

# **PERCEPCIÓN PROFESIONAL SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DEL RESIDENTE CON SUJECIONES**

---

**TRABAJO FIN DE GRADO DE TRABAJO SOCIAL**

Alumna: Manuela Soto Cabrera

Tutora: Fátima Marichal García

Convocatoria de Junio

2014/2015

## ÍNDICE

Resumen	3
Introducción	5
1. Fundamentación teórica	7
1.1.Contextualización	7
1.2.Clasificación de las sujeciones	9
1.3.Consecuencias de las sujeciones	11
1.4.Factores de riesgo para ser sometido a sujeciones	14
1.5.Mitos y evidencias sobre el uso de sujeciones	16
1.6.Norma Libera-Ger	18
1.7.Centro gerontológico Amma	20
1.8.Calidad de vida y percepción	23
2. Objetivo	27
3. Metodología	27
3.1.Sujetos	27
3.2.Diseño	27
3.3.Instrumentos	27
3.4.Procedimiento	29
4. Resultados	29
5. Discusión	36
6. Conclusiones	39
Referencias bibliográficas	42
Anexos	48
Anexo 1. Modelo de instrumentos de recogida de datos	48

# PERCEPCIÓN PROFESIONAL SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DEL RESIDENTE CON SUJECIONES

**Manuela Soto Cabrera**

Universidad de La Laguna

## **Resumen**

El uso de las sujeciones es una de las prácticas más habituales en los centros gerontológicos de España. Con ello se pretende evitar el daño físico y psicológico que el paciente pueda autoinflingirse. Sin embargo, en Europa esta medida está siendo cada vez menos usada, sustituyéndola por otras menos perjudiciales. El objetivo del presente trabajo es conocer la opinión que tienen los profesionales y las profesionales sobre el uso de las sujeciones y por tanto, determinar si tienen consecuencias negativas en los residentes. 40 profesionales del centro gerontológico Amma Santa Cruz participaron en esta investigación contestando a dos cuestionarios. El primero sobre la percepción que tienen de las sujeciones y el segundo sobre la evaluación de la calidad de vida de los/as residentes del centro, en función de dichas sujeciones. Los resultados muestran que, los y las profesionales del centro están en desacuerdo con el uso de las sujeciones. Concretamente, la percepción sobre las sujeciones es desfavorable y lo es también, la evaluación que hacen de la calidad de vida de los/as residentes.

**Palabras claves:** sujeciones, percepción, calidad de vida, residentes.

## **Abstract**

The use of restrictions is one of the most common practices in gerontology centers in Spain, and they are aimed at avoiding the physical and psychological risk to the patient from self-harm. However, such measures are being used less and less in Europe, and instead are being replaced by other less detrimental alternatives. The aim of this research is to know the opinion of gerontology professionals regarding restrictions, and to determine if it has a negative impact for the residents. 40 professionals from Amma Gerontology Center in Santa Cruz participated in this research by answering two questionnaires. The first questionnaire was about the perceptions they have on restrictions, and the second was about the evaluation of the residents' quality of life in relation to those restrictions. The results show that the professionals disagree with the use of restrictions. More specifically, both the perception they have to them and the evaluation of the residents' quality of life are unfavourable.

**Keywords:** restrictions, perceptions, quality of life, residents.

## **Introducción**

En la actualidad, la falta de promoción en las instituciones gerontológicas a la hora de incrementar la movilidad y autonomía de las personas mayores, es un hecho indiscutible.

Los mecanismos de restricción son algunos de los recursos que se utilizan de forma frecuente y rutinaria. Debido fundamentalmente al enfoque organizativo y al miedo a las consecuencias legales que puedan ocasionarlas caídas o golpes en una persona mayor que vive en una residencia. Las sujeciones afectan directamente a la calidad de vida de las personas. Es un mito creer que, con su utilización se podrán reducir el número de caídas que pueden ser consideradas como normales en personas mayores. Además, existe muy poca evidencia de que estos mecanismos aporten algún beneficio. En este sentido, lo que en este trabajo se plantea es, ¿las sujeciones producen consecuencias negativas en la calidad de vida de los y las pacientes que viven en un centro gerontológico?

La calidad de vida en las personas mayores es un objetivo que no siempre se alcanza, ya que se trata de un sector de la sociedad que en numerosas ocasiones es estigmatizado por diversos motivos, entre ellos; la avanzada edad, deficiente estado de salud, deterioro cognitivo, alteraciones de conducta, dependencia física y emocional del cuidador/a y aislamiento social, entre otros. Por ello, las instituciones o particulares que trabajan con personas mayores deberán adaptarse a sus deseos y necesidades, con el fin de garantizarles la mejor calidad de vida posible.

El uso de sujeciones es una cuestión que ha tenido poca visibilidad en la sociedad en general, aunque con el paso de los años, cada vez es más notable. La mayoría de las personas desconocen la utilidad que se le da a estos mecanismos y la gravedad e importancia que ello conlleva. Además, existe una gran falta de sensibilidad y concienciación hacia este tema, sobre todo en la zona sur de la península e Islas Canarias, ya que la mayoría de estudios realizados sobre este tema se centran básicamente en el norte peninsular (País Vasco, Navarra, Cataluña...), en Estados Unidos y los países nórdicos como, Dinamarca, Noruega y Finlandia, entre otros. La relevancia de este estudio queda así patente al aportar una pequeña parte de lo que esto supone, en un centro gerontológico de la isla de Tenerife.

España es el país con mayor prevalencia en el uso de sujeciones físicas y químicas. Esta es una de las razones por las que se considera necesaria la promoción de su conocimiento, y así poder afrontar esta situación entre las diferentes disciplinas que trabajan con personas dependientes, con el fin de disminuir su uso.

La mayor parte de los estudios que hay sobre restricciones físicas y químicas, son desde una perspectiva médica. Este trabajo trata de aportar una visión más social del tema. Las sujeciones, a parte de los daños físicos y psíquicos que generan, también afectan a la parte social de la persona, por ejemplo, en la red de apoyos, en las interacciones sociales, en las habilidades sociales... Además, el trabajo social en salud proporciona ayuda a los familiares, los usuarios y las usuarias a la hora de afrontar una situación de dependencia, sin tener que usar sujeciones. Igualmente, orienta al entorno de las personas mayores ofreciendo información sobre las consecuencias que generan su uso y así poder sustituirlas por otras medidas más adecuadas. Del mismo modo, se colabora con el personal sanitario para ayudar a prevenir una situación de deterioro extremo y fomentar así la autonomía.

## **1. Fundamentación teórica**

Algunas de las medidas que muchos centros Gerontológicos de España han adoptado son, las sujeciones. El objetivo de estas medidas es, hacer frente a conductas indeseadas como, trastornos de la conducta o estabilidad corporal que puedan producir alteraciones en la organización del trabajo. Una de las razones para aplicar sujeciones, es el temor a las consecuencias legales de las caídas para los profesionales. Como consecuencia, esto afecta directamente a la calidad de vida y bienestar de estas personas. Sin embargo, en muchas ocasiones, una persona que vive en una residencia utiliza algún tipo de sujeción por orden familiar. En los resultados de un estudio realizado por Fariña y Estévez, (2011) sobre la actitud de los familiares con respecto a las restricciones, éstos se mostraron de acuerdo con su uso e incluso estaban dispuestos a usarlas en algún familiar suyo.

### **1.1. Contextualización**

Actualmente existen numerosas dudas sobre el concepto de sujeción. El Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, (2012) define el concepto “sujeción” como la “Acción de sujetar. Unión con la que algo está sujeto de modo que no puede separarse, dividirse o inclinarse”.

Según Ljunggren, Phillips y Sgadari, (1997), existen coincidencias internacionales en cuanto a la consideración de los términos:

- Sujeción física: cualquier método, aplicado a una persona que, limite su libertad de movimientos, la actividad física, o el normal acceso a cualquier parte de su cuerpo.
- Sujeción química: el uso de medicamentos psicotrópicos, sedantes o tranquilizantes, por conveniencia o disciplina, o para manejar un problema para el que existen otras alternativas.

Teniendo en cuenta que se trata de mecanismos que imposibilita a la persona en el desarrollo de las actividades de la vida diaria, produciendo así una reducción de su autonomía, hay que recordar que, también afectan a los derechos fundamentales de las persona, reflejados en la Constitución Española (1978).

Además, el uso de sujeciones restringe y limita las relaciones sociales entre las personas, generando aislamiento social que a su vez impide el desarrollo del bienestar emocional de la persona afectando a su autoestima. Hay que tener en cuenta que el ser humano es un ser social, que persigue como meta básica y fundamental la aceptación social y como consecuencia la necesidad de integración social para el pleno desarrollo y bienestar personal y social.

Ljunggren et al. (1997) realizaron un estudio donde se compara la prevalencia del uso de sujeciones en 8 países. Los resultados muestran que la prevalencia más baja en ese año está en Dinamarca con un 2,2%, Japón 4,5% e Islandia 8,5, seguida de Suecia con un 15,2%, Italia 16,6%, Estados Unidos 16,5% y Francia 17,1%. Sin embargo, España cuenta con un 39,6% de prevalencia, es decir, una notable diferencia con el resto de países nombrados (ver tabla 1).

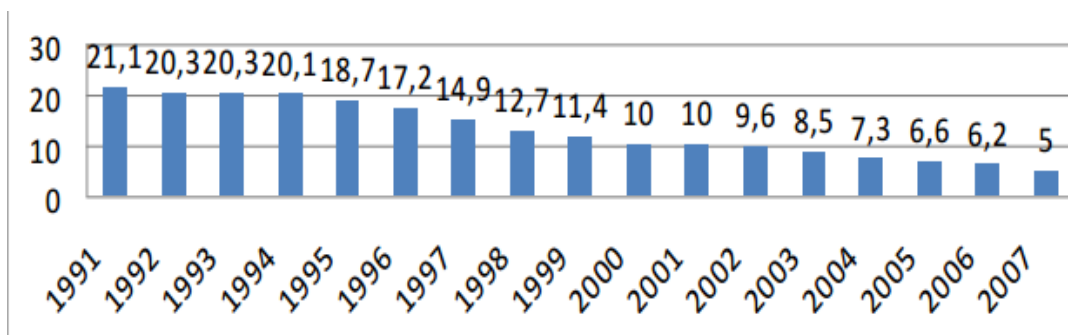
Tabla 1

*Porcentaje del uso de sujeciones físicas no diarias*

Países	Dinamarca	Francia	Islandia	Italia	Japón	<b>España</b>	Suecia	EE.UU
%	2,2	17,1	8,5	16,6	4,5	<b>39,6</b>	15,2	16,5

*Nota:* Ljunggren et al. (1997)

El uso de sujeciones en Estados Unidos ha disminuido notablemente desde que entró en vigor la ley OBRA'87. Como muestra el estudio de Center for Medicare & Medicaid Services (2008), la prevalencia en uso de sujeciones en 1980 era de aproximadamente el 41% (cercano a la prevalencia en España en 1997), en 1991 era de 21,1% y ha descendido hasta un 5% en 2007 (ver figura 1).



*Figura 1.* Prevalencia del uso de sujeciones en Estados Unidos desde 1997 hasta 2007.



Por otro lado, en un estudio llevado a cabo en 2008 por la Confederación Española de Organización de Mayores (CEOMA), sobre sujeciones, se analizaron 25 residencias Públicas de la Comunidad de Madrid. Los datos obtenidos mostraron que en el 68,26% de las residencias (43), las personas inmovilizadas estaban entre 0 y el 20%. En el 23,81% de las residencias, los y las residentes inmovilizados estaban entre el 20 y el 40%. Había dos residencias en las que las personas inmovilizadas estaban entre 40 y el 60%, y otras dos en las que había entre el 60% y el 80%. En una residencia los y las residentes inmovilizados eran más del 80%. Los valores extremos de prevalencia de sujeciones son 0% y 98%.

Según datos obtenidos por la fundación Cuidados Dignos en febrero del 2015, actualmente España sigue siendo el país número uno en la lista de prevalencia en el uso de sujeciones, aunque con el paso de los años se han ido reduciendo considerablemente. En el año 2011 se establecieron los dos primeros centros libres de sujeciones en nuestro país, y entre el año 2011 y 2015 ya hay más de cincuenta centros que no usan ninguna medida de restricción.

## 1.2. Clasificación de las sujeciones

Un estudio llevado a cabo por el Comité Interdisciplinar de sujeciones en el año 2014 sobre sujeciones mecánicas y farmacológicas, establece que las sujeciones pueden ser clasificadas atendiendo al método de aplicación, los dispositivos o utensilios, la temporalidad y la aceptación por parte de la persona (ver tabla 2).

Tabla 2

### *Clasificación de las sujeciones*

Método de aplicación	Dispositivos o utensilios	Temporalidad	Aceptación por parte de la persona
Físicas o químicas	Muñequeras, tobilleras, cinturones abdominales, de cama o pélvicos, peto torácico, barandillas de la cama, sábanas, etc.	Agudas, episódicas o esporádicas ( se utilizan de forma puntual en un momento determinado) Crónicas o permanentes (se utilizan en periodos superior a 2-3 días o una semana)	Voluntarios o involuntarias

*Nota:* Adaptado de Comité Interdisciplinar de Sujeciones (2014)

Según el mismo estudio, las sujeciones también pueden ser distinguidas en físicas o químicas.

### **1.2.1. Sujeciones físicas**

Existen numerosas discusiones a la hora de considerar algunos mecanismos como sujeción. Según El Comité Interdisciplinar de sujeciones, (2014) sobre sujeciones mecánicas y farmacológicas, el tipo más común de sujeciones físicas son: las barandillas de las camas y el mobiliario ergonómico adaptado

Las *barandillas de las camas* son mecanismos que impiden, limitan o restringen los movimientos de una persona, por ejemplo, salir y bajarse de la cama. Cuando se utilizan las dos barandillas de la cama, o cuando se utiliza una pero el lado libre de la cama está contra la pared o algún mobiliario, será considerado sujeción física, puesto que impide la salida del usuario. Sin embargo, si es la persona la que solicita, de forma voluntaria este mecanismo, no se considerará sujeción, siempre y cuando se deje libre el lado de salida de la cama. Cabe destacar que numerosos/as pacientes que sufren un alto grado de deterioro cognitivo pueden percibir las barandillas como objetos extraños y provocar en ellos agresividad, miedo, excitación, etc. Lo que hace que aumente la probabilidad de que los/as residentes intenten saltar por encima de la barandilla. Otro aspecto negativo de estos recursos es que alguna parte del cuerpo de la persona puede quedarse atrapada.

En cuanto al *mobiliario ergonómico adaptado* como sillas, sillones geriátricos, mesas... producen una restricción de los movimientos de las personas, impidiéndoles la posibilidad de salir o liberarse de ellos. Se considerará sujeción los casos cuando se utiliza para mantener la postura corporal o para controlar alguna conducta indeseada. Sin embargo no se considera sujeción cuando es solicitado por el propio usuario, y siempre y cuando la persona sea entrenada para librarse con facilidad de los mismos. Además, este tipo de mecanismos restringen las relaciones sociales a la hora de la comida, reduciendo su percepción de estímulos.

### **1.2.2. Sujeciones químicas**

Las sujeciones farmacológicas o químicas que más se utilizan son los grupos de fármacos que afectan al sistema nervioso central, siendo éstos;

- Benzodíacepinas (lorazepam, lormetazepam, diazepam...)
- Neurolépticos (haloperidol, risperidona, quetiapina...)
- Hipnóticos/sedantes (clometiazol)
- Antidepresivos sedantes (trazodona)
- Antiepilépticos con efecto sedante (gabapentina)

Según el Comité interdisciplinar de sujeciones, (2014 p, 16) se considera sujeción química al “grupo de psicofármacos, que limiten o restrinjan la movilidad y comprometan las actividades de la vida diaria (levantarse, vestirse, bañarse...) así como el funcionamiento mental, con el objetivo de controlar una conducta inadecuada o molesta (vagabundeo, rechazo de los cuidados...), y siempre que no tiene su base en un trastorno psiquiátrico o médico diagnosticado, sino que se utilizan por conveniencias organizativas y no en beneficio de la persona”.

Cuando se utiliza cualquiera de los fármacos indicados sin la existencia de problemas psiquiátricos se está haciendo uso de una sujeción química, ya que existen medidas más adecuadas que no afectan a los movimientos y actividades diarias de la persona.

### **1.3. Consecuencias del uso de sujeciones**

La utilización de sujeciones genera una serie de consecuencias negativas que diferentes autores comparten tras la realización de varios estudios.

Tinetti, Liu y Ginter, en 1992 realizaron un estudio, donde se evaluó la asociación entre el uso de sujeciones mecánicas y las caídas perjudiciales entre las personas que vivían en residencias para mayores. Participaron 397 personas móviles y sin restricciones, durante un año de seguimiento, 122 sujetos fueron restringidos, 39 de forma constante y 83 de forma intermitente. Los resultados mostraron que de los sujetos que fueron sometidos a restricciones, un 15% sufrieron una lesión grave causada por caídas. Después de controlar otros factores de riesgo de lesiones, las restricciones

mecánicas fueron asociadas al incremento de lesiones graves provocadas por las caídas. Las conclusiones del estudio sugieren la reconsideración de si las sujeciones aportan seguridad a la persona que la tiene implantada.

Cohen, Neufeld, Dunbar, Pflug y Breuer (1996), compararon dos grupos de residentes, los que utilizaban restricciones físicas y los que no. Se obtuvo que los y las residentes que no tenían restricciones físicas, presentaba mayor independencia funcional en las residencias donde viven. Además de, creatividad en la elección de alternativas, niveles más altos para realizar actividades de la vida diaria, mayor continencia y menos lesiones con gravedad. Sin embargo, las personas sometidas a restricciones físicas eran más dependientes, menos creativas, y tenían menos nivel para realizar actividades de la vida diaria, mayor incontinencia y lesiones más graves producidas por caídas.

Posteriormente, Capezuti, Strumpf, Evans, Grisso y Maislin (1998) realizaron una investigación sobre la relación entre la eliminación de la restricción física y caídas y lesiones entre los residentes de hogares de ancianos. Se obtuvo que en las residencias que redujeron en un 11% el uso de sujeciones, la tasa de caídas fue del 50%. Sin embargo, en los centros donde se redujeron en un 23%, la reducción de caídas tras la eliminación de las sujeciones fue del 56%.

En 1998, la Sentinel Event Alert, realizó un estudio en el que se registraron 20 muertes relacionadas con el uso de restricciones. Se encontró también que el 40% de éstas fueron causadas por asfixias, mientras que el resto se produjeron por estrangulación. El mismo estudio relacionó que la muerte por asfixia era provocada por poner pesos excesivos en la espalda de los pacientes y las pacientes en una posición boca abajo, por colocar una sábana o toalla sobre la cabeza del paciente para protegerles contra posibles mordidas o escupitajos o, la obstrucción de la vía aérea cuando se tira de los brazos del paciente a través de la zona del cuello. Igualmente, Altimari y Weiss (2002), relaciona las muertes por asfixias, complicaciones cardíacas, sobredosis de drogas, traumatismos cerrados o estrangulamiento con el uso de sujeciones.

En el mismo sentido para Mohr, Petti y Mohr (2003), el uso de sujeciones también causa:

- *Muerte por aspiración*: la muerte por aspiración está relacionada con el uso de sujeciones cuando la persona sometida se encuentra en una posición supina

mientras es inmovilizado, lo cual provoca una disminución de sus niveles de conciencia y la capacidad corporal para defender las vías respiratorias. La muerte se produce como resultado de la asfixia, edema agudo de pulmón, o neumonitis.

- *Trombosis*: en la literatura médica, la trombosis está fuertemente relacionada con los casos en los que los pacientes están inmóviles durante un largo periodo de tiempo. Es decir, la inmovilización puede ser un factor de riesgo para múltiples lesiones e incluso la muerte.
- *Efectos psicológicos*: los efectos de las restricciones físicas pueden ser percibidos como penales, dejando un gran potencial de secuelas traumáticas. Las restricciones físicas se asociaron, tras varios experimentos, con reacciones emocionales traumáticas (miedo, rabia, ansiedad, agresividad y delirium).

Por otro lado, Engberg, (2008) compara el estado físico y mental de una persona cuando usa alguna sujeción, con el estado que presenta una vez retirado dicho mecanismo. Los datos que obtuvo, muestran que las consecuencias adversas que producen el uso de sujeciones son: caídas, agitación de los y las residentes y deterioro cognitivo. Durante los tres primeros meses en los que una persona era sometida a restricción física, el autor, encontró que el rendimiento cognitivo disminuía en un 4%, el rendimiento en las actividades de la vida diaria en un 5% y a la hora de caminar, las personas eran más dependientes que antes de tener la restricción en un 10%. Tres meses después de retirar las sujeciones, se observó que la salud de los y las residentes mejoraba considerablemente. Presentando mayor tono muscular, equilibrio y mejor rendimiento cognitivo. Los hallazgos indican que los beneficios para los y las residentes que no utilizan restricciones, son sustanciales.

Más recientemente, una investigación realizada por Konetzka, Brauner, Shega y Wener (2014) en Estados Unidos, tenía como objeto de estudio averiguar si la reducción del uso de sujeciones físicas en los centros residenciales de personas mayores, estaba asociado con un aumento del uso de sujeciones farmacológicas. Los resultados mostraron que, aproximadamente el 36% del aumento de sujeciones químicas estaba asociado a la reducción del uso de restricciones físicas.

Un resumen de los resultados de estos estudios permite establecer una serie de efectos producidos por el uso de mecanismos de restricción que con el paso de los años se siguen repitiendo (ver tabla 3).

Tabla 3

*Efectos del uso de sujeciones*

Mayor número de caídas	Muerte por asfixia
Agitación	Obstrucción de la vía respiratoria
Deterioro cognitivo	Sobredosis por drogas
Dependencia	Traumatismos cerrados
Menos creatividad	Muerte por aspiración
Menos nivel en el rendimiento para realizar actividades de la vida diaria	Trombosis
	Miedo
	Rabia
Incontinencia	Estrangulamientos
Ansiedad	
Lesiones graves	

Existen evidencias que las hace poco recomendables, dados sus efectos, como el aumento del riesgo de caídas con graves consecuencias.

#### **1.4. Factores de riesgo para ser sometidos a sujeciones físicas**

La evidencia científica muestra que las sujeciones son más propensas a utilizarse cuando existen algunos factores determinantes. Muchos estudios coinciden en alguno de estos factores de riesgos que producen un aumento de la utilización de sujeciones físicas.

Por un lado, una investigación realizada por Folmar y Wilson en 1989, donde se analizaron 112 residencias de Pensilvania en Rumanía para comprobar si las restricciones físicas estaban relacionadas con la disminución de la conducta social entre los y las residentes de hogares para personas mayores, encontraron que el bajo desempeño social pone a un residente en riesgo para ser sometido a alguna restricción.

Por otro lado, un estudio realizado por Marks en 1992, sobre las restricciones físicas en la práctica de la medicina, refleja numerosos riesgos sobre la utilización de sujeciones físicas, por ejemplo: el deterioro funcional físico y el deterioro cognitivo, dejando como consecuencia un impacto psicológico bastante importante.

Phillips, Hawes, Mor y Fries (1996), analizaron 250 residencias de 10 áreas diferentes de Michigan en Estados Unidos y encontraron que, algunas de las características que aumentan la probabilidad de que se utilicen sujeciones en las residencias destinadas al cuidado de personas mayores son: el deterioro cognitivo y físico, las características de las instalaciones, las residencias dotadas de poco personal y la ubicación geográfica de las residencias.

Posteriormente, Castle y Mor en 1998, examinan las características de 268 residencias de Estados Unidos y asociaron la utilización de restricciones físicas cuando se producían mayor número de caídas. Asimismo, se comprobó que las personas que presentaban deficiencia física y deterioro cognitivo eran con más frecuencia sometidas a sujeciones físicas. Igualmente, se obtuvo que el tamaño de la residencia y los y las residentes que presentaban mayor dependencia de los y las auxiliares de enfermería eran factores que incrementaban el uso de sujeciones. Además, se encontró que las instalaciones que contaban con una plantilla de trabajadores y trabajadoras amplia y los que tenían contrato a media jornada, eran menos propensos a utilizar mecanismos de restricción.

En 2004 Vries, Ligthart y Nikolans, realizaron un estudio en 5.894 pacientes de edad avanzada en hospitales y residencias de 6 países europeos (Austria, Dinamarca, Bélgica, Alemania, Países Bajos y Francia) con algún tipo de sujeción. En 67% de los pacientes, la indicación para el uso de restricciones fue un alto riesgo de caídas, en el 12% la indicación fue agitación psicomotora. La mayoría de los pacientes que fueron tratados con sujeciones también recibieron medicamentos psicotrópicos (75%). Al mismo tiempo, la gran mayoría (87%) de los pacientes restringidos tenía un diagnóstico de demencia y el 1% de los pacientes restringidos tenían un diagnóstico grave del delirio. La indicación más común para uso de restricciones, fue alto riesgo de caídas.

Bredthauer, Becker, Eichner, Koczy y Nikolaus (2005), realizaron una investigación cuyo propósito era abordar el maltrato a personas mayores en la unidad

psicogeriatrica de un hospital de Alemania. La mayoría de los sistemas de retención se implantaron al comienzo de la hospitalización (83%). También encontraron que el 48% de los pacientes restringidos presentaban una edad avanzada y tenían problemas cognitivos graves. Los pacientes con un nivel cognitivo bajo y problemas de movilidad graves mostraron un alto riesgo de ser restringidos. La incapacidad para realizar las actividades de la vida diaria aumentó la frecuencia de los sistemas de retención.

En resumen, existe una mayor probabilidad de que una persona sea sometida a algún tipo de restricción física cuando se dan una serie de factores de riesgo, tanto en el/la residente, como en el tipo de residencia (ver tabla 4).

Tabal 4

*Riesgos para la utilización de sujeciones físicas*

<b>Residentes</b>	<b>Tipo de Residencia</b>
- Deterioro físico y cognitivo	- Características de las instalaciones
- Alto número de caídas	- Poco personal
- Bajo desempeño social del residente	- Ubicación geográfica de la residencia
- Mayor dependencia del cuidador/a	- Tamaño de la residencia
- Problemas de movilidad grave	
- Incapacidad para realizar actividades de la vida diaria	
- Delirio	
- Agitación psicomotora	

### **1.5.Mitos y evidencias sobre el uso de sujeciones**

No existe un consenso científico sobre los beneficios y perjuicios de las sujeciones hacia los/as residentes. Lo que ha originado un debate que ha generado numerosas explicaciones. Según algunos autores existen una serie de mitos y evidencias que se pueden observar en la siguiente tabla (ver tabla 5).



Tabla 5

*Mitos y evidencias sobre el uso de sujeciones*

<b>Autores</b>	<b>Mito</b>	<b>Evidencia</b>
Capezuti et al, (1998)	Creencia generalizada de que la reducción de las restricciones físicas dará lugar a accidentes y lesiones por caídas	La eliminación de las restricciones físicas no aumentan el número de caídas y lesiones
Tinetti et al, (1992)	Las restricciones proporcionan una adecuada y mayor protección	Las restricciones mecánicas se asociaron con la continua aparición de lesiones graves relacionadas con las caídas después de controlar otros factores de riesgo de lesiones

Además, la fundación Cuidados Dignos en el año 2010, pone de manifiesto otros mitos y evidencias existentes en España en cuanto al uso de sujeciones.

Es un mito creer que las sujeciones corrigen la postura, pues está evidenciado que un mobiliario correctamente diseñado y adaptado a las necesidades del paciente corrige mejor su postura. También se cree que las sujeciones previenen la deambulación con riesgo, sin embargo, los pacientes a los que se les permite deambular mejoran la potencia muscular, mejorando el equilibrio y “saben caerse”, estos pacientes presentan una deambulación más segura. Otra creencia que promueve el uso de sujeciones es que la falta de personal idóneo hace necesario su uso, no obstante, se ha llegado a la conclusión de que no existe personal no idóneo sino no formado. Otra creencia es que la atención a la persona usuario es más fácil y se realiza de forma más eficiente mediante el uso de sujeciones. Por el contrario, está demostrado que las sujeciones crean mayor dependencia en el paciente, necesitando éste mayor cuidado por parte del personal sanitario.

## 1.6. Norma Libera-Ger

Esta norma es el primer Sistema de Gestión y Control de Sujeciones en Centros de Atención Socio-sanitaria, que permite, de manera voluntaria, alcanzar la categoría de “centro libre de sujeciones”.

Libera-Ger tiene como objetivo principal eliminar el uso de sujeciones en los cuidados e introducir un nuevo paradigma de la atención.

Es un proyecto desarrollado por la fundación Cuidados Dignos (2010) que propone un nuevo modelo de gestión llamado *Modelo Vida y Persona*, el cual va dirigido al sector socio-sanitario. Tiene como meta conseguir el objetivo de cuidar a las personas en situación de dependencia de forma personalizada, para atender a sus necesidades, deseos y preferencias.

La norma Libera- Ger es un proyecto que se fundamenta en varios artículos de la Legislación Estatal y de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Las leyes que han apoyado la elaboración del presente proyecto han sido:

La Legislación Estatal: Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia:

- Artículo 4: Derechos y obligaciones de las personas en situación de dependencia:
  - a). “Las personas en situación de dependencia tendrán derecho a disfrutar de los derechos humanos y libertades fundamentales, con pleno respeto de su dignidad e intimidad.”

La Legislación autonómica del País Vaco: Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales:

- Artículo 12: Deberes de las personas profesionales de los servicios sociales:
  - a). “Promover la dignidad, la autonomía, la integración y el bienestar de las personas a las que atienden” para lo cual es necesaria una mejora continua en las prácticas y formas de cuidar, innovando, y acercándonos más a un modelo de

atención centrado en la persona cuidada y en sus necesidades, deseos y preferencias.

Los decretos específicos que se pueden encontrar sobre sujeciones, y en los que Libera-Ger se apoya, son los siguientes:

- Cataluña: Decreto 284/1996 modificado por el Decreto 176/2000 de regulación del Sistema Catalán de Servicios Sociales, que establece el derecho a no ser sometido a ningún tipo de inmovilización o restricción física o farmacológica sin prescripción médica y supervisión, salvo que exista peligro inminente para la seguridad física del usuario o de terceras personas.
- Valencia: Decreto 91/2002, de 30 de mayo, de registro de los titulares de actividades de acción social, y de registro y autorización de funcionamiento de los servicios y centros de acción social, en la comunidad valenciana que afirma que a los usuarios solamente 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 duración del tratamiento.
- Comunidad Autónoma de Navarra: Ley foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales, que expone en su artículo 8-k el derecho a no ser sometido a ningún tipo de inmovilización o de restricción física o tratamiento farmacológico sin prescripción facultativa y supervisión, salvo que exista peligro inminente para la seguridad física del usuario o de terceros. En este último caso las actuaciones efectuadas se justificarán documentalmente y costarán en el expediente del sumario, en la forma que se establezca reglamentariamente. Asimismo se comunicarán al Ministerio Fiscal.
- Navarra: Ley Foral 17/2010 de derechos y deberes en materia de salud, que obliga a los profesionales a informar a los usuarios de forma clara y sencilla sobre las ventajas e inconvenientes de las sujeciones con anterioridad a su aplicación, y los destinatarios podrán rechazar estas medidas físicas y farmacológicas.
- Cantabria: Ley 2/2007, de 27 de marzo, de derechos y servicios sociales que instaaura 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.

## 1.7. Centro gerontológico Amma

Amma es una sociedad que se constituyó en 1997 en Pamplona, para dar respuesta a las necesidades de plazas residenciales para mayores y dependientes, detectadas en el II Plan Gerontológico de Navarra. El grupo Amma es una empresa compuesta por un equipo de profesionales y medios técnicos que diseña, promueve y gestiona centros gerontológicos y servicios innovadores de la más alta calidad. Estos están dirigidos a personas, centros asistenciales y otras entidades e instituciones para conseguir su plena satisfacción (ver figura 2).

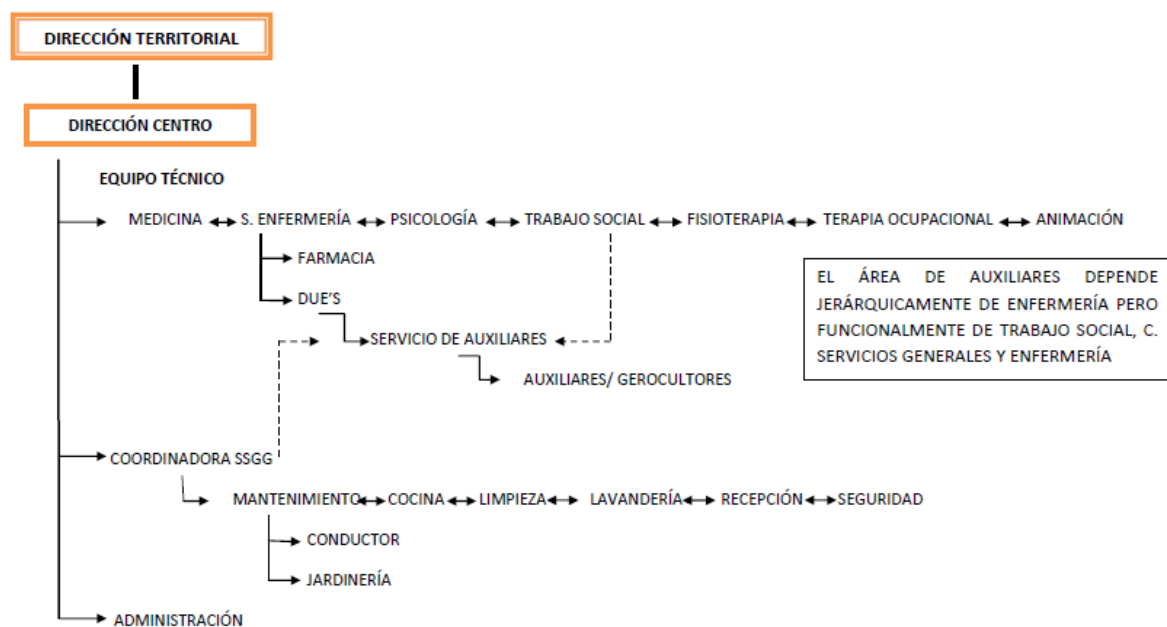


Figura 2: *Organigrama funcional de Amma Santa Cruz*

Entre los diferentes y numerosos centros que gestiona Amma, la presente investigación centra su objeto de estudio en el centro Gerontológico Amma de Santa Cruz de Tenerife, ubicado en la urbanización de Ifara, el cual presta sus servicios desde el año 2005. Las residencias Amma son centros socio-sanitarios, y entre sus servicios sociales podemos encontrar el departamento de Trabajo Social. Según el manual de Trabajo Social (2010), elaborado por la propia empresa, las funciones a desarrollar por cualquier profesional de esta disciplina son:

- Planificar y optimizar las redes de soporte social del residente en el centro, (mediante una adecuada programación de objetivos y racionalización del trabajo).
- Fomentar la participación e integración de los/as residentes en la vida del centro y de su entorno.
- Recabar datos de interés (previamente definidos) en relación al posible nuevo/a residente.
- Recepción del nuevo/a residente y de sus familiares al ingreso.
- Colaboración con el servicio de psicología y terapia ocupacional del centro en la determinación de la ubicación del nuevo/a residente
- Realizar valoración social inicial y de seguimiento de los/as residentes.
- Participar en la definición, junto con el resto de profesionales del equipo multidisciplinar del centro, del Plan de Actuación con el/la residente.
- Gestionar las necesidades de recursos externos del residente que pueda precisar para optimizar su atención, seguimiento y mediación en la relación entre el residente y su entorno socio-familiar, manteniendo a su vez el seguimiento de las visitas que recibe.
- Atender las disconformidades que pueden surgir en relación a su actividad, pudiendo sustentar su resolución en el servicio médico, equipo multidisciplinar y dirección del centro.
- Atender a los/as residentes y entorno familiar en el momento en que el usuario cause baja, facilitando soporte sobre las necesidades que pudieran presentar.
- Comunicar las incidencias a las familias.

El Trabajo Social en salud, es definido por Colom (2008 p. 155), como: “Una disciplina. Una profesión. La especialización del trabajo social en el ámbito sanitario. El trabajo social que se aplica en los establecimientos sanitarios. Es la teoría que guía la práctica y la instrucción profesional en sanidad. Investiga las leyes básicas de las realidades, circunstancias sociales, de la enfermedad de las personas atendidas en el sistema sanitario, ya sea en su condición de enfermedad, de familia o red social, o como beneficiarias de los programas preventivos”.

Este mismo autor, establece dos planos que debe abordar el trabajador social en salud (ver tabla 6).

Tabla 6

*Planos del Trabajo Social en salud*

<b>Plano Organizativo</b>	<b>Plano Asistencial</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- El trabajador social sanitario debe analizar las características del establecimiento donde se desarrolla su actividad laboral. Además de organizar el servicio de trabajo social poniendo en práctica los principios de agilidad, eficacia, eficiencia y proximidad. Con el paso del tiempo, las actividades se irán ajustando acorde con las nuevas necesidades.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El trabajador social debe estudiar e interpreta las amenazas que interrumpen el desarrollo de la actividad cotidiana de las personas enfermas y de sus familiares, mediante el seguimiento de procedimientos estableciendo el diagnóstico social sanitario y ayudando a restablecer el equilibrio de sus vidas. Igualmente, propone programas, recursos, alternativas para orientar la solución de las dificultades generadas a raíz de la enfermedad.</li> </ul>

*Nota:* Colom 2008

Posteriormente, en 2011 Colom establece los objetivos particulares del Trabajo Social en salud, como por ejemplo:

- Trabajar con las personas que padezcan una enfermedad o con sus familiares y con los que están en riesgo de sufrirla, para ayudarles a que sepan afrontarla y que no genere ninguna carencia en sus vidas.
- Trabajar en las comunidades para ayudarles a reforzar la capacidad de proporcionar ayuda a sus miembros y, sobre todo, a los que están limitados por alguna enfermedad.
- Colaborar con los servicios de medicina comunitaria en la prevención, a través de un diagnóstico o pre-diagnóstico social sanitario.

El centro Gerontológico Amma Santa Cruz, ofrece a sus trabajadores/as formación específica sobre sujeciones, con el fin de crear conocimiento y conciencia de las

consecuencias que dichos mecanismos producen. De este modo se realiza entre toda la organización, una búsqueda efectiva de alternativas de mejora para los residentes y las residentes con un alto índice de caídas y deterioro cognitivo. Aparte de eso, Amma Santa Cruz ha adaptado un área de la residencia para la atención específica de las personas más dependientes, con el objetivo de eliminar todas las sujeciones y a su vez garantizar un mejor cuidado que genere una buena calidad de vida para los residentes y las residentes.

El 15 de Mayo de 2015 Amma Santa Cruz consiguió la acreditación *centro libre de sujeciones* tras la jornada formativa impartida por Burgueños. Lo que le convierte en el primer centro Gerontológico de Canarias en esta categoría.

### **1.8. Calidad de vida y percepción**

Las residencias Gerontológicas tienen como deber primordial satisfacer las necesidades de los usuarios y las usuarias, acorde con su estado físico y cognitivo, con el fin de poder garantizar una buena calidad de vida.

Según López (2001), el envejecimiento, aparte de los cambios físicos, es un factor de riesgo para contraer enfermedades, pérdida de facultades, falta de asistencia social, inadaptación a la jubilación y rechazo familiar, lo cual limita la autonomía y el poder decisorio de las personas mayores. El grado de autonomía va ligado con la dependencia de las personas, por lo que la autonomía es un indicador de salud en las personas mayores, y por tanto también de calidad de vida.

La calidad de vida en las personas mayores debe ser entendida como el estado biológico, psicosocial y económico en el que se encuentra la persona. En su valoración intervienen diversos aspectos como la propia experiencia, las creencias, las actitudes y perspectivas que las personas generan en relación a su vida (Treviño, Pelcastre y Márquez, 2002). Por tanto, cuando una persona mayor tiene un problema de salud serio que amenaza su vida, la calidad de vida se ve afectada considerablemente (Jakobsson y Hallberg, 2006).

Según un estudio realizado por el Imsero en 1992, los tres aspectos más importantes en la vida de las personas mayores son; la salud, la situación económica y

las relaciones familiares y sociales. Además se concluyó que las personas que residen en su domicilio tienen buen nivel de autonomía para su desarrollo diario. Su nivel de integración social es elevado, permitiéndoles obtener redes de apoyo social y estar más a gusto con su entorno. En cuanto a las personas que residen en residencias públicas, se encontró que, estas no tienen problemas a la hora del cuidado, disfrutan más de las actividades de ocio y tiempo libre que las que residan en residencias privadas. Sin embargo, las personas que viven en residencias privadas muestran más satisfacción con los servicios recibidos que las personas que viven en residencias públicas.

Muchos de los elementos que constituyen la calidad de vida se basan en la autopercepción de la persona mayor. Por tanto, los componentes subjetivos son muchos, por ejemplo, la vitalidad, satisfacción, logros y salud son cuestiones en las que la objetividad es difícil, sobre todo cuando se utiliza como fuente la autopercepción. Sin embargo, la calidad de vida puede definirse y ser evaluada de manera objetiva aun cuando se incluyan componentes subjetivos tales como el bienestar y la satisfacción. Pero también cuando se tienen en cuenta componentes objetivos como, la presencia de síntomas, el funcionamiento físico y el apoyo social. La medición de la calidad de vida incluye básicamente seis dimensiones: 1) bienestar global, 2) aspectos físicos, 3) psicológicos, 4) sociales, 5) funcionales, 6) económicos. La calidad de vida es pues, la percepción subjetiva del individuo en relación a su capacidad incluyendo los aspectos de la vida y de la función humana, considerados esenciales para la vida plena (Lara, Ponce de León y De la Fuente, 1995).

Teniendo en cuenta que la percepción es una creencia subjetiva, Myers (2011 p. 231), define el concepto percepción como “proceso de organización e interpretación de la información sensorial, que permite reconocer el sentido de los objetos y los acontecimientos significativos”.

En 2006, la empresa Comunicación, Imagen y Opinión Pública (CIMOP), realizó un estudio para conocer cómo se percibe en la sociedad a las personas mayores. Se analizó el punto de vista de distintas edades (niños, preadolescentes, adolescentes y jóvenes, adultos y personas mayores) con diferente nivel socioeconómico. En primer lugar se encontró que la percepción de la sociedad hacia las personas mayores es homogénea, es decir, se tiene una imagen que engloba a todo el colectivo de personas mayores en un único grupo. En segundo lugar se halló que, con el paso de los años ha



habido un “rejuvenecimiento” de las personas que se consideran mayores. Así, hace aproximadamente 20 años a una persona de 60 años se le consideraba mayor. Sin embargo, en la actualidad esa percepción ha cambiado y se empieza a considerar que una persona es mayor a partir de los 75 u 80 años. Finalmente, se observó que las condiciones de vida de las personas mayores han mejorado (viviendas más confortables, participación en actividades socioculturales, planificación del tiempo de ocio).

Posteriormente, en el año 2002 Azpiazu, Cruz, Villagrasa, Abanades, García y Alvear realizaron un estudio sobre los principales factores que influyen en la calidad de vida y la percepción de la salud de los mayores de 65 años, hallaron que la salud mental y la capacidad funcional, son los factores que más influyen en la percepción del estado de salud y la calidad de vida de las personas mayores.

Urciuoli, Dello Buono, Padoani, y De Leo, (1998), realizaron un estudio para evaluar la calidad de vida de las personas mayores de 85 años que vivían en residencias y las que vivían en su hogar. No encontraron diferencias significativas entre las dos muestras contrastadas, aunque las institucionalizadas eran menos autosuficientes y menos independientes para las tareas de la vida diaria.

Clark (1991), defiende que la autonomía que posee una persona depende del contexto que le rodea. Es más, la pérdida de autonomía e independencia, aumenta las necesidades de apoyo del medio y del ámbito familiar y comunitario.

Del mismo modo, Newson y Shutz (1996) hicieron un estudio relacionando el funcionamiento físico, apoyo social, síntomas depresivos y satisfacción vital, obteniendo que el funcionamiento físico es un predictor del apoyo social, y a su vez, el apoyo social predice los síntomas depresivos y la satisfacción vital. El apoyo social recibido y percibido es una de las variables determinantes para la calidad de vida de las personas mayores (Schalock y Verdugo, 2003).

Con el fin de identificar la relación entre la percepción que tienen los enfermeros y las enfermeras sobre el comportamiento de la salud de las personas mayores de 65 años, Lee y Chung (1998) realizaron un estudio encontrando los siguientes resultados: la percepción de la salud es un factor importante relacionado con el comportamiento de promoción de la salud en las personas mayores. Por lo tanto, las enfermeras y los

enfermeros deben considerar la percepción de la salud cuando vayan a intervenir con las personas mayores.

Igualmente en un estudio sobre la evaluación de la influencia que ejerce la institucionalización sobre la percepción de la salud y autonomía de una persona mayor, se encontró que los aspectos organizativos y profesionales hacen que la persona mayor perciba el centro residencial como una alternativa de calidad a su domicilio habitual. Además puede ser considerado como un entorno en el que puede vivir sin sentirse “encorsetado”. Por otro lado, los resultados muestran la existencia de una relación significativa entre la autonomía e independencia de una persona mayor y su deterioro debido a la institucionalización. Además, algunos efectos que se han encontrado tras un año y medio de institucionalización han sido, un aumento de trastornos, agudización del deterioro o disminución de la autoestima. Incluso se habla de un síndrome específico de institucionalización caracterizado por síntomas como, la apatía e indiferencia, disminución de las capacidades cognitivas, dificultad para expresar sentimientos, disminución de su autonomía, así como la importancia de la percepción del control en la adaptación al centro y el efecto negativo en la adaptación cuando se percibe un escaso control personal sobre el medio. El ámbito residencial puede dar lugar a niveles altos de dependencia, llevando a la tendencia de la persona a ajustar su conducta, al tiempo que adopta una actitud pasiva ante la baja percepción de control ambiental, considerando el ingreso en la institución como una situación estresante. Merece la pena destacar que todos los residentes, hombres y mujeres, sufrieron un empeoramiento en la percepción de salud desde los 20 primeros días de ingreso (Rojas, Toronjo, Rodríguez y Rodríguez, 2006).

Por consiguiente, cada vez son más los estudios que aportan relevancia social al colectivo de las personas mayores, permitiendo conocer las variables necesarias para la evaluación de la calidad de vida de estas, con el fin de poder observar su evolución y facilitar los recursos necesarios ante nuevos cambios culturales, sociales y económicos.

Por tanto y dada la importancia que tiene, tanto la calidad de vida como la percepción, en el beneficio o perjuicio del uso de sujeciones en las personas mayores, se diseña la presente investigación con los objetivos que se plantean a continuación.

## **2. Objetivo**

Saber si las sujeciones producen consecuencias negativas en los residentes y las residentes del Centro Gerontológico Amma Santa Cruz, en función de la percepción de los/as profesionales que trabajan en él.

Concretamente se pretende conocer:

- Qué percepción tienen los profesionales y las profesionales del centro, sobre las sujeciones.
- Cómo evalúan los profesionales y las profesionales del centro, la calidad de vida de los residentes y las residentes que se encuentra en él.
- Si la percepción de los profesionales y las profesionales depende de la evaluación de la calidad de vida que este colectivo tiene sobre los residentes y las residentes que usan sujeciones.

## **3. Metodología**

### **3.1. Sujetos**

Participan en esta investigación 40 profesionales del Centro Gerontológico Amma de Santa Cruz de Tenerife, de los cuales dos de ellas son trabajadores sociales, una psicóloga, dos fisioterapeutas, una animadora socio cultural, dos doctoras, 19 auxiliares de enfermería y 12 enfermeros y enfermeras. Del total de participantes el 60% son mujeres y el 40% hombres. La edad media de los profesionales del centro es de 34,50, ( $DT= 8,718$ ), y oscila entre los 21 y los 50 años.

### **3.2. Diseño**

Se trata de una investigación correlacional en la que se aborda la relación entre dos variables: la percepción profesional sobre el uso de sujeciones y la evaluación que hacen los profesionales de la calidad de vida de las personas mayores.

### **3.3. Instrumentos**

Todos los participantes respondieron de forma voluntaria a dos cuestionarios cuantitativos. También, se cuenta con una parte descriptiva de la muestra que recoge los datos socio-demográficos de los participantes en este estudio.

### *Cuestionario de percepción*

Este cuestionario fue diseñado específicamente para este estudio basándose en la revisión bibliográfica de un estudio llevado a cabo por el Comité Interdisciplinar de Sujeciones, (2014). Consta de 15 ítems que miden la percepción de los profesionales y las profesionales del centro gerontológico Amma Santa Cruz, sobre el uso de sujeciones físicas y farmacológicas de los residentes y las residentes. El cuestionario se responde a través de 5 puntuaciones en las que 1 representa el máximo desacuerdo y 5 el máximo acuerdo. Se calculó el índice de fiabilidad para conocer la consistencia interna de los 15 ítems y se obtuvo un Alpha de Cronbrach de 0,753.

### *Inventario de evaluación de la calidad de vida de las personas mayores (FUMAT; Verdugo Alonso, Gómez Sánchez y Árias Martínez, 2009)*

La escala original se adaptó al objetivo de este estudio, así como a las características de la muestra. La versión original de la escala FUMAT mide la evaluación de la calidad de vida de usuarios de servicios sociales y tiene un índice de fiabilidad de .991. Está formada por 80 ítems agrupados en 8 dimensiones: bienestar emocional (12 ítems), relaciones interpersonales (8 ítems), bienestar material (10 ítems), desarrollo personal (10 ítems), bienestar físico (10 ítems), autodeterminación (10 ítems), inclusión social (11 ítems) y derechos (9 ítems). A su vez, cada dimensión está dividida en diferentes indicadores. Así, la dimensión bienestar emocional consta de 5 variables (estabilidad emocional, satisfacción, auto-concepto, ausencia de estrés y relaciones de pareja). La dimensión relaciones interpersonales se divide en 4 variables (amigos claramente identificados, relaciones sociales, relaciones familiares y contactos sociales positivos y gratificantes). La dimensión bienestar material tiene 5 variables (vivienda, condiciones del servicio, jubilación, posesiones e ingresos). El desarrollo personal consta 3 variables (oportunidades de aprendizaje, habilidades funcionales y habilidades académicas). La dimensión bienestar físico tiene 10 variables (atención sanitaria, memoria, movilidad, visión, sueño, acceso ayudas técnicas, actividades de la vida diaria, continencia, audición y salud general). La dimensión autodeterminación consta de 4 variables (metas y preferencias personales, autonomía, elecciones y decisiones). Además, a la misma variable se le han añadido 3 ítems de la escala de autoestima de Rosenberg, (1965), siendo estos "*tengo confianza en mis propias habilidades*", "*me siento frustrado/a por mí desempeño*" y "*me siento disgustado/a conmigo mismo/a*".

La dimensión integración social está compuesta de 4 variables (participación, integración, apoyos y general). Por último, la dimensión derechos tiene 8 variables (ejerce derecho, responsabilidades, dignidad, derechos legales, información, respeto, defensa de derechos e intimidad).

En la escala adaptada se eliminó un total de 31 ítems, resultando una escala final compuesta por 49 ítems, distribuidos en 7 dimensiones: bienestar emocional (9 ítems), relaciones interpersonales (6 ítems), desarrollo personal (5 ítems), bienestar físico (8 ítems), autodeterminación (8 ítems), integración social (9 ítems) y autoestima (3 ítems) (ver anexo 1). La métrica utilizada oscila entre una puntuación del 1 al 5, donde 1 significa el máximo desacuerdo y 5 totalmente de acuerdo. Su índice de fiabilidad según el Alpha de Cronbaches de 0.777.

### **3.4.Procedimiento**

El contacto con el centro Gerontológico Amma Santa Cruz se hizo a través de las Prácticas Externas del Grado de Trabajo Social.

Antes de comenzar la investigación, se propuso a la directora del centro el proyecto de investigación para llevar a cabo el presente trabajo. De esta forma, se pudo conocer el grado de participación y disponibilidad de los profesionales y las profesionales.

Contestaron individualmente y de forma autoadministrada a los dos cuestionarios. Se les explicó que sus respuestas eran anónimas y los completaron en el propio centro.

## **4. Resultados**

Para alcanzar los objetivos planteados en primer lugar, se hizo un análisis descriptivo de los resultados de la variable percepción y de la variable calidad de vida (tabla 7). En segundo lugar, se hizo un análisis factorial con método de extracción de componentes principales del cuestionario de percepción sobre sujeciones (tabla 8). A continuación se calculó la consistencia interna, tanto para los factores de percepción, como para las dimensiones de calidad de vida (figura 3). En cuarto lugar, se busca la relación entre las variables a través de las correlaciones entre los factores de percepción y las dimensiones de calidad de vida (tabla 9) y sus medias (figura 4). Por último se calcula la regresión entre los factores de percepción y las dimensiones de calidad de vida (tablas 10 y 11).

### *Análisis descriptivo de los resultados*

Para conocer la percepción y la calidad de vida que los/as profesionales del centro tienen sobre las sujeciones y su uso en los/as residentes, se calculan las medias obtenidas a las respuestas de ambos cuestionarios.

*Tabla 7*

Estadísticos descriptivos

	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>N</i>
Percepción de sujeciones	2,4067	,57938	40
Evaluación de la calidad de vida	2,9908	,39925	40

*Nota:* a mayor puntuación mayor percepción y calidad de vida

Como se observa en la tabla 7, la media de percepción sobre las sujeciones es de 2,4, es decir, los/las profesionales del centro tienen una percepción sobre las sujeciones desfavorable. Con respecto a la evaluación de la calidad de vida, se ha obtenido una media de 2,99, lo que significa que los profesionales y las profesionales hacen una evaluación negativa de la calidad de vida de los residentes con sujeciones.

A continuación se hizo un análisis de correlaciones entre las dos medias. No se obtiene relación significativa entre la percepción de los/as profesionales sobre las sujeciones y la evaluación que estos hacen de la calidad de los residentes del centro, ( $r = ,176$ ;  $p=1$ ). Por tanto, se procede a calcular la relación entre las dimensiones de ambas variables. Puesto que el cuestionario de percepción se hizo para esta investigación, se realiza un análisis factorial, para determinar que ítems tienen más peso a la hora de describir dicha variable.

### *Análisis factorial de la variable percepción*

El análisis factorial de las respuestas al cuestionario de percepción profesional agrupa dos componentes que explican el 55,69% de la varianza.

Se ha utilizado la matriz de correlaciones para determinar los componentes y la matriz de componentes rotados de acuerdo con la normalización de Varimax. La prueba KMO para el análisis fue ,718. Y en relación con la esfericidad de Barlett fue, Chi-cuadrado= 345,101, DT=105,  $p<,000$ .

Tabla 8

*Ponderaciones de factores para el análisis factorial exploratorio con rotación Varimax de la escala de percepción profesional*

Escala	Condición residente	Relaciones sociales
Pienso que las sujeciones limitan considerablemente la autonomía de los/as residentes	,808	
Considero que las sujeciones son una barrera que impide el desarrollo de los/as residentes	,792	
Desde mi punto de vista, cuando un/a residente sufre algún tipo de caída el daño ocasionado es mayor que si no la tuviera	,701	
Pienso que las sujeciones incrementa la agresividad de los/as residentes	,694	
En mi opinión se ve afectado el bienestar de un/a residente con sujeción física o química	,699	
Creo que existen problemas entre los/as familiares que quieren poner una sujeción y la opinión del profesional	,423	
En mi opinión cuando un/a residente tiene o ha tenido algún tipo de sujeción, se aísla del entorno		,822
Creo que las sujeciones afectan de forma negativa al estado de ánimo de los/as residentes		,715
Considero que cuando un/a residente tiene o ha tenido algún tipo de sujeción disminuye su participación en las actividades del centro		,690

Al primer factor se le ha denominado “condiciones del residente” y agrupa 6 ítems que tienen que ver con autonomía, bienestar, agresividad, daño y desarrollo personal del residente en función del uso de sujeciones. Explica el 44,131% de la varianza. Al segundo factor se le ha denominado “relaciones sociales” y se compone de 3 ítems que comparten los conceptos de estado de ánimo, aislamiento y participación en el centro de los residentes con sujeciones. Explica el 10,938% de la varianza.

### Consistencia interna para los factores de percepción y las dimensiones de calidad de vida

La consistencia interna para el cuestionario de percepción ( $\alpha = 0,753$ ) y la escala de calidad de vida adaptada ( $\alpha = 0,777$ ), inicialmente fue alta para ambos. Dado que se decidió calcular la relación entre las dos variables, en función de sus factores y dimensiones, se halla en primer lugar, el índice de fiabilidad para dichos factores y dimensiones (ver figura 3).

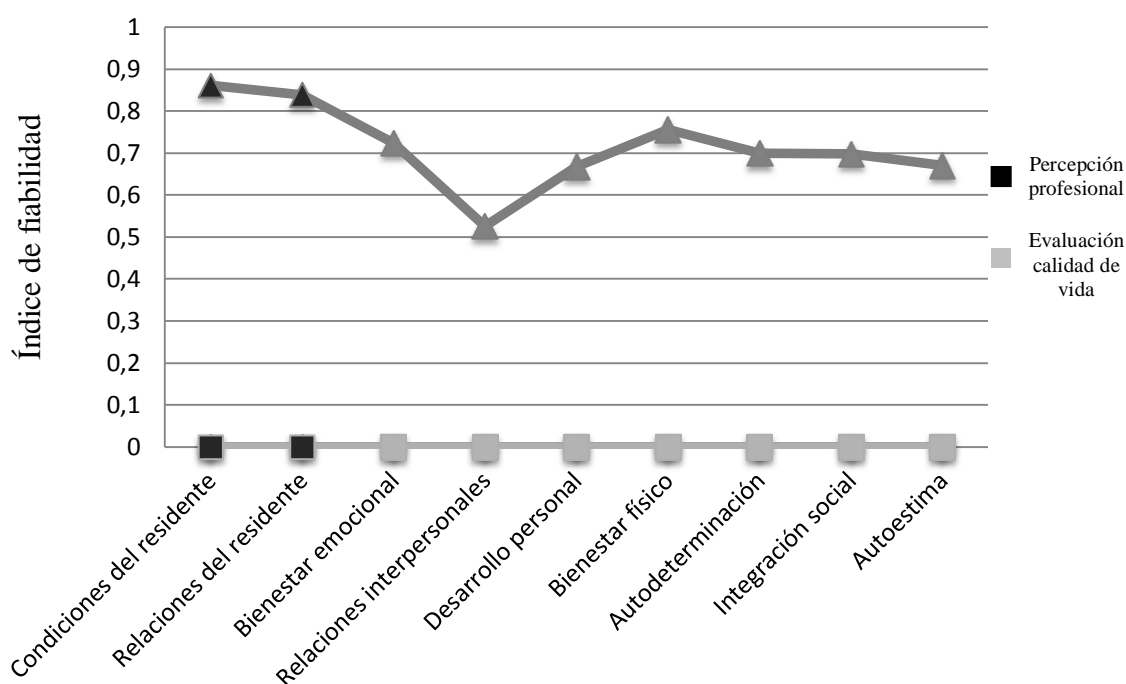


Figura 3: índice de fiabilidad de los factores de percepción y las dimensiones de calidad de vida

Como se observa en la figura 2 ambos factores de percepción han obtenido la fiabilidad más alta. Concretamente el factor “condiciones del residente” con un Alpha de Crombach de 0,861 y el factor “relaciones sociales” un  $\alpha = 0,839$ . Por otro lado, en las siete dimensiones de la escala de calidad de vida de los residentes y las residentes que usan sujeciones, los índices de fiabilidad más altos corresponden a las dimensiones “bienestar físico” ( $\alpha = 0,756$ ) y “bienestar emocional” ( $\alpha = 0,724$ ). El índice más bajo lo tiene la dimensión “relaciones interpersonales” con un Alpha de Crombach de .525. El resto de dimensiones tienen una consistencia interna similar.

### Relación entre los factores de percepción y las dimensiones de calidad de vida



En la tabla 9 se puede ver la relación establecida tanto para los factores de percepción como para las dimensiones de calidad de vida. Como se observa existe una correlación significativa entre el factor “condiciones del residente” y las dimensiones “bienestar emocional” ( $p= .314$ ) y “autoestima” ( $p= .353$ ). También hay correlación significativa entre el factor “relaciones del residente” y la dimensión “autoestima” ( $p= .390$ ).

Tabla 9

*Correlación entre los factores de percepción y las dimensiones de calidad de vida*

	Condiciones del residente	Relaciones sociales
Condiciones del residente	1	
Relaciones sociales	,555(**) ,000	1
Bienestar emocional	,314 (*) ,048	,182 ,262
Relaciones interpersonales	-, 043 ,793	-,082 ,613
Desarrollo personal	,010 ,949	-,013 ,935
Bienestar físico	,231 ,152	,285 ,074
Autodeterminación	,027 ,867	,006 ,970
Integración social	,062 ,702	,074 ,651
Autoestima	,353(*) ,025	,390(*) ,013

*Nota:* \*\* La correlación es significativa al nivel 0,01

\* La correlación es significante al nivel 0,05

El sentido de estas relaciones se muestra de forma más detallada a través de las medias representadas en la figura 4.

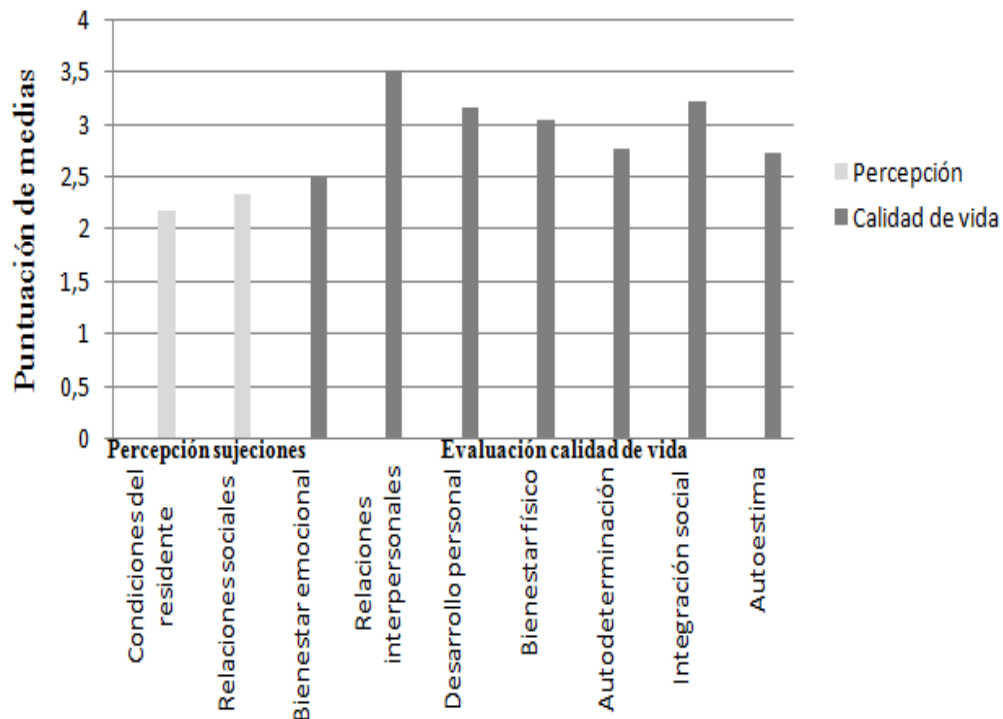


Figura 4. Puntuación de las medias de los factores de percepción y de las dimensiones de calidad de vida

Las medias de las respuestas a cada factor y dimensión muestran que los profesionales y las profesionales tienen una percepción desfavorable sobre las “condiciones del residente” que usan sujeciones ( $M= 2,17$ ) y hacen una evaluación negativa de su “bienestar emocional” ( $M= 2,49$ ) y “autoestima” ( $M= 2,73$ ). A su vez, el factor “relaciones sociales” ( $M= 2,33$ ) y la dimensión “autoestima” ( $M= 2,73$ ) de las personas que usan sujeciones también obtienen medias bajas. Por tanto, los trabajadores y las trabajadoras perciben de forma desfavorable las relaciones sociales del residente con sujeciones y evalúan su autoestima de forma negativa.

#### *Predicción de la calidad de vida de los residentes sobre la percepción de las sujeciones*

Para verificar los resultados de la correlación de Pearson, se realizó en primer lugar un análisis de regresión lineal simple, para determinar si las dos dimensiones de calidad de vida (autoestima y bienestar emocional) predicen el factor de percepción “condiciones del residente” (tabla 10).

Tabla 10

*Coefficientes de regresión lineal de las dimensiones de calidad de vida sobre la percepción*

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	<i>B</i>	<i>Error típ.</i>	<i>Beta</i>		
Condiciones del Residente	1,419	,626		2,268	,029
Autoestima	,729	,280	,589	2,600	,013
Bienestar Emocional	-,416	,357	-,263	-1,164	,252

Los resultados indican que las variables están relacionadas linealmente, según la opinión de los profesionales del centro gerontológico Amma. Sin embargo la relación encontrada no es fuerte ( $R= 0.43$ ). De hecho la autoestima y el bienestar emocional explican un 18.2% de la varianza de la percepción en las condiciones del residente ( $R^2= .182$ ) y que esta puntuación muestra una relación lineal significativa, pero sólo para la calidad de vida en autoestima ( $F_{(2.39)}= 4,12; p=,013$ ).

En segundo lugar, se llevó a cabo un análisis de regresión lineal simple para comprobar si la autoestima predice las relaciones del residente (Tabla 11)

Tabla 11

*Coefficientes de regresión lineal de la dimensión de la autoestima sobre las relaciones del residente.*

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	<i>B</i>	<i>Error típ.</i>	<i>Beta</i>		
Relaciones Sociales	1,012	,521		1,94 2	,060
Autoestima	,483	,185	,390	2,61 1	,013

Los resultados muestran una relación poco fuerte ( $R= 0.39$ ). Concretamente, la autoestima explica el 15.2% de la varianza de las relaciones sociales del residente ( $R^2=$

.152). La relación lineal entre la autoestima como calidad de vida y la percepción de las relaciones sociales del residente es significativa ( $F_{(1,39)} = 6,81; p = ,013$ ).

## 5. Discusión

El objetivo de esta investigación fue saber si las sujeciones tienen consecuencias negativas en los residentes y las residentes del Centro Gerontológico Amma Santa Cruz. Concretamente, se pretendió conocer qué percepción tienen los profesionales y las profesionales del centro, sobre las sujeciones, cómo evalúan la calidad de vida de los residentes y las residentes que se encuentra en él y si la percepción de los profesionales y las profesionales depende de la evaluación de la calidad de vida que este colectivo tiene sobre los residentes y las residentes del centro.

Los resultados muestran que los/as profesionales perciben de forma desfavorable las sujeciones, mostrándose en desacuerdo con su utilización. Del mismo modo, evalúan de una forma negativa la calidad de vida de las personas que tienen sujeciones. Con esto se puede observar, que el personal del centro Gerontológico Amma Santa Cruz, consideran que el uso de sujeciones no aporta beneficios en la vida diaria de las personas residente. Cohen et al, (1996), Sentinel Event Alert (1998) y Capezuti et al, (1998), realizaron diferentes estudios en centros residenciales de larga estancia encontrando resultados similares sobre las diferentes consecuencias negativas derivadas del uso de sujeciones. Una vez más, en esta investigación tampoco se han encontrado datos que apoyen o justifiquen su uso.

Haciendo referencia a la correlación llevada a cabo entre la percepción profesional y su evaluación de la calidad de vida, no se ha encontrado relación significativa entre ambas. No obstante, se hallaron relaciones significativas entre los dos factores de percepción y dos dimensiones de calidad de vida, con lo cual que se cumple de forma parcial el hecho de que la percepción de los profesionales y las profesionales depende de la evaluación de la calidad de vida que este colectivo tiene sobre los residentes y las residentes que usan sujeciones. Concretamente se observó que la autoestima predice las condiciones del residente. Es decir, los profesionales y las profesionales perciben de forma desfavorable las condiciones del residente porque evalúan su autoestima de forma negativa. Esto se relaciona con el estudio de Mohr et

al, (1998), donde encontraron que las sujeciones producen miedo, rabia, ansiedad, agresividad y delirium, siendo características que afectan directamente al bienestar emocional de la persona. Por otro lado, también se ha hallado relación significativa entre la percepción de las relaciones sociales del residente y su autoestima. Esto significa que la autoestima predice las relaciones sociales del residente. Pues, los y las profesionales perciben de forma desfavorable las relaciones sociales del residente porque hacen una evaluación negativa de su autoestima. Probablemente esta relación se pueda explicar tras la autoestima experimentada o adquirida por un individuo durante las relaciones sociales. Del mismo modo, cuando una persona tiene mayor nivel de autoestima su capacidad de interacción con el entorno será mayor, poseyendo mejores habilidades para relacionarse, ya que la autoestima proporciona la seguridad suficiente que necesita una persona para su pleno desarrollo como ser social. Para Trujillo, (2005), la autoestima en la tercera edad es un aspecto fundamental, ya que las personas mayores necesitan evaluar sus habilidades y características, las cuales se ven afectadas con el paso de los años. Las personas mayores están en una situación física, social y cultural perjudicada, pues mayoritariamente se sienten rechazados o menospreciados por la sociedad, debido, entre otras cosas, a la importancia que se le da a la belleza juvenil y del menor aprecio a la experiencia y sabiduría, como valores propios de las personas mayores. Igualmente, en Chile, dentro de los estudios realizados sobre la autoestima en los ancianos, Zavala, Vidal, Quiroga y Klassen (2006) relacionó la autoestima y el funcionamiento social con los roles sociales. Se encontró que un 51% de los ancianos alcanzó una alta autoestima, cuando eran partícipes del entorno social. Del mismo modo, George y Bearon (1980), identifican la calidad de vida como un componente importante para el envejecimiento, estableciendo que la calidad de vida es un fenómeno que incluye la percepción de autoestima de las personas mayores. En definitiva, la autoestima es uno de los elementos más importantes en la valoración de las personas mayores, lo que requiere especial atención y fortalecimiento en el trabajo diario con este colectivo.

Hasta ahora, los estudios revisados muestran que las sujeciones producen una serie de efectos psicológicos y físicos que perjudican gravemente la salud del paciente. Los hallazgos recogidos en la presente investigación muestran que los profesionales y las profesionales tienden a evaluar de forma negativa la autoestima del residente que usa sujeciones.

Una posible explicación a la escasa relación entre percepción y calidad de vida, es la cantidad de sujetos que ha participado en la investigación. Otra explicación puede ser debida a la renovación de la mayor parte de la plantilla de trabajadores y trabajadoras, los cuales contaban con insuficiente conocimiento sobre las sujeciones y sus consecuencias, pues cuando llegaron al centro ya casi no había residentes con sujeciones físicas o químicas. Sánchez-Vallejo, Rubio, Páez y Blanco (1998) defienden que el desconocimiento de los profesionales y las profesionales puede generar posibles prácticas que creen consecuencias sobre la salud del residente, pudiendo desencadenar ciertas conductas de riesgo. Es decir, la concienciación y sensibilización de las personas profesionales que se dediquen al cuidado de dependientes es primordial y fundamental, para así, evitar y prevenir futuras conductas o prácticas que pueden generar situaciones de riesgo que a su vez influyan en el bienestar y calidad de vida de las personas mayores.

En este sentido, la empatía es una habilidad fundamental y sumamente necesaria que deben poseer los trabajadores y las trabajadoras que se dediquen a cuidar a personas mayores, sea cual sea su estado físico y mental. Según Beaver y Miller (1998), el trabajador/ra social puede realizar talleres de trabajo para formar en empatía al personal que tiene contacto diario con los/as pacientes de residencias para mayores. Del mismo modo deben ser formados en empatía las personas voluntarias en “compañía de la persona mayor”. También hay que tener en cuenta que las relaciones sociales y el ocio juegan un papel fundamental en el desarrollo y bienestar de las personas. Fernández, Almuíña, Alonso y Blanco en un estudio realizado en 2001, hallaron que los factores psicosociales más destacados por los pacientes y las pacientes entrevistadas, de 60 años y más, fue la necesidad de ser escuchados, la pérdida de roles sociales y la falta de comunicación social en un 98%.

Por un lado, es necesario tener en cuenta que las personas mayores conforman una categoría social esencial en nuestro contexto sociocultural, pues vivimos en una sociedad que se está haciendo mayor muy rápidamente. Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), el porcentaje de población mayor de 65 años, que actualmente se sitúa en España es del 18,2% pasaría a ser el 24,9% en 2029 y del 38,7% en 2064. Esos datos demuestran una de las razones por las cuales el sector de las personas mayores está cobrando mayor relevancia para las investigaciones, dando lugar a un aumento considerable de residencias destinadas a su cuidado y centros de día. Esto

es importante para el trabajo social, pues en los centros residenciales para personas mayores se precisa más asistencia social y psicológica que médica (Silverstone y Burack-Weiss, 1984). Sin embargo, una realidad es que el personal del trabajo social en residencias es muy limitado. Además, Jorgensen y Kane (1976), añaden que en la profesión de trabajo social existen muchos conocimientos y habilidades que pueden ser útiles para cubrir las necesidades psicosociales de las personas institucionalizadas, pues el objetivo principal del trabajo social para el residente, es favorecer su calidad de vida durante su estancia en el centro (Beaver y Miller, 1998).

Por otro lado, Elsdén (2004), realizó un estudio en el que le preguntó a un grupo de personas mayores que era lo que ellos desearían en el caso de pasar a sufrir una dependencia severa. Los deseos manifestados fueron algunos como; que se respetase su dignidad como seres humanos, ser respetuoso sin infantilizar, respeto a su intimidad, respeto a la autoestima “no hacerles invisibles”, dar capacidad de elección sobre la comida y la ropa y que se les proporcione información. Esto señala una vez más que, el uso de sujeciones no favorece los deseos y necesidades de las personas mayores ya que son mecanismos que restringen la libertad de las personas, afectando a su dignidad y autoestima.

En definitiva, los mecanismos de restricción tanto físicos como farmacológicos disminuyen la capacidad de autogestión para las tareas de la vida diaria y afecta de forma directa a la calidad de vida de las personas. Sabiendo esto, ¿Toleraríamos en nosotros mismos la implantación de dichas medidas de restricción? De cara a futuros estudios, es preciso destacar que las sujeciones nunca pueden cubrir una deficiencia y mucho menos la falta de recursos profesionales e institucionales. Además se debe promocionar la investigación al respecto para conocer cuál es la realidad en nuestro país, de acuerdo a nuestras características socioculturales.

## **6. Conclusiones**

La calidad de vida es un derecho del ser humano. Ciertamente se trata de un concepto que a veces puede ser subjetivo, pues varía según las personas, y depende de algunos aspectos como la cultura, la ideología y el nivel socio-económico. A groso modo, para considerar que una persona tiene calidad de vida, como mínimo deberá tener

cubiertas sus necesidades básicas, es decir, tener un hogar donde vivir, alimentación, salud... Sin embargo, la calidad de vida va más allá. Es un término que engloba mucho más que eso, ya que para el ser humano es necesaria la interacción con los demás. Las personas no podemos vivir aisladas, pues en el proceso de socialización se adquieren conocimientos, actitudes, disciplina, responsabilidades, autoestima, lenguaje, habilidades sociales y muchas otras características necesarias para el pleno desarrollo y bienestar de las mismas. No obstante, con el paso de los años, las relaciones sociales que influyen en la calidad de vida se ven afectadas por diferentes motivos, entre ellos, el deterioro cognitivo y físico. La avanzada edad, es por sí mismo un factor que influye en el bienestar de la persona. Si además le sumamos las complicaciones que puede presentar, estar restringido por algún mecanismo que impida la libertad de movimientos y la socialización, la calidad de vida para las personas que sufran este tipo de medidas, será una utopía.

En este trabajo se ha podido comprobar que los/as profesionales que han participado están en contra de las sujeciones, pues consideran que afectan a algunos aspectos importantes en la vida de las personas mayores. No obstante, actualmente en España muchos centros residenciales siguen haciendo uso de estos mecanismos. Por eso, desde el Trabajo Social se debe plantear soluciones para que se utilicen otro tipo de medidas. En primer lugar hay que hacer visible qué son las sujeciones y en qué consisten, pues la información y conocimientos sobre estos mecanismos son escasos. En segundo lugar, es importante crear conciencia sobre las consecuencias que produce, sobre todo, al personal encargado del cuidado de personas mayores, a través de programas de formación y sensibilización de todos los y las profesionales que trabajan en centros. Pues, cuanto mayor sea la formación de los profesionales y las profesionales, el uso de sujeciones será menor. También es importante hacer llegar esos conocimientos a los familiares responsables del residente, pues en algunas ocasiones son ellos los que quieren que se haga uso de estas medidas. Por otro lado, se puede trabajar activamente la disminución de sujeciones a través de la promoción de la creatividad de todos y todas para la identificación de ideas. Además hay que buscar alternativas y recursos para las personas dependientes que precisan atención intensiva por riesgo de caídas y lesiones graves. Alguna otra solución podría ser el replanteamiento del modelo de atención y el apoyo para la incorporación de nuevas tecnologías y de equipamiento adecuado para evitar su uso. Igualmente se debe fomentar la autonomía de las personas residentes



mediante talleres y actividades de diferente índole donde se trabajase tanto los aspectos cognitivos como físicos. Otra propuesta puede ser adaptar espacios en la residencia, donde si se produce una caída el daño ocasionado sea el menor posible. Sería bueno que todas estas propuestas se realizasen en compañía de otros y otras residentes permitiendo en todo momento la interacción entre ellos y ellas.

En definitiva, es importante afrontar que las personas mayores son más propensas a sufrir caídas debido a razones fisiológicas. Sería bueno pues, trabajar para reducir las consecuencias graves que producen dichas caídas, sin la necesidad de inmovilizar a la persona, para lo que es necesario asumir cierto riesgo. No se debe olvidar que la movilidad de una persona es la clave para conservar sus funciones básicas, pues cuanto menos utilice su musculatura será más proclive a lesiones graves.

Durante los cuatro años del Grado en Trabajo Social se han adquirido las competencias y conocimientos necesarios para desempeñar la tarea que supone proporcionar a las personas más vulnerables los recursos existentes acorde a cada caso y necesidad. A nivel personal el Trabajo Social es interpretado como una disciplina donde la vocación es fundamental y en la práctica es obligatorio no reflejar las creencias u opiniones personales que puedan influenciar en la toma de decisiones de la persona usuaria. El estudio del grado ha generado madurez, concienciación, sensibilidad, tolerancia y aceptación, aprendiendo a no hacer juicios de valor sobre las personas en general. El Trabajo Social, es una profesión en la que se trata con la parte más complicada del ámbito social de las personas. Por ello, es imprescindible adquirir habilidades sociales, como la asertividad, la empatía, la escucha activa y muchas otras que ayuden a afrontar la necesidad expresada por la persona de la mejor forma posible, para no hacerles sentir estigmatizados. Los trabajadores y las trabajadoras sociales deben separar los aspectos personales de los profesionales, pues si no lo hacen se puede ver afectada su estado de salud y su capacidad profesional para desempeñar el trabajo de la forma más efectiva posible.

## Referencias bibliográficas

Abbagnano, N. (2ª ed.). (1986). *Diccionario de filosofía*. México: Fondo de Cultura Económica.

Altimari, D., & Weiss, E. (2002). *Reform Urged In Use of Restraints*. Recuperado de <http://courant.ctnow.com/projects/restraint/reform1.stm>

Azpiazu, M., Cruz, A., Villagrasa, J. R., Abanades, J. C., García, N., & Valero, F. A. (2002). Factores asociados al mal estado de salud percibidos o a la mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Salu Pública*, 76(6), 684-693.

Beaver, M. L. y Miller, D. A. (1998). *Las prácticas clínicas del trabajo social con las personas mayores*. Barcelona: Paidós.

Bredthauer, D., Becker, C., Eichner, B., Koczy, P. & Nikolaus, T. (2005). Factors relating to the use of physical restraints in psychogeriatric care: a paradigm for elder abuse. *Gerontol Geriatr*, 38(1), 10-8.

Castle, N. G., & Mor, V. (1998). Physical restraints in nursing homes: A review of the literature since the nursing home reform act of 1987. *Medical Care*, 55(2), 139-170.

Capezuti E., Strumpf N.E., Evans L.K., Grisso J.A., & Maislin G. (1998). The relationship between physical restraint removal and falls and injuries among nursing home residents. *Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 53(1), 47-52.

Clark, P. G. (1997). Values in health care professional socialization: implications for geriatric education in interdisciplinary teamwork. *The Gerontologist*, 37(4).

Cohen, C., Neufeld, R., Dunbar, J., Pflug, L., & Breuer, B. (1996). Alternatives to Physical Restraints. *Gerontol Nurs*, 22(2), 23-9.

Colom, D. (2008). *El Trabajo Social Sanitario. Atención primaria y atención especializada. Teoría y práctica*. Madrid: UOC, 155-156 p.

Colom, D. (2011). *El Trabajo Social Sanitario: Los procedimientos, los protocolos y los procesos*. Madrid: UOC, 33 p.

Comité Interdisciplinar de Sujeciones. (2014). *Documento de consenso sobre Sujeciones Mecánicas y Farmacológicas* [versión electrónica]. Madrid: Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. Recuperado de

[https://www.google.es/search?q=Documento+de+consenso+sobre+Sujeciones+Mec%C3%A1nicas+y+Farmacol%C3%B3gicas&oq=Documento+de+consenso+sobre+Sujeciones+Mec%C3%A1nicas+y+Farmacol%C3%B3gicas&aqs=chrome..69i57.833j0j7&sourceid=chrome&es\\_sm=0&ie=UTF-8](https://www.google.es/search?q=Documento+de+consenso+sobre+Sujeciones+Mec%C3%A1nicas+y+Farmacol%C3%B3gicas&oq=Documento+de+consenso+sobre+Sujeciones+Mec%C3%A1nicas+y+Farmacol%C3%B3gicas&aqs=chrome..69i57.833j0j7&sourceid=chrome&es_sm=0&ie=UTF-8)

Cuidados Dignos, (2010). CUIDADOS DIGNOS.ORG. Recuperado de: [http://www.cuidadosdignos.org/norma libera ger.html](http://www.cuidadosdignos.org/norma_libera ger.html)

Decreto 91/2002, del 30 de mayo, sobre registro de los titulares de actividades de acción social, y de registro y autorización de funcionamiento de los servicios y centros de acción social. Diario Oficial de la Generalitat Valenciana (DOGV), 5 de junio de 2007, núm. 4262, pp. 15488-15505.

Decreto 176/2000, del 15 de mayo, de modificación del Decreto 284/1996, de 23 de julio, de regulación del sistema de Cataluña de Servicios Sociales. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, 26 de mayo de 2000. núm. 3148, pp. 6734- 6738

Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. (2012), En *Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española* (22<sup>a</sup> ed.). Recuperado de <http://lema.rae.es/drae/?val=sujeci%C3%B3n>

Edgerton, R. B. (1996). "A longitudinal-ethnographic research perspective on quality of life". Washinton, DC: American Association on Mental Retardation pp: 217-227.

Elsden, C. A. (2004). Uso de restricciones físicas en las instituciones gerontogeríatras. Gerokomos: *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontología*, 15(4), 217-227.

Engberg, J. (2008) .Physical Restraint Initiation in Nursing Homes and Subsequent Resident Health. *Gerontologist*, 48 (4), 442-452.

Fariña, E., Estévez, G.J. (2011). La restricción física de los pacientes siglo XIX y XX. *Revista de Enfermería*, 34(3), 82-189.

Fernández, S., Almuiña, M., Alonso, O., y Blanco, B. (2001). Factores psicosociales presentes en la tercera edad. *Revista cubana de higiene y epidemiología*, 39(2), 77-81.

Freedom from Unnecessary Physical Restraints: Two Decades of National Progress in Nursing Home Care (Center for Medicare & Medicaid Services, Julio 2008).

Folmar, S. & Wilson, H. (1989). Social behavior and physical restraints. *The gerontologist*, 29(5), 650-653.

George, L.K. & Bearon, L. B. (1980). Quality of Life in Older Persons. *Human Sciences Press*, 10(3), 53-75.

Immserso, (1992). Calidad de vida en la vejez en los distintos contextos. *Emay*, 94 (2).

Jakobsson, U, & Hallberg I. R. (2006). Quality of life among older adults with osteoarthritis: an explorative study. *Gerontol Nurs*, 32(8), 51-60.

Jorgensen, L. A. & Kane, R. (1976), "Social work in the nursing home", *Social Work in Health Care*, 1, 471-782.

Konetzka, R. T., Brauner, D J., Shega, J. & Werner, R. M. (2014). The effects of public reporting on physical restraints and antipsychotic use in nursing home residents with severe cognitive impairment. *Am Geriatric Soc*, 62 (3), 61-454.

Lara, M.C., Ponce, S., De la Fuente, J.R. (1995). Conceptualización y medición de la calidad de vida de pacientes con cáncer. *Rev Invest Clin*, 47(1), 315-27.

Lee, K. S., & Chung, Y. S. (1998). A Study on Health Perception and Health Promoting Behavior in the Elderly. *Korean Community Nurs*, 9 (1), 72-88.

Ley foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales, en la Comunidad Autónoma de Navarra. Boletín Oficial de Navarra, 20 de diciembre de 2006 núm. 152.

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado, 27 de marzo de 2010, núm. 75, pp. 29082-29084.

Ley de Cantabria 2/2007 de 27 de marzo, de Derechos y Servicios Sociales. Boletín Oficial del Estado, de 19 de abril de 2007, núm. 94, pp. 17216-17242.

Ley Estatal 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales. Boletín Oficial del País Vasco, 24 de Diciembre de 2008, núm. 248, pp.31840-31924.

Ley Foral 17/2010, de 8 de noviembre, de derechos y deberes de las personas en materia de salud en la Comunidad Foral de Navarra. Boletín Oficial de Navarra, de 15 de noviembre de 2010, núm 139.

Ljunggren, G., Phillips, C.D & Sgadari A. (1997). Comparisons of restraint use in nursing homes in eight countries. *Age and Ageing*, 26(2), 43-47.

López, F. (2001). La categoría calidad de vida y su conceptualización en la tercera edad. *Gerontología y Geriatria IMSS*, 7 (1), 9-12.

Grupo Amma (2010). Manual del Puesto de Trabajo Social.

Marks, W. (1992). Physical restraints in the practice of medicine. *Arch InternMed*, 152, 2203-2206.

Merleau-Ponty, M. (1975). Fenomenología de la percepción, Barcelona: Península, 476 p. (Col. Historia, ciencia, sociedad, núm. 121).

Mohr, W. K., Petti, T.A, & Mohr, B. D. (2003). Adverse effects associated with physical restraint. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48(5), 33-47.

Myers, D. G. (2011). Sensación y percepción. En D. G. Myers (Eds), *Psicología* (pp 229-289). Madrid: Panamericana.

Newson, J. T., & Schulz, R. (1996). Social support as a mediator in the relation between functional status and quality of life in older adults. *Psychology and Aging*, 11(1).

Observatorio de personas mayores (IMSERSO), (2006). Percepciones Sociales hacia las Personas Mayores. *Comunicación e Ciudadanía*, 4.

Phillips, C.D., Hawes, C., Mor, V. & Fries, B.E. (1996). Facility and area variation affecting the use of physical restraint in nursing homes. *Medical Care*, 34(11), 1149-1162

Rapley, M. (2000). "The social construction of quality of life: the interpersonal production of well-being revisited". En R., Scharloch & M. A. Verdugo. (2003). *Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza, p. 32.

- Rojas, M. J., Toronjo, A., Rodríguez, C., & Rodríguez, J. B. (2006). Autonomía y estado de salud. *Gerokomos*, 17 (1), 6.23.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princenton, NJ: Princenton University Press.
- Sánchez-Vallejo, F., Rubio, J., Páez, D., & Blanco, A. (1998). Optimismo ilusorio y percepción de riesgo. *Boletín de Psicología*, 58, 7-17.
- Santoro, E. (1980). Percepción social, en E. Sánchez, E. Santoro y J. F. Villegas, *Psicología Social*, México: Trillas, pp. 77- 109.
- Schalock, R., Verdugo, M. A. (2003). *Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza. 32-171.
- Sentinel Event Alert, Issue 8: Preventing restraint deaths, November 1998
- Silverstone, B. & Burack-Weiss, A. (1984). *Social Work Practice with the Frail Elderly and Their Families: The auxiliary function model*, Springfield: C. C. Thomas.
- Tinetti, M. E., Liu, W. L. & Ginter, S. F. (1992). Mechanical restraint use and fall-related injuries among residents of skilled nursing facilities. *Ann Intern Med*, 116, 369-374.
- Treviño, S. S., Pelcastre, B. & Márquez, M. (2002). Calidad de vida en la vejez en México rural: una perspectiva de género. INDESOL.
- Trujillo, S. (2005). Agenciamiento Individual y Condiciones de vida. *UnivPsicol Bogotá, Colombia*, 4 (2), 221-229.
- Urciuoli, O., DelloBuono, M., Padoani, W., & De Leo, D. (1998). Assessment of quality of life in the oldest- olds living in nursing homes and at home. *Archives of Gerontology and Geriatric*, 14, (4), 10-34.
- Urrutia, A. y col. *Fundación Cuidados Dignos: Norma Libera-ger* (2010).
- Vargas, L. M. (1994). *Sobre el concepto de percepción* [versión electrónica]. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/747/74711353004.pdf>
- Verdugo, M.A., Sánchez, L.E., & Árias, B. (2009). Evaluación de la calidad de vida de las personas mayores. *Escala FUMAT*. Salamanca: Instituto Universitario de Integración en la Comunidad.

Vries, O. J., Ligthart, G. J. & Nikolaus, T. (2004). Differences in period prevalence of the use of physical restraints in elderly inpatients of European hospital and nursing homes. *Gerontol a BiolSciMed Sci*, 59 922-923.

Weiss, E. M. (1998). A nationwide pattern of death. *Hartford Courant*. *Deadly restraint*, 11-15.

Zavala, M., Vidal, D., Castro, M., Quiroga, R., & Klassen G. (2006). Funcionamiento Social del Adulto Mayor. *Ciencia y Enfermería*, 12 (2), 53-62.

## **Anexos**

### **Anexo 1. Modelo de instrumento de recogida de datos**

Estoy realizando una investigación para presentar mi Trabajo Fin de Grado. Quiero decirle con ello, que esta investigación me permitirá terminar mis estudios universitarios. Por eso necesito su colaboración, contestando a los cuestionarios que le presento a continuación.

Quiero que tenga en cuenta que la información recogida en este estudio, será absolutamente confidencial y que se empleara solo con fines estrictamente académicos. En ningún caso se utilizarán datos personales de su participación.

Me comprometo a la devolución de los mismos y por tanto, a la presentación de un informe final de esta investigación, al Centro Gerontológico AMMA.

Para que los datos sean fiables, debe ser lo más sincero/a posible. Lo que me interesa es su opinión, por tanto, no hay respuestas correctas o incorrectas, únicamente lo que usted piensa a cerca de lo que se le pregunta.

Por favor, lea atentamente las instrucciones de cada cuestionario y conteste en función de su nivel de acuerdo o desacuerdo, aplicando los enunciados, frases o sentencias, a su propia vida y situación actual.

**GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**



**SEXO:** Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_

**EDAD:** \_\_\_\_\_

**OCUPACIÓN:** \_\_\_\_\_

Los enunciados que figuran a continuación se refieren a su **percepción o creencia** sobre **el uso de las sujeciones** en el centro donde usted trabaja. Por favor, conteste con la mayor sinceridad posible, señalando con una “X” el enunciado que mejor refleje su opinión, teniendo en cuenta las siguientes puntuaciones:

Totalmente en desacuerdo	En Desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de Acuerdo
1	2	3	4	5

Creo que las sujeciones influyen en las relaciones sociales del residente	1	2	3	4	5
Considero que entre los/as residentes con sujeciones hay buen clima	1	2	3	4	5
Pienso que las sujeciones limitan considerablemente la autonomía de los/as residentes	1	2	3	4	5
Creo que las sujeciones afectan de forma negativa al estado de ánimo de los/as residentes	1	2	3	4	5
Creo que existen problemas entre los/as familiares que quieren poner una sujeción y la opinión del profesional	1	2	3	4	5
En mi opinión se ve afectado el bienestar de un/a residente con sujeción física o química	1	2	3	4	5
Considero que las sujeciones físicas pueden ser sustituidas por otro tipo de tratamiento	1	2	3	4	5
Creo que las sujeciones químicas pueden ser eliminadas en la mayoría de los casos	1	2	3	4	5
En mi opinión, cuando un/a residente tiene o ha tenido algún tipo de sujeción, se aísla del entorno	1	2	3	4	5
En mi opinión, creo que las sujeciones limitan y restringen las relaciones sociales entre los/as residentes	1	2	3	4	5
Considero que cuando un/a residente tiene o ha tenido algún tipo de sujeción disminuye su participación en las actividades del centro	1	2	3	4	5
Desde mi punto de vista, cuando un/a residente con sujeción sufre alguna caída el daño ocasionado es mayor que si no la tuviera	1	2	3	4	5
Pienso que las sujeciones incrementan la agresividad de los/as residentes	1	2	3	4	5

En mi opinión las sujeciones afectan negativamente al autoestima de los/as residentes	1	2	3	4	5
Considero que las sujeciones son una barrera que impide el desarrollo de los residentes	1	2	3	4	5

A continuación se presentan una serie de afirmaciones relativas a **la calidad de vida** que usted considera que tienen **las personas con sujeción física o química**, del centro donde usted trabaja. Debe contestar a este cuestionario como profesional del centro, marcando con una “X” la opción de respuesta que **mejorevalúe** a dichas personas. Para ello debe tener en cuenta las siguientes puntuaciones:

Totalmente en desacuerdo	En Desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de Acuerdo
1	2	3	4	5

Les produce estrés vivir en la residencia	1	2	3	4	5
Tienen problemas para recordar información importante para la vida en el centro	1	2	3	4	5
Toman decisiones importantes para sus vidas	1	2	3	4	5
Tienen amigos/as que les apoyan cuando lo necesitan	1	2	3	4	5
Participan de forma voluntaria en algún programa o actividad del centro	1	2	3	4	5
Están integrados e integradas en el centro	1	2	3	4	5
Tienen problemas de movilidad	1	2	3	4	5
Se muestran satisfechos/as con los servicios y que apoyo reciben en el centro	1	2	3	4	5
Tiene una familia que respeta sus decisiones	1	2	3	4	5
Comprenden la información que reciben	1	2	3	4	5
Muestran sentimientos de incapacidad y frustración	1	2	3	4	5
Hacen planes sobre su futuro	1	2	3	4	5
Tienen una red de apoyo que no satisface sus necesidades	1	2	3	4	5
Disponen de las cosas materiales que necesitan	1	2	3	4	5

No se relacionan con otras personas del centro	1	2	3	4	5
Apenas muestran flexibilidad mental	1	2	3	4	5
Reciben servicios de apoyo que cambian a medida que cambian sus necesidades	1	2	3	4	5
Se muestran satisfechos/as consigo mismo/as	1	2	3	4	5
No pueden salir de su habitación debido a la restricción de la sujeción	1	2	3	4	5
No tienen ningún familiar cercano	1	2	3	4	5
Manifiestan de alguna manera que se sienten inútiles	1	2	3	4	5
Mantienen una buena relación con su familia	1	2	3	4	5
Tienen problemas de comportamiento	1	2	3	4	5
Están integrados/as con los y las compañeros/as del centro	1	2	3	4	5
Se muestran intranquilos/as o nerviosos/as	1	2	3	4	5
Organizan su propia vida dentro del centro	1	2	3	4	5
En general, se muestran satisfechos/as con sus vidas	1	2	3	4	5
Tienen dificultades para seguir una conversación	1	2	3	4	5
Reciben visitas de sus amigos/as	1	2	3	4	5
Muestran sentirse tristes	1	2	3	4	5
Mantienen una buena relación con el resto de residentes	1	2	3	4	5
Eligen como pasar su tiempo libre	1	2	3	4	5
Manejan el dinero independientemente	1	2	3	4	5
Están en un centro en el que aprenden nuevas habilidades	1	2	3	4	5
Tienen dificultades para participar en el centro	1	2	3	4	5
Se sienten frustrados/as en sus desempeños	1	2	3	4	5
Toman decisiones sobre cuestiones cotidianas	1	2	3	4	5
Participan en diferentes actividades que propone el centro	1	2	3	4	5
Tienen problemas de sueño	1	2	3	4	5

Disponen de ayudas técnicas si la necesitan	1	2	3	4	5
Se sienten a disgusto consigo mismo/a	1	2	3	4	5
Resuelven con eficacia los problemas que se les plantean	1	2	3	4	5
Tienen una familia que le da apoyo cuando lo necesitan	1	2	3	4	5
Se muestran limpios/as y aseados/as	1	2	3	4	5
Tienen confianza en sus propias habilidades	1	2	3	4	5
Realizan actividades que les gustan con otras personas	1	2	3	4	5
Mantienen una buena relación con los/las profesionales del centro	1	2	3	4	5
Tienen problemas de continencia	1	2	3	4	5
Están en un centro en el que pueden aprender cosas nuevas	1	2	3	4	5