?”. *Rev. Esp. Geriatr. Gerontolol.*; 36 (1), pp. 46-50.
- BENNETT, G. (1990): “Abuse of the Elderly: prevention and legislation”. *Geriatric Medicin*; Octubre, pp. 55-60.
- BLOCK, MR.; SINNOTT, JD. (1979): *The Battered Elder Syndrome: An Exploratory Study*. Center on Aging. Univesity of Maryland.
- BURGUENÑO, AA. (2003): “Análisis del uso de restricciones físicas y químicas en personas mayores institucionalizadas”. *Agathos: Revista de atención socio-sanitaria y Bienestar* Marzo(1), pp. 14-25.
- CABALLERO, JC.; REMOLAR, ML. (2000): “Consideraciones sobre el maltrato al anciano”. *Rev. Multidisciplinar Gerontología*; 10 (3), pp. 177-188.
- DECALMER, P.; GLENDENNING, F. (2000): *El maltrato a las personas mayores*. Barcelona: Paidós.
- EVANS, LK.; STRUMPE, NE. (1993): *Frailty and physical restraint. Aging and musculoskeletal disorders*. New York: Springer.

- FLETCHER, KR. (1989): "Las restricciones de movimiento deben ser el último recurso". *RN* (Ed. Española); 1(1), pp. 3-5.
- GIL CALVO, E. (2003): El maltrato a la vejez [artículo de prensa]. Madrid: El País, 21 de septiembre.
- (HCOGNE) HARTFORD CENTER OF GERIATRIC NURSING EXCELLENCE: www.nursing.upenn.edu/centers/hcgne. "Instrument from the Program of Research on Individualized Care/restrain Reduction: 1986-1999". Revisada 30/05/2005.
- HOPE, P. (1992): "Point of View". *Nursing standard*. 6 (15/16), p. 43.
- HUDSON, ME; JOHNSON, TE (1979): "Elder Neglect and abuse: A Review of the Literature", in Eisdorfer C. (ed). *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*. Vol.6, New York: Springer.
- IMERSO (2000): *Las personas mayores en España. Informe 2000*. Madrid. MAS.
- JBI (2002): Physical Restrain- Pt 1: "Use in Acute and Residential Care Facilities, Best Practice" Vol 6 Iss 3, Australia: Blackwell Publishing Asia.
- JIMÉNEZ, P; JIMÉNEZ-POYATO, I. (2003): "Aspectos legales sobre el maltrato a las personas mayores". *Rev. Esp. Geriatr Gerontol*; 38 (1), pp. 46-53.
- JOHNSON, TE; O'BRIEN, JG.; HUDSON, ME (1985): *Elder Neplect and Abuse: An Annotated Bibliography*. Westport, Conn.: Greenwood Press.
- LJUNGGREN, G.; PHILLIPS, CD.; SGADARI, A. (1997): "Comparisons of restraint in nursing homes in eight countries". *Age and Ageing*; 26(S2), pp. 43-47.
- LÓPEZ GARCÍA DE MEDINABEITIA, AP. (2003): "Maltrato en el ámbito institucional". *Rev. Multidisciplinar*, 13 (2), pp. 102-113.
- LYE, M. (1982): "Geriatric Medicine and Medical Unemployment". *Journal of the Royal College of Physicians of London.*; nº 16, p. 29.
- MOYA, A.; BARBERO, J. (2003): "Malos tratos en personas mayores: marco ético". *Rev. Esp. Geriatr Gerontol*; 38 (1), pp. 177-85.
- OMS, INPEA (2002): "Voces ausentes. Opiniones de personas mayores sobre abuso y maltrato al mayor". *Rev Esp. Geriatr Gerontol*; 37 (6): pp. 319-331.
- OMS, INPEA (2002): "Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato a las personas mayores". OMS. Universidades de Toronto y de Ryerson, Ontario, Canadá. Red Internacional para la Prevención del Maltrato al Anciano (INPEA). *Rev. Esp. Geriatr Gerontol*; 37 (6): pp. 332-333.
- PODNIKS, E. (1985): "Elder abuse". *The Canadian Nurse*; Diciembre, pp. 36-39.
- PSZEMIAROWER, SN. (2002): "Abuso y maltrato en la vejez". *Geriatrika*. Vol. 16 (/), pp. 17-40.
- ROBB, B. (1967): *Sans Everything: A case to Answer*. London. Thomas Nelson.
- RODRÍGUEZ TESTAL, JE; LEÓN FUENTES, JL. (2002): "Maltrato en la vejez: Aspectos psicopatológicos". *Rev. Geriatrika*; 18 (3), pp. 91-100.
- RUBIO, R.; MUÑOZ, J. (2000): "Los malos tratos en personas mayores: un reto a superar en el tercer milenio". *Geriatrika* vol. 16 (7), pp. 36-51.

- RUIZ SANMARTÍN, A.; ALBERT, J.; PORTA, N.; DUASO, P.; COMA, M.; REQUESSENS, N. (2001): "Violencia doméstica: Prevalencia de sospecha de maltrato a ancianos". *Rev. Atención Primaria*, 27 (5), pp. 331-338.
- SEEGG - Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica: www.seegg.org. Informe técnico: "*Hacia una cultura sin restricciones: Las restricciones físicas en ancianos institucionalizados*". Revisada 24/3/2005.
- SEGG Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (2004): "La percepción de los profesionales sobre negligencia, abuso y maltrato a las personas mayores". *Rev Esp Geriatr Gerontol*; 39(4), pp. 240-254.
- ZANZA, MJ.; TORONJO, A.; ROJAS, MJ.; DÍAZ DE DURANA, O.; ELSDEN, CA.; SOLDEVILLA, JJ. (2004): "Uso de restricciones físicas en las instituciones gerontogeriatricas". *Gerokomos*; 15(4), pp. 217-227.