



**Universidad  
Zaragoza**

Trabajo Fin de Máster

**Percepciones sobre el uso de restricción física en los  
profesionales de la salud**

**Perceptions of physical restraints use among  
healthcare professionals**

Autor/es

Olga Lorenzo Numancia

Director/es

Ángel Gasch Gallén

Escuela de Ciencias de la Salud  
2015-2016

## **Resumen**

**Objetivo:** Identificar las percepciones en el uso de restricción física así como los conocimientos en el tema de un grupo de enfermeras, técnicos de cuidados auxiliares de enfermería y estudiantes de grado de enfermería.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo basado en el cuestionario validado al español del Perceptions of Restraint Use Questionnaire (PRUQ)

**Resultados:** En el estudio participaron 108 profesionales (34 enfermeras, 32 auxiliares de enfermería y 42 estudiantes de enfermería). Los profesionales obtuvieron en el PRUQ puntuaciones elevadas que indican percepciones favorables hacia el uso de restricción física. Las variables que hacen referencia al uso de contención mecánica para el mantenimiento del tratamiento fueron las que mayor puntuación obtuvieron. Existen diferencias respecto a las variables que consideran más importantes si tenemos en cuenta cada grupo profesional por separado. En cuanto a los conocimientos, el estudio demostró una falta de formación de los profesionales en la aplicación de medidas de contención, aun cuando casi la totalidad de los participantes las había utilizado en alguna ocasión.

**Conclusiones:** Las percepciones del personal sanitario hacia el uso de restricción física es positiva y favorable al empleo de dichas medidas. Dada la influencia de la formación y conocimientos en la aplicación de contención mecánica, resulta necesario mejorar la formación de los profesionales.

**Palabras clave:** restricción física, contención mecánica, conocimientos, actitudes

## **Abstract**

**Objectives:** To identify the perceptions and knowledge on the use of physical restraint in a group of nurses, healthcare assistants and nursing students.

**Material and methods:** Descriptive study based on the validated and adapted to Spanish Perception of Restraint Use Questionnaire (PRUQ)

**Results:** A total of 108 participants were included (34 nurses, 32 healthcare and 42 nursing students). The professionals' perceptions results for the PRUQ were mainly high, indicating a favourable perception to the use of physical restraint. The three professional groups perceived the perception of restraint use for preventing treatment interference as the most important. There are some differences between the variables perceived as the most important among the groups. The study demonstrated a lack of knowledge in the health care professionals, although nearly all of them had used them during their practice.

**Conclusions:** The perceptions of the staff to physical restraint are mainly positive. Due to the influence of knowledge in the use of these techniques should be necessary to improve the training in the health care professionals.

**Key words:** Physical restraint, Health Knowledge, Attitudes

## 1. INTRODUCCIÓN

### 1.1. Concepto y definición

Las primeras referencias al uso de restricción física se remontan a la Grecia clásica, donde algunos textos, como el Corpus Hippocraticum, hablan de “diversas terapias que incluían la contención mediante cadenas de aquellos que podían representar un peligro para sí mismos o para los demás”<sup>1</sup>

La utilización de medidas de sujeción física es en la actualidad una práctica ampliamente extendida en los centros donde se ejerce asistencia sociosanitaria así como en hospitales en España (estableciéndose la prevalencia entorno al 20%-40% según diversos estudios realizados)<sup>2,3</sup>. En los últimos años el tema ha adquirido creciente importancia debido sobre todo a los riesgos que conllevan el uso de dichas medidas restrictivas y la poca evidencia existente sobre los beneficios en su uso, así como las repercusiones legales que pueden acarrear y que en muchas ocasiones resultan desconocidas para las personas encargadas de su aplicación.<sup>3</sup>

Resulta preciso realizar una diferenciación entre los términos sujeción y restricción, para así poder entender mejor el tema que se aborda. El término sujeción hace referencia a cualquier método manual o físico, instrumento mecánico, material o equipamiento adjunto al cuerpo del paciente, que impide su movilidad y/o el acceso a parte de su cuerpo. La restricción, hace referencia a cualquier acción (médica, química, física, psicológica, social o de cualquier otro tipo), palabra u obra que se utiliza con el propósito o la intención de limitar o constreñir la libre circulación o capacidad de toma de decisiones de uno/a mismo/a o de una tercera persona.<sup>4,5</sup> En el presente documento nos centraremos en las medidas de restricción física personal, sin olvidar que existen otros mecanismos de limitación de la libertad del mayor. Entre las medidas de sujeción física personal, también denominadas medidas de contención mecánica, podemos encontrar las siguientes: cinturón abdominal, cinturón abdominoperineal, chaleco de sujeción a tronco, tobilleras, muñequeras (aplicables tanto en silla como en cama), sábanas inmovilizadoras, pijamas con cremallera para evitar manipulaciones, manoplas y barandillas protectoras de cama a uno o ambos lados de la cama, impuestas con carácter restrictivo.<sup>4,6</sup>

En la definición anteriormente citada, no se incluyen aquellos procedimientos de sujeción necesarios temporalmente para la realización de algunos procesos diagnósticos y/o terapéuticos, como la sujeción de un cuerpo en intervenciones quirúrgicas, inmovilización del miembro superior para facilitar el acceso a una vía venosa, inmovilización en situaciones de urgencias, etc...

Las principales indicaciones que vienen consensuadas en la bibliografía acerca del uso de medidas de contención mecánica se enumeran a continuación.<sup>1,3,4</sup>

- Situaciones o conductas que representen una amenaza para la integridad física de la persona cuidada: prevención de autolesiones y prevención de suicidio.
- Situaciones o conductas que representen una amenaza para la integridad física de otras personas: cuidados, familiares, otros pacientes...
- Protección de programas terapéuticos del paciente y las demás personas y evitar interferencias en el mismo (arranque de vías, sondas, catéteres...)
- Necesidad de reposo: por ejemplo, en un paciente no colaborar que ha sufrido una fractura.

Por otra parte, haciendo referencia a las contraindicaciones en el empleo de medidas restrictivas de sujeción física podríamos encontrar las siguientes:

- Como castigo ante una trasgresión o conducta molesta, por apatía o como demostración de fuerza hacia la persona cuidada.
- Por conveniencia o comodidad de las personas que le cuidan o por falta de personal suficiente.
- Para evitar caídas.
- Para el manejo de trastornos disruptivos o de alteración cognitiva.

La única razón legítima que existe en el empleo de medidas de restricción física debería ser la terapéutica. Garantizar la seguridad del paciente, mejorar el bienestar y asegurar la aplicación de procedimientos serían los objetivos principales. Sin embargo, no existen evidencias científicas acerca del empleo de dichas medidas en la consecución de los objetivos citados y sí existen numerosos estudios que ponen de manifiesto las consecuencias negativas que puede conllevar tal práctica entre las que cabe destacar: pérdida de capacidad funcional, deterioro de la estabilidad, equilibrio y marcha con aumento de la

susceptibilidad de caídas y en caso de que éstas se produzcan tienen riesgo de ser más graves, incontinencia urinaria y fecal, lesiones nerviosas, lesiones en la piel (úlceras por presión, lesiones traumáticas) etc. *Fariñas-López* establece que los mecanismos de sujeción más implicados en accidentes son las barras laterales, los chalecos y los cinturones de sujeción. Esto podría ser debido a que son las medidas que con más frecuencia se utilizan para contener a los pacientes.<sup>1, 6-8</sup>

La coartación de la libertad de movimientos del paciente con sujeción física debe ser elegida como última opción, cuando se han agotado las posibilidades de medidas alternativas. Dentro de las medidas alternativas a aplicar previamente encontraríamos la modificación del entorno (mobiliario, medidas de seguridad y ubicación), actividades de estimulación cognitiva y sensorial (radio, música, juegos), la contención verbal, la contención psicológica, el control ambiental, las medidas conductuales y la contención química o farmacológica.<sup>1, 6, 8</sup> En muchas ocasiones, estas medidas son desconocidas por los profesionales sanitarios por lo que se tiende a la utilización de la contención mecánica en primer lugar, sin intentar previamente medidas mucho menos lesivas para el paciente.

## 1.2. Aspectos legales y normativos e implicaciones éticas

Los documentos imprescindibles que hay que tener en cuenta para la no vulneración de los derechos de los pacientes sometidos a restricción física son:

1. Declaración Universal de los Derechos Humanos, de 1948: derecho a la vida, a la libertad y seguridad.<sup>9</sup>
2. Principios de las Naciones Unidas a Favor de las Personas de Edad: artículo 9.1, todo paciente tendrá derecho a ser tratado lo menos restrictivamente posible y a recibir el tratamiento menos restrictivo y alterador que le corresponda a sus necesidades de salud y a la necesidad de proteger la seguridad física de terceros; art.11.11: no se someterá a ningún paciente a restricciones físicas o a reclusión involuntaria salvo conforme a los procedimientos oficialmente aprobados de la institución y solo cuando sea el único medio disponible para impedir un daño inmediato o inminente al paciente o a terceros. Estas prácticas no se prolongaran más del periodo estrictamente necesario para alcanzar este propósito. Todos los casos de

restricción física o exclusión voluntaria, sus motivos y carácter y duración quedarán registrados en la historia del paciente.<sup>10</sup>

3. La Constitución Española, 1978: derecho a la libertad y a la seguridad.<sup>11</sup>
4. Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil: regula el internamiento no voluntario.<sup>12</sup>
5. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad: respeto a la personalidad, dignidad humana e intimidad.<sup>13</sup>
6. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica: regula el derecho a la información sanitaria y al consentimiento informado.<sup>14</sup>
7. Algunas comunidades autónomas, cuentan con leyes y decretos que hacen referencia explícita a las sujeciones físicas, como es el caso de la Ley 2/2002 de 27 de marzo de Cantabria, que establece el derecho a no ser sujeto a ningún tipo de restricción física o intelectual, por medios mecánicos o farmacológicos sin prescripción y supervisión facultativa, salvo que exista peligro inminente para la seguridad física de la persona usuaria o de terceras personas; la Orden de 4 febrero 2005 de la Conselleria Bienestar Social de la Generalitat Valenciana: a los usuarios solo les podrán ser aplicadas medidas de sujeción, por prescripción facultativa motivada y expresa, con indicación de las horas que ha de llevarse a efecto, el tipo de sujeción y la duración del tratamiento; o el Decreto Foral de Navarra 221/2011, de 28 de septiembre, por el que se regula el uso de sujeciones físicas y farmacológicas en el ámbito de los Servicios Sociales Residenciales de la Comunidad Foral de Navarra (considerada éste como un decreto pionero en España dando lugar a la primera apuesta comprometida llevada a cabo por parte de una administración pública). En Aragón, contamos desde 2011 con una guía para la eliminación de sujeciones físicas y químicas en centros de atención sociosanitaria y domicilios, elaborada por El Justicia de Aragón, cuyo objetivo consiste en elaborar pautas para que las organizaciones encaminen sus políticas hacia la cultura de las no sujeciones.<sup>4,8</sup>

Sin embargo, a pesar de las implicaciones legales que conlleva el uso de medidas de restricción física anteriormente comentadas, en España actualmente no existe, en el plano estatal, legislación específica que regule el uso de

sujeciones. La Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, ha elaborado recientemente un documento de consenso sobre las sujeciones, que pueda servir como guía o procedimiento de buena práctica, para los diferentes profesionales dedicados a la atención de los mayores. Además en junio de 2016, el comité de bioética de España ha elaborado un documento en el que se recogen las consideraciones éticas y jurídicas sobre el uso de contenciones mecánicas.<sup>3,6,8</sup>

El uso de la inmovilización involuntaria conlleva riesgos en la seguridad del paciente así como una vulneración de sus derechos y de los principios bioéticos que deben de regir cualquier práctica sanitaria. Siempre que se aplique una restricción física, deberán de tenerse presentes los principios de no maleficiencia, justicia, beneficiencia y autonomía, así como tener especial cuidado con la intimidad y vulnerabilidad de la persona. El principio de la no maleficiencia y el de la justicia, podrían resultar vulnerados cuando la indicación de uso de restricción física no estuviese claramente justificado o su uso fuese desproporcionado, o en su caso, de emplease la medida por razones de discriminación. Por otra parte, el principio de justicia, entendido como la capacidad que tienen las personas para autogobernarse, se verá claramente limitado en los pacientes a los que se les aplique contención mecánica, ya que se lleva a cabo en circunstancias en las que ellos no toman la decisión libremente, y muchas veces, ni siquiera se les informa (a pesar de la necesidad de consentimiento informado en la realización de cualquier práctica sanitaria), vulnerando de esta forma también el derecho a la información presente en el art. 5.3 de la Ley reguladora de la Autonomía del paciente.<sup>1,3,4,6</sup>

### 1.3. Formación hacia la cultura NO sujeciones

Dado que la restricción física es una técnica que por sí misma limita ciertos derechos y libertades fundamentales, deberá siempre ser utilizada de manera excepcional a la que solo se recurrirá de manera puntual, racional y proporcional en aquellos casos en que se hayan agotado todas las medidas alternativas para controlar el proceso. Las actitudes y opiniones de los profesionales sanitarios a menudo se convierten en el elemento más decisivo a la hora de aplicar medidas restrictivas de sujeción física.

Según Fernández A después de realizar una revisión de los planes de estudios de distintas universidades nacionales, no se han encontrado explícitamente alusiones a la enseñanza de éstas técnicas desde el punto de vista teórico, práctico, ni ético. <sup>1</sup> Este dato requiere una importante y profunda reflexión teniendo en cuenta los resultados de diferentes estudios <sup>7,15</sup> que demuestran que una de las principales medidas a aplicar para la eliminación, o al menos, la disminución en el uso de contención mecánica, serían los programas de formación a los profesionales. Pellfolk et al llevo a cabo un programa de formación en personal sanitario con resultados favorables a la reducción del empleo de medidas de restricción física. <sup>15</sup>

El empleo de medidas físicas que vulneran la libertad de movimientos de la persona a menudo acarrea un dilema moral en el profesional sanitario. En una revisión sistemática llevada a cabo por Ralph M et al<sup>16</sup> se encuentra una predominancia de sentimientos negativos del profesional en las situaciones que requieren uso de sujeción física. Sin embargo estos mismos profesionales consideran necesario el empleo de dichas medidas en la práctica asistencial. Esta discrepancia de percepciones pueden llevar a conflictos morales, en los cuales el profesional debe decidir sobre el empleo o no de dichas medidas, y la misma revisión concluye que la mayorías de las personas que se encuentran en dicho conflicto optan a favor del empleo de la contención mecánica. En un estudio realizado por Fernández A <sup>1</sup> también se evidencia la aparición mayoritariamente de sentimientos negativos en los profesionales a la hora de aplicar medidas restrictivas.

La principal razón que manifiestan los profesionales sanitarios para el empleo de sujeciones físicas en los pacientes es la prevención de caídas en el anciano <sup>16</sup> Muy en contraposición con dicha creencia, los estudios de Shorr et al entre otros, han demostrado el posible aumento de las caídas derivado del incremento de agitación que puede causar la utilización de restricciones. Además, el uso de sujeción física podría dar lugar a que en caso de producirse una caída, los efectos adversos resultasen mucho más graves. <sup>4</sup>

Algunas situaciones como la “filosofía del cuidado” en los centros sanitarios así como la formación y cultura con la que cuentan los profesionales sanitarios

influyen en el empleo o no de medidas de sujeción física. Así lo especifica un estudio llevado a cabo por Hamers J et al <sup>17</sup>, el cual demuestra que las opiniones sobre el uso de sujeción física de los profesionales sanitarios difieren entre tres países estudiados.

Es por ello que resulta necesario e interesante realizar estudios sobre las percepciones, actitudes y opiniones en los diferentes países para conocer las barreras culturales o creencias que puedan favorecer el uso de medidas físicas y poder ajustar los programas de formación a las necesidades de los profesionales.

Son numerosos los estudios que han ido encaminados a conocer los efectos de aplicación de programas educacionales sobre profesionales sanitarios en la reducción del uso de contención física. Así es el trabajo anteriormente nombrado realizado por Pellfolk.T et al <sup>15</sup>, en el que después de la aplicación de un programa educacional durante seis meses a las enfermeras trabajadoras en diferentes unidades de pacientes afectados con demencia, se encuentra una reducción significativa en el uso de restricción física, sin observarse un incremento en la incidencia de caídas o el uso de fármacos relajantes. Sin embargo, el primer paso para poder encaminar la formación de los profesionales sería conocer las percepciones que tienen sobre el uso de medidas restrictivas, las razones que les llevan a aplicar dichas medidas y el nivel de formación que tienen sobre las mismas. En el presente trabajo, a través de un cuestionario validado en español, se pretende contrastar las siguientes hipótesis:

1. Existe asociación entre la necesidad (percepción de importancia) del uso de restricciones físicas y las variables relacionadas con la situación profesional (categoría profesional, experiencia y unidad de trabajo), sexo y edad.
2. Existe una deficiencia en la formación de los profesionales sanitarios relacionada con la categoría profesional, experiencia, unidad de trabajo y edad.

## **2. OBJETIVOS**

- Identificar las percepciones de las profesionales del equipo de enfermería, en activo y en formación acerca del uso de restricción física.
- Identificar la existencia de formación específica y los conocimientos sobre el tema en los profesionales de salud.

## **3. MATERIAL Y MÉTODOS**

### **3.1. Diseño del estudio**

Estudio de tipo descriptivo.

### **3.2. Sujetos**

La población diana estuvo constituida por 108 profesionales (34 diplomados en enfermería, 32 técnicos de cuidados auxiliares de enfermería y 42 estudiantes de tercer curso del Grado de Enfermería).

### **3.3. Criterios de inclusión**

En el estudio participaron todas aquellas personas que de manera voluntaria rellenaron el cuestionario después de haberles explicado el objetivo y pretensiones del estudio, así como la finalidad del uso de los datos destacando en todo momento que estos serían tratados de manera confidencial y anónima. Los participantes firmaron un consentimiento informado, hecho imprescindible para poder ser incluidos en el estudio. Los profesionales debían cumplir como requisitos ser enfermero/a o auxiliar de enfermería y estar trabajando en el periodo en el que se realizó la recogida de datos, esto es entre los meses de enero y abril 2016. A los estudiantes de enfermería se les exigió estar realizando por lo menos el tercer curso de la carrera. De acuerdo a la normativa del CEICA sobre las recomendaciones indicadas para la inclusión de estudiantes, se explicó a los estudiantes que la participación en el estudio era completamente voluntaria, y basada en los principios de altruismo y solidaridad, no recibiendo en ningún caso compensación ni económica ni académica relacionada con la participación en el estudio. <sup>18</sup>

El cuestionario PRUQ (ANEXO I) se administró en pequeñas entrevistas de diez minutos de duración con profesionales sanitarios del Hospital Royo Villanova y

estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Zaragoza.

Responden al cuestionario 140 personas, siendo desechados 32 de los cuestionarios por no cumplir los criterios de inclusión o por no devolver el cuestionario correctamente cumplimentado, por lo que la población final fue de 108 participantes.

### 3.4. Variables

Variable principal dependiente: percepciones y conocimientos sobre la restricción física de las y los profesionales de Enfermería.

Variables independientes: edad, sexo, categoría profesional, experiencia profesional, unidad de trabajo.

### 3.5. Instrumento de medición

Para la realización del presente trabajo se empleó el cuestionario Perceptions of Restraint Use Questionnaire (PRUQ) <sup>19</sup>, el cual ha sido adaptado y validado para su uso en español recientemente por Fariña López et al <sup>20</sup>. El cuestionario cuenta con 17 ítems con las razones más citadas para el uso de restricciones físicas en personas mayores. Se valoran mediante escala tipo Likert, que oscila entre el 1 (nada necesario) y el 5 (muy necesario). Las puntuaciones se obtienen por promedio de los ítems que las conforman, donde un valor más alto indicaría que el personal sanitario considera muy necesario el uso de estos dispositivos en la situación descrita. Se incluyeron preguntas sobre los conocimientos específicos del tema y alternativas al uso de restricciones para responder al objetivo relacionado con las necesidades de formación específica en nuestro contexto. Tras aplicar el cuestionario a la población de estudio (ANEXO I), se estudió en primer lugar la fiabilidad del cuestionario en nuestra población, obteniendo una alpha de Cronbach de 0,89, lo que demuestra una aceptable consistencia interna.

### 3.6. Análisis estadístico

Se realizó en primer lugar un estudio descriptivo con frecuencias y porcentajes de todas las variables en estudio. A continuación se extrajo la información relativa a las variables independientes agrupada en categorías profesionales para identificar cómo se distribuían dichas variables en la población. Posteriormente,

para identificar la tendencia de las diferentes cuestiones planteadas en el PRUQ, se obtuvieron las medias de cada una de las preguntas en cada uno de los grupos a estudio (enfermeras, técnicos auxiliares de enfermería y estudiantes de enfermería), considerándose la desviación estándar.

Se realizó un análisis bivariado con tablas cruzadas para estudiar la existencia de relación entre las variables, utilizándose los estadísticos Chi cuadrado y exacto de Fisher para muestras pequeñas. Se exigió para aceptar la existencia de asociación en todas las variables estudiadas, un nivel de significancia estadística de  $p < 0,05$ .

#### **4. RESULTADOS**

##### **4.1. Población de estudio**

De los 108 profesionales sanitarios que accedieron a participar en el presente estudio, el 31,4% eran enfermeros titulados, el 29,6% lo representaban técnicos de cuidados auxiliares de enfermería y el 38,8% restante pertenecía a alumnos de tercer curso del grado de enfermería de la universidad de Zaragoza. Teniendo en cuenta que se consideró que el 38,8% perteneciente a los estudiantes no contaban con experiencia profesional (a pesar de haber realizado dos años de estancias clínicas), un 35,2% de la población había estado ejerciendo la profesión entre uno y diez años frente al 25,9% que llevaban más de diez años ejerciendo la profesión. Un porcentaje muy alto (87%), reflejaba no haber recibido ninguna formación específica sobre el uso e indicaciones de la contención mecánica, incluyendo en este caso a los futuros profesionales aun en formación. Sin embargo, el 94,4% de los encuestados admitía haber aplicado en alguna ocasión medidas restrictivas a pacientes relacionadas con su actividad laboral, frente al 5,6% restante que nunca las había utilizado. Hay que destacar que este porcentaje corresponde íntegramente a estudiantes de enfermería.

En cuanto a otros aspectos relacionados con la formación, el 82,4% no tenía constancia de la existencia de un protocolo en su unidad de trabajo; el 56,5% no consideraba necesaria la existencia de una orden médica para la aplicación de contención mecánica en personas, y tan sólo el 66,7% le daba importancia a la necesidad de consentimiento informado para la aplicación de dichas medidas

restrictivas. En la tabla 1, se pueden observar los datos relativos a la descripción de las principales características de la población participante en el estudio.

**Tabla 1. Descripción de la población a estudio**

	Enfermera		Auxiliar enfermería		Estudiante enfermería		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>SEXO</b>								
Mujer	29	85,29	28	87,5	35	83,3	92	85,2
Hombre	5	14,7	4	12,5	7	16,6	16	14,8
<b>EDAD</b>								
0-23 años	-	-	1	3,12	40	95,23	41	37,96
25-45 años	30	88,2	21	65,62	2	4,76	53	49,07
46-65 años	4	11,76	10	31,25	-	-	14	12,96
<b>EXP. PROF</b>								
0 años	-	-	-	-	42	100	42	38,89
1-10 años	24	70,6	14	43,75	-	-	38	35,19
11-40 años	10	29,4	18	56,25	-	-	28	25,93
<b>TIPO UNIDAD</b>								
Planta medica	17	50	23	71,88	-	-	40	37,04
Otras	17	50	9	28,12	-	-	26	24,07
Estancias clinic	-	-	-	-	42	100	42	38,89

#### 4.2. Resultados de la aplicación del cuestionario PRUQ

La puntuación media del PRUQ fue de 3,80 puntos sobre 5.0, indicando que la percepción sobre la necesidad de uso de la restricción física es en general positiva. La diferencia de puntuación entre las distintas variables del cuestionario, indica que los profesionales sanitarios consideran el uso de medidas de restricción física más necesario en unas circunstancias que en otras. Así, para las enfermeras en activo, la variable proteger al anciano de caerse de la cama (PRUQ 4,56; DS 0,66) sería la razón que más interés tendría en la necesidad de uso de restricción física. Los técnicos de cuidados auxiliares de enfermería, dan una puntuación mayor para todas las variables, indicando que es el grupo profesional que tiene una actitud más a favor del uso de dichas medidas. La variables que ha obtenido una mayor puntuación en el cuestionario para los auxiliares serían las referentes al mantenimiento del tratamiento en el paciente anciano, distribuyéndose de la siguiente manera: evitar que el anciano se arranque una la sonda de alimentación (PRUQ 4,69; DS 0,53), evitar que el anciano se arranque una sonda vesical (PRUQ 4,66; DS 0,60) y evitar que el anciano se arranque el catéter endovenoso (PRUQ

4,66; DS 0,65). Datos semejantes se obtienen del grupo de estudiantes de enfermería, los que dan mayor importancia al uso de medidas de restricción física como medida para evitar que el anciano se arranque una sonda vesical (PRUQ 4,40; DS 0,77) y evitar que manipule una herida o sutura (PRUQ 4,36; DS 0,82).

Tanto las enfermeras en activo como los técnicos de cuidados auxiliares de enfermería, consideraron como bastante importante (PRUQ 3,03 y 3,53, respectivamente) el uso de medidas físicas como sustitutivo de vigilancia del personal, cuando el personal era insuficiente para cubrir las necesidades. No es así en el caso de los estudiantes de enfermería, los cuales dieron a dicha variable una puntuación media en el PRUQ de 2,36. *En la tabla 2 se puede observar el ranking de importancia distribuido según variables y grupos profesionales.*

**Tabla 2. Descripción del cuestionario y ranking de importancia por categoría profesional**

	Enfermera N=34 Media (DS)	Aux. Enfermería N=32 Media (DS)	Estud. Enfermería N=42 Media (DS)
1. Proteger al anciano de caerse de la cama	4,56 (0,66)	4,56 (0,80)	4,21 (1,15)
2. Proteger al anciano de caerse de la silla	4,26 (0,99)	4,56 (0,76)	3,88 (1,35)
3. Proteger al anciano de deambulación insegura	4,15 (0,99)	4,56 (0,67)	4,05 (0,91)
4. Evitar la deambulación errática de un anciano	2,59 (1,37)	3,59 (1,24)	2,85 (1,05)
5. Evitar que un anciano coja objetos de otros	2,71 (1,34)	3,63 (1,45)	2,93 (1,16)
6. Evitar que el anciano acuda a sitios peligrosos	3,65 (1,30)	4,31 (0,97)	3,71 (1,22)
7. Evitar que el anciano desorientado moleste a	2,79 (1,04)	3,31 (1,26)	2,50 (1,21)
8. Evitar que el anciano se arranque una SV	4,15 (1,16)	4,66 (0,60)	4,40 (0,77)
9. Evitar que el anciano se arranque una SNG	4,24 (1,18)	4,69 (0,53)	4,36 (0,82)
10. Evitar que el anciano se arranque el catéter IV	3,88 (1,20)	4,66 (0,65)	3,93 (1,10)
11. Evitar que el anciano se manipule la sutura	4,15 (1,16)	4,63 (0,61)	4,36 (0,82)
12. Evitar que un anciano se quite un apósito	3,50 (1,26)	4,03 (0,93)	3,55 (1,10)
13. Proporcionar descanso a un anciano hiperactivo	3,12 (1,47)	3,69 (1,33)	3,29 (1,50)
14. Proporcionar seguridad	3,91 (1,08)	4,41 (0,91)	4,00 (1,08)
15. Sustituir la vigilancia del personal	3,03 (1,45)	3,53 (1,52)	2,36 (1,34)
16. Proteger de abusos físicos / agresiones	4,06 (1,18)	4,13 (1,00)	4,05 (1,03)
17. Controlar la agitación	3,62 (1,28)	4,03 (1,18)	3,55 (1,06)
TOTAL	3,67	4,17	3,63

#### 4.3. Relación entre las percepciones en el uso de restricción física y las variables edad, experiencia profesional, categoría profesional y unidad de trabajo.

Se encontró asociación entre las variables edad, experiencia profesional, categoría profesional y unidad de trabajo con la percepción por parte de los profesionales de utilizar medidas de restricción física, en las siguientes situaciones medidas en el cuestionario PRUQ: proteger al anciano de caerse de la cama, proteger de caerse de la silla, evitar que se manipule heridas/suturas, evitar que se quite un vendaje, como medida de sustitución de vigilancia del personal y para controlar la agitación de la persona mayor.

Como puede observarse en la tabla 3, teniendo en consideración la edad de los participantes, se observa que el grupo de mayor edad, formado por personas de 45 a 65 años, son los que mayor predisposición tienen hacia el uso de restricción física para las siguientes variables del cuestionario: evitar que el anciano manipule una herida/sutura ( $p=0,037$ ), como sustitutivo de la vigilancia del personal ( $p= 0,058$ ), y para controlar la agitación del anciano ( $p=0,047$ ). Además los resultados obtenidos con la variable proteger al anciano de caerse de la silla, se encuentran muy cercanos a ser significativos ( $p=0,073$ ).

En función de los años de experiencia laboral, se puede observar que a cuanto más tiempo trabajado en la profesión sanitaria, se experimenta una percepción más favorable ante la necesidad de utilizar contención mecánica en las variables descritas a continuación: proteger al anciano de caerse de la cama ( $p=0,064$ ), proteger al anciano de caerse de la silla ( $p=0,015$ ), y como método de sustitución de la vigilancia del personal ( $p=0,016$ ).

Si el análisis lo realizamos desde la perspectiva de la categoría profesional, encontraremos que los técnicos auxiliares de cuidados enfermeros es el grupo profesional que presenta una actitud más favorable en el empleo de medidas de restricción física, siendo las variables proteger al anciano de caerse de la cama ( $p=0,061$ ), proteger al anciano de caerse de la silla ( $p=0,014$ ), evitar que el anciano manipule una herida/sutura ( $P=0,017$ ) y sustituir la vigilancia del personal ( $p=0,024$ ) las que tienen mayor relevancia para el análisis estadístico.

**Tabla 3. Relación entre las percepciones del PRUQ y la edad, categoría profesional, experiencia profesional y unidad de trabajo**

	Proteger de caerse cama			Proteger de caerse silla			Evitar manipular herida/ sutura			Evitar que se quite un vendaje			Sustitución del personal			Controlar agitación		
	N	%	P	N	%	P	N	%	P	N	%	P	N	%	P	N	%	P
<b>EDAD</b>																		
0-23 años	37	90,2		34	82,9		41	100		34	82,9		17	41,5		38	92,7	
24-45 años	51	96,2		50	94,3		47	88,7		43	81,1		33	62,3		42	79,2	
46-65 años	14	100	,283	14	100	,073	14	100	,037	12	85,7	,917	10	71,4	,058	14	100	,047
<b>EXP. PROFESIONAL</b>																		
0 años	37	88,1		34	81		41	97,6		34	81		17	40,5		37	88,1	
1-10 años	37	97,4		36	94,7		34	89,5		31	81,6		22	57,9		32	84,2	
11 a 40 años	28	100	,064	28	100	,015	27	96,4	,246	24	85,7	,865	21	75	,016	25	89,3	,804
<b>CATEGORIA PROF</b>																		
Enfermera	34	100		32	94,1		29	94,1		25	73,5		20	58,8		29	85,3	
Aux. Enf	31	96,9		32	100		32	100		30	93,8		23	71,9		28	87,5	
Estud. Enf	37	88,1	,061	34	81	,014	41	97,6	,017	34	81	,093	17	40,5	,024	37	88,1	,933
<b>UNI.TRABAJO</b>																		
Planta médica	40	100		38	95		38	95		35	87,5		29	72,5		37	92,5	
Otros	25	96,2		26	100		23	88,5		20	76,9		14	53,8		20	76,9	
Estancia clínica	37	88,1	,057	34	81	,016	41	97,6	,272	34	81	,518	17	40,5	,014	37	88,1	,178

Además, en el estudio se tuvo en cuenta la unidad de trabajo de los diferentes profesionales, distribuyéndose de la siguiente manera: planta médica 37,7% de los participantes, otros (planta quirúrgica, urgencias, polivalente) 24,07 y estancias clínicas (estudiantes de tercer curso de grado de enfermería, realizados dos años al menos de estancias clínicas) 38,8%. Los resultados obtenidos en la comparación de estas variables demuestran que los trabajadores pertenecientes a las plantas médicas, tienen percepciones más favorables en el uso de restricción física para proteger al anciano de caerse de la cama ( $p=0,057$ ) y para sustituir la vigilancia del personal ( $p= 0,014$ ). Sin embargo, son los trabajadores de otras unidades (quirúrgicas, urgencias...) los que dan más importancia a la variable proteger al anciano de caerse de la silla ( $p= 0,016$ ). En ningún caso los estudiantes obtuvieron actitudes más favorables con diferencias significativas respecto a los otros grupos profesionales.

Para completar uno de los objetivos del trabajo e identificar la existencia de formación específica y los conocimientos sobre el tema en los profesionales de salud, se incorporaron al cuestionario cinco preguntas que aportaban información sobre el

conocimiento de los profesionales acerca del procedimiento en el uso de restricción física. En la tabla 4, se exponen los resultados más significativos entre la variable categoría profesional y las preguntas cuestiones relacionadas con la formación.

**Tabla 4. Asociación de variable categoría profesional con variables de formación**

Categoría prof	Formación específica			Uso de restricción física			Conocimiento de protocolo en trabajo			Necesidad consentimiento			Necesidad orden médica		
	SI	NO	P	SI	NO	P	SI	NO	P	SI	NO	P	SI	NO	P
Enfermeras	3	31		34	0		7	27		22	12		18	16	
Aux. enfermería	10	22		32	0		9	23		20	12		20	12	
Estud, enfermería	1	41	,067	37	5	,062	3	39	,054	20	12	,692	9	33	,001
TOTAL	14	94		102	5		19	89		72	36		47	61	
	12,96%	87,03%		94,44%	5,66%		17,59%	82,41%		66,66%	33,33%		56,48%	43,52%	

Como se puede observar en la tabla, 94 personas (87,03%) de la población a estudio no contaba con formación específica en el tema de las restricciones físicas, frente a 14 individuos (12,96%) que admitía haber recibido algún tipo de formación en la materia. Casi la totalidad de los participantes (102 personas, 94.44%) había utilizado medidas de contención mecánica en la atención a pacientes, destacando que solo 19 de los participantes (17,59%) conocía de la existencia de protocolo en la unidad de trabajo. El 66,66% reconocía la necesidad de la obtención del consentimiento informado para la aplicación de medidas de restricción física, y menos de la mitad (43,52%), consideraba necesaria la existencia de una orden médica en dichas situaciones en que se considere necesario el uso de contención mecánica. Estos datos descritos, indican una falta de conocimientos sobre la técnica en la aplicación de medidas restrictivas, la necesidad de formación a los profesionales sanitarios y la indicación de la existencia de un protocolo en todas las unidades susceptibles a la aplicación de estas medidas.

## 5. DISCUSIÓN

En este estudio, se han observado diferencias entre las percepciones en el uso de restricción física así como en la formación dependiendo de la edad, experiencia profesional, categoría profesional y de la unidad de trabajo de los profesionales sanitarios. En el caso de la variable sexo, no se han presentado diferencias estadísticamente significativas, pudiendo deberse al bajo número de participantes de sexo masculino en el presente trabajo.

En general, la percepción de los profesionales al uso de restricción física es positiva (PRQU 3.8 sobre 5), lo que difiere de un estudio realizado con el mismo cuestionario y obteniendo resultados de percepción neutros, con una puntuación en el instrumento de

medida menor que la del documento presente (PRQU 2.8). <sup>21</sup>Estas diferencias pueden ser debidas a la cultura y formación de los distintos países donde se ha llevado a cabo el proyecto, tal y como indican Hamers et al en una comparación de actitudes del profesional sanitario llevada a cabo en tres países distintos <sup>17</sup>. La visión del grupo de enfermería (PRQU 3,67) y de los estudiantes de enfermería (PRQU 3,63), ha resultado ser menos favorable al uso de restricción física que la de los técnicos de cuidados auxiliares de enfermería (PRQU 4,17). Esta disparidad de resultados entre enfermeras y auxiliares, ya se había encontrado en trabajos anteriores <sup>21</sup>.

La diferencia de resultados obtenidos en el cuestionario PRQU, indica que hay circunstancias en las que los profesionales sanitarios ven mayor necesidad en la utilización de medidas de restricción física que en otras. Las variables identificadas por los tres grupos como más importantes a la hora de aplicar medidas de restricción física fueron las referidas al mantenimiento del tratamiento (evitar que el anciano se arranque la sonda vesical, la sonda de alimentación, manipule una herida/sutura y evitar que se arranque el catéter endovenoso). Estos resultados son similares a los obtenidos por McCabe et al <sup>21</sup> en enfermeras de Estados Unidos. La variable evitar que el anciano desorientado moleste a otras personas fue la que menor puntuación obtuvo del cuestionario (PRQU 2,83), considerándose de esta forma como la de menos importancia para la aplicación de medidas restrictivas en ancianos. Si observamos las mayores puntuaciones del PRQU en cada grupo profesional, vemos que las enfermeras dan más importancia a la protección del anciano de caerse de la cama (dato que contrasta con los resultados de McCabe et al en el que la variable de mayor puntuación fue evitar que el anciano se arranque la sonda de alimentación)<sup>21</sup>; las auxiliares de enfermería a evitar que el paciente se arranque la sonda de alimentación (dato similar al estudio de McCabe et al<sup>21</sup>) y el grupo de los estudiantes de enfermería a evitar que el paciente se arranque la sonda vesical (resultados que no son posibles de comparar debido a la escasez de estudios realizados en estudiantes de enfermería sobre el tema). Esto demuestra una disparidad de opiniones según el rol profesional de la persona. Otra variable del cuestionario a tener en cuenta es la de la utilización de las medidas restrictivas para sustituir la vigilancia del personal. Mientras que las enfermeras y técnicos de cuidados auxiliares (PRUQ 3,03 y 3,53 respectivamente) consideraban muy importante la utilización de contención física para dicha razón, los estudiantes de enfermería no lo consideraban tan prioritario (PRUQ 2,36). En el estudio anteriormente citado de McCabe, la variable sustitución de vigilancia del personal resultó obtener una

puntuación más baja que el presente tanto para auxiliares de enfermería (PRUQ1.7) como para enfermeras (PRUQ 1,3).

En cuanto a los conocimientos de los profesionales sanitarios sobre el tema de restricciones físicas y la formación con la que cuentan, las preguntas dirigidas a la obtención de información muestran que casi la totalidad ( 94,4%) han utilizado alguna ocasión restricción física en pacientes. Sin embargo, el 87% de los participantes, admiten no tener ninguna formación específica en el tema; dato bastante más elevado que el obtenido en un estudio realizado por Fariña- López et al en el que el 69,8% afirmaba que su formación era escasa en la materia <sup>2</sup> La falta de formación, podría influir en la utilización de estas medidas para indicaciones incorrectas y el no conocer la técnica podría conllevar riesgos para la salud de los pacientes. Además, solo el 56,5% considera necesaria la indicación por orden médica para la aplicación de contención mecánica y solo el 66,66% de los individuos del estudio piensan que es imprescindible el consentimiento informado por parte del paciente; numero parecido al obtenido en el estudio de Fariña-López (61,9%) <sup>2</sup>. Estos datos demuestran que la formación de los profesionales implicados en la utilización de medidas restrictivas no es suficiente. La Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología, indica en su documento de consenso sobre el uso de restricciones físicas, la necesidad de contar con consentimiento informado, cuando vayan a ser utilizadas más allá de un episodio agudo, debiendo dejarlo documentado por escrito en la historia del paciente. En el supuesto en que la persona no tenga capacidad de emitir una opinión razonable y responsable, de deberá contar con el consentimiento de su representante legal (en caso de que lo tenga) o en su defecto con la opinión de los familiares, todo ello regulado mediante la Ley básica reguladora de la autonomía del paciente 41/2002. <sup>3,8</sup>

El estudio presenta algunas limitaciones metodológicas. Su validez externa, la capacidad de generalización de las conclusiones del estudio más allá del ámbito donde se ha realizado, está limitada por el tamaño de la población a estudio. Sin embargo, uno de los puntos fuertes con los que cuenta el presente estudio es la incorporación de las percepciones de los estudiantes de enfermería, debido a que la mayoría de estudios consultados solo valoraban percepciones en enfermería y auxiliares de enfermería. La valoración de los niveles de formación en los futuros profesionales es de especial relevancia para conocer si se están enfocando correctamente la enseñanza en la materia y si existen cambios en las percepciones sobre el uso de restricción física entre generaciones.

El empleo de un cuestionario que está extendido y empleado en diferentes estudios permite y facilita la comparación de resultados entre diferentes países.

Este trabajo, en consonancia con otros, detecta la necesidad de formación, investigación y protocolización de la actuación en cuanto a restricción física, y señala la importancia de la percepción de los profesionales sanitarios en el uso de dichas medidas. Las percepciones del profesional sanitario obtenidas en este estudio resultan de utilidad en la elaboración de programas educativos, con el objetivo de encaminar la sanidad hacia la cultura de no sujeciones. El reconocimiento de las diferencias en profesionales sanitarios indica una falta de consenso en los conocimientos y el desconocimiento de la existencia de los protocolos en las unidades de trabajo participantes señala la necesidad de información a los trabajadores.

## **6. CONCLUSIONES**

El empleo de medidas de restricción física en España, continúa siendo elevado y se carece de políticas a nivel estatal que regulen el empleo de dichas medidas. Los profesionales sanitarios del equipo de enfermería, debido a su cercanía y continuo contacto con el paciente, a menudo son las personas que detectan la necesidad de uso de dichas medidas. Por ello, es de especial importancia conocer cuáles son sus percepciones hacia el uso de la contención mecánica. Según el presente estudio, teniendo en cuenta a los profesionales como un grupo la actitud resulta favorable hacia las restricciones físicas. Las medidas que adquieren mayor importancia serían las encaminadas al mantenimiento del correcto tratamiento del paciente. Si observamos los resultados por grupos profesionales, los técnicos de cuidados auxiliares de enfermería son los que tienen una actitud más favorable al empleo de medidas de restricción física. En cuanto a los conocimientos y formación de los profesionales encuestados, se observaron premisas erróneas, lo que podría llevar a que se hiciera un uso excesivo o incorrecto en determinados casos.

Por todo ello, se recomienda mejorar las políticas de formación de las instituciones académicas y sanitarias con respecto a este procedimiento. La aplicación de una cultura de no sujeciones y el uso racional de la contención mecánica, debe ser considerado como un objetivo común de todos los profesionales implicados en el tema.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández A, Zabala J. Restricción Física: revisión y reflexión ética. Gerokomos 2014; 25(2): 63-67.
2. Fariña-López E, Estévez-Guerra G, Núñez González E, Pérez Hernández D, Gandoy Crego M. Actitudes, conocimientos y práctica de los profesionales de enfermería en el uso de restricciones físicas con personas mayores. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2013; 48(5):209-215.
3. Comité de Bioética de España. Consideraciones éticas y jurídicas sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario. 2016. Disponible en: <http://www.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20Contenciones-CBE.pdf>
4. El Justicia de Aragón. Como se eliminan las sujeciones: guía para la eliminación de sujeciones físicas y químicas en centros de atención sociosanitaria y domicilios. 2011.
5. Real Academia Española (2014). Diccionario de la lengua Española. (23ª ed) Madrid, España. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=WEgzpII>
6. Sociedad Española de Enfermería geriátrica y Gerontología. Hacia una cultura sin restricciones: las restricciones físicas en ancianos institucionalizados. 2003. Disponible en: [http://arrakis.es/-seegg/documentos/doc\\_tec/doc\\_tec\\_03.pdf](http://arrakis.es/-seegg/documentos/doc_tec/doc_tec_03.pdf)
7. Fariñas-López E. Problemas de seguridad relacionados con la aplicación de dispositivos de restricción física en personas mayores. Rev Esp Geriatr Gerontol 2011; 46: 36-42.
8. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Documento de consenso sobre sujeciones mecánicas y farmacológicas. 2014; Madrid, España. Disponible en: [file:///C:/Users/lorenzoo/Downloads/Documento\\_de\\_Consenso\\_sobre\\_Sujeciones.pdf](file:///C:/Users/lorenzoo/Downloads/Documento_de_Consenso_sobre_Sujeciones.pdf)
9. Declaración Universal de los derechos Humanos.1948. Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
10. Principios de las Naciones Unidas a favor de las Personas de Edad. Disponible en: [http://www.acnur.es/PDF/1640\\_20120508172005.pdf](http://www.acnur.es/PDF/1640_20120508172005.pdf)
11. Constitución Española. Boletín oficial del Estado, nº311 (29-12-1978)
12. Ley de Enjuiciamiento Civil- ley 1/2000, de 7 de enero. Boletín oficial del Estado, nº7 (08-01-2000)

13. Ley General de Sanidad. Ley 14/1986, de 25 de abril. Boletín oficial del Estado, n°102 (29-04-1986)
14. Ley básica reguladora de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley 41/2002, de 14 de noviembre. Boletín Oficial del estado, n°274 (15-11-2002)
15. Pellfolk T, Gustafson Y et al. Effects of a Restraint Minimization Program on Staff Knowledge, Attitudes, and Practice: A Cluster Randomized Trial. *J Am Geriatr Soc* 2010; 58: 62-69.
16. Möhler R, Meyer G. Attitudes of nurses towards the use of physical restraints in geriatric care: a systematic review of qualitative and quantitative studies. *Int J Nurs Stud* 2014;51: 274-288.
17. Hamers J.P.H et al. Attitudes of Dutch, German and Swiss nursing staff towards physical restraint use in nursing home residents, a cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies* 2009; 46: 248-255.
18. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Comité ético de investigación. <http://www.iacs.aragon.es/awgc/inicio.estaticas.do?app=/investigacion/ofrecemos/ceica/documentacion&file=proyecto.html>
19. University of Pennsylvania School of Nursing. Perceptions of Restraint use Questionnaire (PRUQ), 2010. Disponible en: [www.nursing.upenn.edu/cisa/Documents/PRUQ](http://www.nursing.upenn.edu/cisa/Documents/PRUQ)
20. Fariña-López E et al. Adaptación y validación española del Perception of Restraint Use Questionnaire (PRUQ) sobre el uso de restricciones físicas en personas mayores. *An.Sist.Sanit.Navar.* 2015
21. McCabe D, Alvarez C, McNulty S, Fitzpatrick J. Perceptions of Physical Restraints Use in the Elderly Among Registered Nurses and Nurse Assistants in a Single Acute Care Hospital. *Geriatr Nurs* 2011;32:39-45.
22. Rodríguez Delgado J. Contenciones mecánicas en geriatría: propuestas técnicas y recomendaciones de uso en el ámbito social. 2013.
23. Villaceros M, Steegman L, Mejías M.L, Bermejo J.C. Diseño y validación de una escala de actitudes de los profesionales asistenciales hacia la liberación del uso de sujeciones en personas dependientes. *An.Sist.Sanit.Navar.* 2013;36 (3): 407- 418
24. JCAHO. Restraint and seclusion standards. 2001. Disponible en: <http://ohanet.org/csr/resource/restraintseclusion.pdf>.

## ANEXO I

### Cuestionario sobre percepciones en el uso de restricción física

El siguiente cuestionario pretende reunir información para realizar una investigación sobre las percepciones del personal sanitario en el uso de restricciones físicas.

Toda la información recogida se tratará conforme a lo establecido en la Ley Orgánica 15/99, de protección de datos de carácter personal. En la base de datos del estudio no se incluirán datos personales: ni su nombre, ni ningún dato que le pueda identificar. Se le identificará por un código que sólo el equipo investigador podrá relacionar con su participación.

**Completando este cuestionario, doy mi consentimiento para participar en dicho estudio.**

Categoría profesional: Auxiliar de enfermería [ ] Enfermera [ ] Estudiante de enfermería [ ]

Edad:

Sexo:

Unidad de trabajo: Planta médica [ ] Planta quirúrgica [ ] Urgencias [ ] Otros [ ]

Número de años de experiencia profesional: .....años

A continuación se enumeran algunas razones utilizadas para la indicación de restricciones físicas. En general, ¿cómo de importante cree usted la necesidad de emplear restricción física para cada caso? (**señale con un círculo la respuesta que se adapte más a su elección**).

NO IMPORTANTE	ALGO IMPORTANTE	MUY IMPORTANTE
------------------	--------------------	-------------------

- |    |   |                       |   |   |   |   |   |
|----|---|-----------------------|---|---|---|---|---|
| 1. | Proteger a un anciano de:                                       |                       |   |   |   |   |   |
|    | a.  | Caerse de la cama     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|    | b.  | Caerse de la silla    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|    | c.  | Deambulación insegura | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. | Prevenir que la persona mayor merodee?                          |                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. | Evitar que un anciano coja objetos de otras personas?           |                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. | Prevenir que un anciano acceda a sitios o productos peligrosos? |                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. | Evitar que un anciano desorientado moleste a otros?             |                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

- |     |   |   |   |   |   |   |
|-----|---|---|---|---|---|---|
| 6.  | Evitar que un anciano:  |   |   |   |   |   |
|     | a. Se arranque una sonda vesical  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|     | b. Se arranque la sonda de alimentación                                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|     | c. Se arranque un catéter endovenoso                                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|     | d. Manipule una herida o sutura   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|     | e. Se quite un apósito o vendaje  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7.  | Proporcionar descanso a un anciano hiperactivo                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8.  | Proporcionarle seguridad cuando tiene las facultades mentales mermadas? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9.  | Sustituir la vigilancia del personal                                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. | Proteger al personal u a otros pacientes del abuso físico/agresión?     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. | Controlar la agitación?   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

12. Por favor, identifique alguna medida que podría ser utilizada en vez de medidas de restricción física para los comportamientos o situaciones nombradas anteriormente.

.....

.....

.....

13. Cuenta con alguna formación específica en restricción física? SI[] NO[]
14. ¿Ha utilizado en alguna ocasión restricción física? SI[] NO[]
15. ¿Conoce si existe un protocolo de actuación en caso de necesidad de restricción física en su unidad? SI[] NO[]
16. ¿Considera necesario el consentimiento informado para la utilización de restricción física? SI [] NO[]
17. ¿Considera necesaria la orden médica para el uso de medidas restrictivas? SI [ ]NO [ ]

**MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN. PARA CUALQUIER DUDA O SUGERENCIA PUEDEN PONERSE EN CONTACTO EN: [olorenzo@salud.aragon.es](mailto:olorenzo@salud.aragon.es)**