



¹M.^a Jesús Zanza Castro
²Ángela Toronjo Gómez
²María Jesús Rojas Ocaña
³Olga Díaz de Durana Martínez de Zuazo
⁴Carol Anne Elsdén
⁵J. Javier Soldevilla Agreda

¹Enfermera. Profesora Enfermería Geriátrica. Escuela de Enfermería de Vitoria-Gasteiz. Directora del Grupo de Protección al Mayor. Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica.

²Enfermera. Profesora Enfermería Geriátrica, Universidad de Huelva. Miembro Grupo de Protección al Mayor SEEGG.

³Coordinadora de Enfermería del Área de Personas Mayores. Diputación Foral de Álava. Vocal SEEGG en el País Vasco. Miembro del Grupo de Protección al Mayor SEEGG.

⁴Enfermera. Unidad de Psicogeriatría. Residencia de Arana. Diputación Foral de Álava. Vitoria. Miembro Grupo de Protección al Mayor SEEGG.

⁵Enfermero Hospital de La Rioja. Profesor Enfermería Geriátrica. Escuela de Enfermería de Logroño. Miembro Grupo de Protección al Mayor SEEGG.

Correspondencia:

Ángela Toronjo Gómez
E.U.Enfermería. Universidad de Huelva
E-mail: angela@uhu.es

Uso de restricciones físicas
en las instituciones
gerontogeríatras

*Use of physical restrictions
in gerontogeriatrics institutions*

RESUMEN

El maltrato al mayor dependiente en el medio institucional es un fenómeno poco estudiado y prácticamente oculto. La restricción física en estos centros aparece como una de las prácticas más habituales y su catalogación no es identificada claramente entre los profesionales como una práctica a incluir dentro del denominado "maltrato al mayor". La infraestructura física y organizativa de las instituciones, el perfil de anciano dependiente con procesos demenciales y la toma de conciencia de los profesionales sobre el fenómeno son, entre otros, factores de riesgo muy potentes en la

SUMMARY

Dependent, elder abuse at institutional settings is an ill examined and basically hidden phenomenon. Physical restrictions appear to be common practice and professionals do not generally regard them as elder abuse. The infrastructure and resources of the institutions, elderly residents with history of dementia-like disorders and the professionals' being unaware of this phenomenon are, among others, very powerful risk factors for the occurrence and perpetuation of this type of abuse of the institutionalised elder population.

38 aparición y mantenimiento de este tipo de maltrato en la población mayor institucionalizada

PALABRAS CLAVE

Maltrato, persona mayores, atención institucional, restricción física.

KEY WORDS

Abuse, elderly people, institutional care, physical restriction.

218

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, el reconocimiento social a la vejez y las personas que forman parte de este grupo es algo evidente. Las personas mayores se han convertido en tema de debate, sujetos de políticas sociales específicas, de grupo de interés por parte de los diferentes partidos políticos, dado el número de personas con capacidad de votar que suponen. En definitiva, podemos decir que son un grupo protagonista en nuestro entorno social.

Este reconocimiento social choca bruscamente con el fenómeno del maltrato a las personas mayores. Es en fechas muy recientes, apenas hace una década, cuando el maltrato ha sido reconocido como un problema global (1) de todos: los mayores como colectivo afectado, las instituciones como responsables de la calidad de los cuidados ofertados, los políticos como sujetos responsables que deben potenciar políticas donde el derecho de la persona sea algo real para la totalidad de los mayores.

Si hacemos un recorrido por la historia, podemos observar que sistemáticamente los mayores han sido excluidos, se les ha hecho invisibles en la cotidianidad de nuestra historia. Es ahora cuando el mayor como sujeto normal -no el mayor excepcional- se ve reconocido como un sujeto con derechos, con capacidad de cambiar las políticas sociales, con poder para aportar conocimientos y recursos a la sociedad. Hoy, la realidad del mayor y el imaginario popular sobre el potencial de los mayores está cambiando. Sin embargo detectamos, con más frecuencia de la que quisiéramos, que cohabitan dos realidades bastante diferentes al mismo tiempo. Siguen conviviendo con bastante normalidad situaciones tan contradictorias como políticas de

ocio y vacacionales para los mayores y una ausencia de marco legal efectivo que detecte, sancione y elimine factores de riesgo respecto al fenómeno del maltrato en los mayores. Hablar del maltrato aparece como un tema tabú en el que no se quiere entrar. No es posible denunciar porque no se conoce el alcance del problema ni los factores determinantes del mismo, y no es posible iniciar políticas reales de erradicación del maltrato (sólo se trabaja de forma intuitiva) porque la información está blindada, aunque no exista una orden explícita de no hablar sobre ello.

En el caso de los mayores institucionalizados, como grupo con características propias, son una población de escasa trascendencia social (2), lo que supone que el uso de determinadas reglas, aunque puedan considerarse abusivas o negligentes para otros colectivos, en la institución se convierten en el *modo de hacer*. La puesta en marcha de los procedimientos o mecanismos de limitación de la autonomía del mayor se asume de forma automática, se actúa simplemente porque siempre se ha hecho así. El maltrato se vive como algo cotidiano, entre otras causas porque la práctica en sí, como pueden ser todos los procedimientos de restricción física (RF), no se considera reprochable.

Coincidimos con la mayoría de los autores, que demandan más investigación sobre el tema. También coincidimos en que es necesario hablar sobre el fenómeno, con o sin reconocimiento de que exista. Cuando la sociedad en general habla sobre algo, posiblemente se están moviendo los pilares de ese fenómeno y estamos en vías de cambiar. Reivindicamos que para criticarlo o justificarlo es necesario hablar sobre este tipo de prácticas.

El presente documento está ubicado dentro de una línea de trabajo de la Sociedad Española de Enfermería



219 Geriátrica y Gerontológica (3) y de su Grupo de Trabajo sobre “Protección al Mayor”, orientado hacia el maltrato en las personas mayores y en este caso de forma específica sobre las Restricciones Físicas (RF) como una forma de maltrato bastante extendida en las instituciones geriátricas.

Reconocer la práctica de restricción física como una forma de maltrato es ya un logro. En la mayoría de los casos se identifica esta práctica como una forma de cuidar que evita problemas en la población de riesgo. Al ser considerada una práctica de cuidados, se justifican todos los protocolos, estrategias, técnicas sobre los sistemas de limitación del movimiento, contención, etc., para que los profesionales sean expertos en la ejecución de la misma. Resulta paradójico detectar (2) cómo, incluso desde las instituciones educativas -escuelas de Enfermería-, se forma al alumnado en la ejecución de estos procedimientos para el uso de las restricciones físicas y no se identifican contenidos formativos donde el alumnado aprenda a trabajar con personas mayores con problemas de conducta o dificultades en la deambulación con el objetivo de garantizar una deambulación segura. En la medida en que se desarrollan estos procedimientos de restricción al mayor, implícitamente se le está dando el *visto bueno* a la práctica en sí. En muchas ocasiones los propios equipos de salud lo tienen integrado de forma tan potente que llevan a gala la pericia en la ejecución de la técnica. En esta situación es necesario reconocer la restricción física o contención como una práctica común en la institución, que en la mayoría de los casos es una práctica abusiva (2).

La diferente *vara de medir* que la sociedad tiene para los problemas de los mayores es obvia; como ejemplo podemos recordar cómo, en fechas recientes, apareció en los medios de comunicación en grandes titulares que unos profesionales en un centro de atención al niño encerraban a estos en una sala (de castigo) durante un período de tiempo, con el objeto de mejorar su conducta. Este hecho rápidamente es captado por la población en general como una práctica reprochable y, evidentemente, por las instituciones responsables de los derechos del niño como una práctica a sancionar. Muchas de estas prácticas se realizan de forma cotidiana en las instituciones donde se encuentran los mayores; sin

embargo, la sensibilidad social y la institucional no se sorprenden, no se interrogan, no lo cuestionan.

Por otro lado, no podemos dejar de denunciar que son las personas *mayores dependientes* los grupos de riesgo de estas prácticas: el colectivo más vulnerable y frágil es la víctima habitual de las prácticas de maltrato (4-7).

Hacer visible, social y profesionalmente, que estas prácticas forman parte del denominado fenómeno de maltrato en el mayor es uno de los objetivos que nos planteamos.

POBLACIÓN, MATERIAL Y MÉTODO

El estudio se planteó como una fase preliminar para una posterior investigación en todo el territorio nacional sobre la detección de restricciones físicas en mayores institucionalizados. Para ello se ha utilizado la infraestructura de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica -en cuanto a asociados y ámbitos asistenciales donde se mueven- al objeto de explorar el uso de restricciones físicas en las instituciones y pilotar un cuestionario sobre el tema. Esto nos ha permitido identificar el grado de dificultad que este tipo de problemas tiene para ser identificado y consecuentemente ser abordado.

El instrumento se pasó a todos los socios, junto con las orientaciones de uso y la consigna de difundirlo en el mayor número de centros posible.

Los datos obtenidos no pretenden ser generalizables al territorio nacional, ya que no hemos partido de una muestra representativa de la población de estudio, aunque sí es posible analizar las características, la causa y el seguimiento del uso de restricciones físicas en instituciones, respecto a los casos que se han captado (537 en total).

No es posible hablar en términos de prevalencia: como ya hemos comentado, metodológicamente, los datos obtenidos no son representativos de la población mayor institucionalizada. Sí podemos reseñar, a pesar de las vías de difusión utilizadas, la baja tasa de respuesta (algo previsible en este tipo de cuestiones). Sin embargo, los datos obtenidos sobre restricciones físicas de la población mayor institucionalizada (reco-

40 gidos en el cuestionario) son de suficiente significado social como para no dejarlos ocultos. El tratamiento que daremos a los resultados se circunscribe a la población estudiada.

La metodología se corresponde con la de un estudio de carácter transversal descriptivo. Se llevó a cabo por la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica a través de los socios de la misma, durante los meses de noviembre, diciembre de 2003 y enero de 2004. El cuestionario ha sido cumplimentado por los propios profesionales de los centros, en su mayoría enfermeros (de ambos sexos) de las diferentes unidades del centro.

Tipos de centros

La tipología de los centros ha sido variada: residencias geriátricas, centros sociosanitarios y centros de hospitalización de larga estancia. Queremos destacar que el grueso de la información está sustentada en centros geriátricos y sociosanitarios -lógico teniendo en cuenta que nuestra población mayor institucionalizada permanece puntualmente en un centro sanitario, pero que si su grado de dependencia es alto y no está en fase crítica, pasa a centros residenciales-, siendo menor el número de centros sanitarios de los que tenemos datos.

Características del cuestionario

El cuestionario consta de seis dimensiones, que se integran en los siguientes apartados: datos de identificación de la persona que cumplimentaba el cuestionario (profesión, edad, sexo, etc.), datos de identificación del centro (sanitario, residencial, capacidad, unidades, número de camas por unidad), caracterización del equipo profesional que atiende el centro, caracterización del centro en relación a la indicación y seguimiento de la restricción (protocolos en el uso de restricciones, prescripción de la misma, supervisión, etc.), tipología de las personas mayores que en el momento de ser pasado el cuestionario estaban con restricción física (sexo, edad, procesos de salud, medicación, etc.), motivos que se argumentan para el uso de la restricción y caracterización del tipo de restricción.

RESULTADOS

220

El total de cuestionarios recogidos ha sido de 47, que corresponden a 27 centros y suponen un total de 537 pacientes mayores identificados con restricción física en dichos centros.

Datos de identificación de los profesionales que han respondido el cuestionario

Los profesionales que han cumplimentado el cuestionario han sido mujeres (92,9% de los cuestionarios), la edad se sitúa mayoritariamente en el intervalo de 31-45 años (62,9%), aunque un 25% de los profesionales está por encima de los 45 años.

Respecto a la cualificación profesional, el resultado de un 93,5% de enfermeras es lógico, ya que la vía utilizada ha sido una organización profesional enfermera.

Con respecto a la actividad profesional, son también los enfermeros del nivel asistencial los que más han atendido la demanda (65,9%), siendo el resto cumplimentado por profesionales responsables de la dirección y los cargos intermedios (28,5%). Este aspecto nos parece significativo porque puede entenderse como un indicativo de sensibilidad respecto al fenómeno, desde los niveles de gestión.

Caracterización de los centros

En cuanto a la dimensión geográfica, los cuestionarios se ubican en 27 localidades de 17 provincias (en las comunidades autónomas de Andalucía, Cataluña, País Vasco, Asturias, La Rioja, Navarra, Extremadura). Cabe destacar que, aunque en el estudio no estaba contemplada la representación del territorio nacional, los datos que aparecen no difieren de los datos generales que actualmente existen en este tipo de problemas (5, 6, 8).

El 80% de los centros eran públicos y sólo el 14% de los datos se corresponden con centros sanitarios. En cuanto a estos últimos -centros sanitarios-, las unidades que han participado tienen carácter generalista o son unidades específicas geriátricas. El número de camas por unidad identificado en estos centros hospitalarios



221 ha sido muy variable (en un rango de 6 a 50 camas), y está en relación a la tipología de procesos que atienden: mayor número en unidades de procesos de carácter más generalista y menor número en unidades más específicas y complejas (neurología). Presentan un índice de ocupación casi total (rango de ocupación entre el 80% y el 100%).

Damos mayor relevancia a los *centros sociosanitarios*, si tenemos en cuenta que la mayoría de los cuestionarios se corresponden con este tipo de centros y, por otro lado, es el lugar por excelencia que presenta población anciana (mayores institucionalizados).

De una forma más específica, los cuestionarios que corresponden con este tipo representan el 86,8% del total. La tipología se distribuye de la siguiente forma: si unimos los apartados de psicogerítricos (mixtos y asistidos), estos suponen un 16% del total, quedando el 70,6% repartido en centros asistidos (1,9%), geriátricos (25,1%), de larga estancia (12,5%), mixtos (20,3%) y de uso múltiple (10,8%).

El número de camas es también muy variable (rango de 28 a 458 camas). Las diferencias forman casi una fotografía social de los diferentes momentos en nuestra historia institucional: los centros que llevan más tiempo contruidos presentan un mayor número de camas y los centros más recientes se caracterizan por ser menos masificados, de acuerdo con las actuales tendencias en política social, donde los centros, las instituciones deben ser más cercanas, más *familiares*.

En relación al número de camas por unidad, no es posible hacer una valoración, el número de ítems válidos no aporta suficiente información. Este dato era de especial valor ya que la ratio profesional/número de camas aparece en la literatura como una de las variables predictoras (de carácter estructural) de posible abuso dentro de las instituciones. Para nosotros este tipo de ítems es importante porque sería uno de los factores de riesgo a trabajar con los gestores de los centros y residencias de mayores. Un número excesivo de camas por unidad dificulta la organización del servicio y puede conducir a justificar la restricción física.

En cuanto al índice de ocupación, al igual que en los datos de los centros asistenciales, éste es casi del

100%. Este dato es congruente con la gran demanda 41 que actualmente existe por parte de la población de plazas residenciales.

La estancia media es muy alta (años). Es un dato esperable en este tipo de centros. El motivo del usuario para su institucionalización es la alternativa al domicilio (mayores solos, cuyo domicilio no reúne las condiciones adecuadas a su nivel de dependencia y/o por la complejidad del proceso -psicogerítrico-), con lo que aquellos mayores que entran ya no salen del centro. Cabe reseñar que el porcentaje de cuestionarios que responden esta pregunta es bajo (27% del total).

Es necesario señalar el número de enfermeras por unidad en los centros sociosanitarios (respuestas válidas del 76,2%). Es una información significativa si recordamos que la plantilla de enfermeras en los centros gerontológicos no siempre es algo que se valora adecuadamente en función de las áreas de dependencia de los residentes, como de hecho ponen de manifiesto los datos. El rango se mueve entre 0 y 8 enfermeras. Destacamos que la cifra de 0 enfermeras aparece en un total de 10 cuestionarios. Respecto al número de auxiliares por unidad en centros sociosanitarios se registra un rango de 6 a 44 auxiliares.

Sólo el 15% de los cuestionarios responde al ítem referido a otros profesionales, lo que significa que quizás la persona que responde al cuestionario no tiene suficiente información al respecto, al igual que ha ocurrido con los datos de los centros asistenciales sanitarios. Es destacable que un 8,6% informa de un equipo de profesionales completo: trabajadores sociales, fisioterapeutas y psicólogo.

Tipificar los centros y el equipo profesional es importante, ya que partimos de la hipótesis de que el número de camas por unidad, la complejidad y grado de dependencia que provocan los procesos, las características del equipo de salud y la ratio de usuarios/profesional de los cuidados adquieren un valor significativo en la práctica de la restricción física en los centros.

En muchas ocasiones el motivo de la restricción es el riesgo de accidente en la persona mayor porque no existe suficiente personal para atender de forma individualizada a las personas mayores más vulnerables.

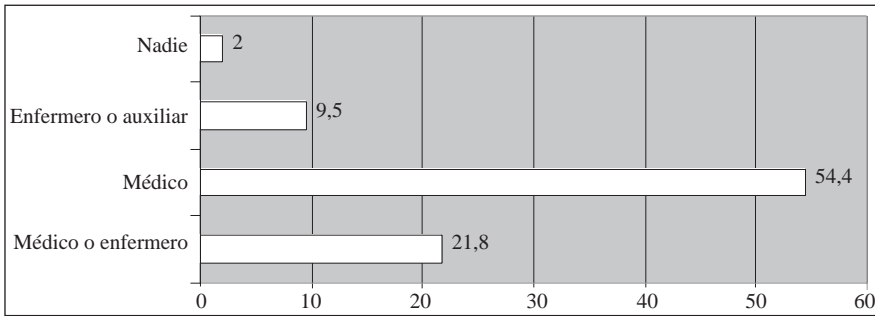


Fig. 1. Profesionales que prescriben la RF.

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

Los datos que en este apartado hemos recogido tienen como finalidad detectar indicadores de control de calidad, para observar -por los propios profesionales- cómo se desarrolla el procedimiento, situaciones de riesgo, niveles de responsabilidad, etc. De forma específica, los aspectos recogidos nos muestran el siguiente perfil.

Profesionales que prescriben la restricción

Éste es uno de los puntos importantes cuando empezamos a identificar el fenómeno de la restricción física. Se observan datos de especial significado (Fig. 1). En la mayoría de los casos la RF se prescribe conjuntamente por más de un profesional -médico y enfermero, enfermero y auxiliar-. Los casos donde la prescripción está identificada, el facultativo médico está dentro de la normativa vigente. Pero también se observan situaciones donde son otros profesionales los que prescriben -enfermero y auxiliar-; algunos de ellos además refieren que tienen un protocolo para el uso de la RF, pero aparecen casos en los que sin que exista protocolo (entendido como documento de uso interno consensuado por el equipo de salud) se observa que la restricción se aplica sin criterios previamente explícitos. En un 2% de los casos se detecta que nadie ha prescrito la restricción, aspecto este de extrema gravedad si tenemos presente los riesgos que conlleva la práctica.

Existencia de protocolo

Sólo el 14,9% de los cuestionarios confirma la existencia de protocolo (Fig. 2), detectándose que el 84,4% no tiene ningún protocolo por el que guiar la práctica de este tipo de intervenciones. El que no exista protocolo suele ir acompañado de un alto grado de arbitrariedad en el seguimiento de la restricción (intervalos de vigilancia, cambios posturales, observación de zonas de riesgo en úlceras por decúbito, etc.). Cuando analizamos los datos de la titularidad y la existencia de protocolo, el 16,8% de la titularidad privada tiene protocolizado el proceso, frente al 14,3% de titularidad pública que presenta protocolo.

Con respecto a la supervisión de la RF, casi el 50% (48,8%) de las aplicaciones de la misma es supervisado por el personal auxiliar. En un 20% aparece el enfermero (o enfermera) (DUE) y auxiliar y en un 25,5% aparece el enfermero. Se observa un 1,9% de casos (total de 10 pacientes) en que nadie lo supervisa, con el consiguiente riesgo que ello supone para la vida de la persona mayor y el riesgo de procesos secundarios de este tipo de prácticas. Dependiendo de la titularidad pública o privada se detecta que en los centros privados la supervisión se realiza por la enfermera (61,1% del total), frente a los centros públicos, en donde la supervisión de la enfermera supone el 16,4% y la del personal auxiliar un 50%. El que supervise un profesional u otro adquiere mucha importancia si detrás de la misma no está el protocolo de seguimiento, donde deben estar per-

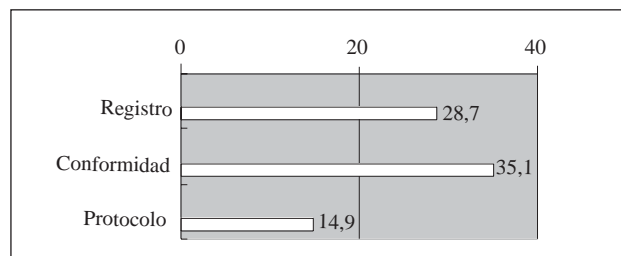


Fig. 2. Seguimiento institucional de la práctica de RF.



223 fectamente caracterizados los indicadores de riesgos y las acciones a seguir.

En cuanto al registro, se observa un porcentaje significativo (67,4%) de casos en los que se detecta que no se hace ningún tipo de registro (profesional que lo prescribe, fecha de inicio, estado del paciente, cambios posturales, etc.) (Fig. 2). Esto hace imposible detectar los procesos secundarios que suelen ir unidos a la práctica de la RF y no nos permite establecer relación causa/efecto entre la práctica de la RF y sus consecuencias. En estos casos es habitual que los procesos que potencialmente son secundarios a la RF se achaquen al deterioro progresivo que se atribuye a una persona mayor dependiente. Conviene reseñar que aquello que no se registra no existe; en este caso, el fenómeno permanece oculto. Si clasificamos los centros en función de su titularidad, el 62,6% de los cuestionarios públicos no tienen un registro del proceso de la restricción, frente al 86,7% de los privados.

Frecuencia en la supervisión

De un 75% de cuestionarios válidos, el rango se mueve de 3 a 48 h con los siguientes intervalos: cada 2 horas (son los protocolos habituales en cambios posturales) tiene una frecuencia de 3,4%; cada 3 horas, el 23,1%; el 9,7% realiza un control con un intervalo de 4 horas; el 14%, cada 24 horas; el 1,9% lo realiza cada 48 horas y el 5,4% realiza un control constante.

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

Conformidad con la restricción

El 63,9% no tiene la firma de conformidad del paciente y/o tutor (Fig. 2). En este caso podemos tener varias hipótesis; la institución como tal aparece como tutor/a de la persona mayor, y en estos casos son los profesionales los que determinan la necesidad o no de la restricción, en otros casos se presupone que no es necesario el permiso del usuario (por otro lado es obvio, ya que posiblemente ninguno daría el visto bueno a esta práctica) y, en último caso, ni siquiera se reflexiona al respecto porque la persona mayor no tiene ese derecho.

Tipología de las personas mayores que en el momento de la cumplimentación del cuestionario estaba con restricción física

43

Perfil de los pacientes

En lo relativo al sexo de los pacientes, las mujeres suponen el 70,9% del total, frente a un 29,1% de hombres. Esta diferenciación por sexo es congruente con la representación de las mujeres en los centros geriátricos, la mayor edad y consecuentemente la presencia de procesos y/o riesgos (caídas, vagabundeo, fármacos que disminuyen el estado de conciencia de la persona mayor).

Respecto a la edad, los intervalos que aparecen son bastante congruentes con la representación que existe en instituciones geriátricas (Tabla 1). Los mayores de 75 años suponen más del 80% de las personas que están con algún tipo de RF. Destacamos que el grupo de 65-69 años suele incluir los pacientes de reciente institucionalización y que han entrado *sanos*; y respecto al porcentaje de los menores de 65 años, son personas que han sido institucionalizadas por problemas psicogerátricos.

Tabla 1

Tabla 1	
Menos de 65 años	5,2%
65-69 años	3,9%
70-74 años	10,1%
75-79 años	14,7%
80-84 años	22,3%
85-89 años	21,8%
90-94 años	16,2%
Más de 95 años	5,8%

En cuanto a los datos del tiempo de institucionalización, no hacemos consideraciones al respecto, ya que la mayoría de los pacientes están institucionalizados desde hace años y estos centros no presentan las mismas características que uno sanitario.

Características de la enfermedad

Los procesos neurológicos suponen el 68,9% de los casos, de los cuales el 28,3% son pacientes con la enfermedad de Alzheimer; el 40,6% sufre otro tipo

44 de demencias. El 31,1% no presenta ninguna enfermedad demencial. La literatura (6) describe (Pellimer, 1993) que la causa más frecuente para el uso de cualquier tipo de restricción es la incapacidad mental del sujeto y la falta de control sobre sus propias acciones. Por otra parte, esta falta de conciencia hace que sea más fácil justificar la restricción física y la posterior falta de control. Los procesos secundarios no se podrían relacionar con el uso de la restricción ya que el propio paciente nunca podrá describir cómo es el proceso.

Si observamos la distribución por sexo, las demencias y el uso de restricciones, detectamos que el 51% de los mayores que están con alguna restricción son mujeres con alguna demencia (Alzheimer u otras demencias), el 17,6% son hombres con demencia (Alzheimer u otro tipo de demencia). En el caso de otro tipo de patología de carácter psicogeriatrico, también son las mujeres las que llevan el peso (24,5% mujeres con ansiedad, depresión, etc.) frente a los hombres, que suponen un 10%. Hay que destacar en este apartado que los hombres con restricciones suponen 156 de un total de 537.

El motivo de la restricción, que comentaremos posteriormente, es básicamente el riesgo de accidentes y el tipo de conducta del paciente. Ambas se asocian a la presencia de algún tipo de demencia (66,3% presentan demencia).

El 61,1% de la muestra sometida a RF no presenta ninguna enfermedad psiquiátrica. En relación a otro tipo de enfermedades, el 15,5% presenta ansiedad y la depresión aparece en el 10,6% de los casos.

El 33,3% de los mayores con RF no presenta otro tipo de enfermedades. El porcentaje restante se distribuye en procesos habituales para este tipo de población (hipertensión, diabetes, etc.).

En cuanto al tratamiento recibido en los días anteriores a la valoración, se observa qué tipo de fármacos pueden actuar como predictores en el uso de la restricción o como indicador del tipo de procesos mentales que presenta (Tabla 2). Ambos deben ser tenidos en cuenta en la identificación del fenómeno de la RF y sus causas. Los porcentajes que aparecen en la tabla indican aquellos mayores que están tomando esa medica-

Tabla 2

Tabla 2	
Antipsicóticos	29,8%
Ansiolíticos	26,1%
Antidepresivos	15,6%
Hinópticos	23,3%
Diuréticos	21,8%

Tabla 3

Tabla 3	
Sin accidente previo	68,9%
En los 30 días previos a la restricción	16%
Entre 31-180 días previos a la restricción	10,8%

ción al menos 7 días antes de la valoración, lo cual nos orienta sobre si es un fármaco habitual en ese paciente.

Respecto a accidentes sufridos por el paciente, el 68,9% no ha sufrido ningún accidente previo a la decisión de la restricción física (Tabla 3). Es un dato importante a analizar, ya que el motivo del riesgo de caídas es justo una de las causas de la restricción y en estos casos el indicador de riesgo que supone el haber sufrido un accidente previo no aparece en casi el 70% de los mayores.

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

Características de la RF y motivos que se argumentan para su uso

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

El motivo de la restricción se concentra en riesgo de caída (67,6%), o el riesgo unido a otras posibles causas (vagabundeo, conducta de riesgo, etc.) en el 23% de los casos. La restricción es continuada para el 76,2% de los pacientes. En cuanto al tiempo que lleva la práctica en el mismo paciente, el 51,4% de los casos tiene



una restricción desde hace más de un año.

DISCUSIÓN

La primera tentación que podemos tener es la de hacer un juicio negativo respecto a los centros y profesionales que han respondido al cuestionario; sin embargo, la experiencia y la bibliografía (6) nos dicen que estos centros y sus profesionales son, en el peor de los casos, centros sensibilizados respecto al uso de restricciones y sus consecuencias en la población. Para poder abordar un problema, primero hay que reconocer que existe tal problema. El que estos profesionales hayan participado nos puede hacer sospechar que saben y/o intuyen que la práctica de la restricción física es una práctica de riesgo o, al menos, es una práctica sobre la que deberíamos hablar y que debería analizarse.

El hecho de que los participantes en el estudio -como identificadores de la práctica- hayan sido enfermeros es muy importante. El enfermero o enfermera es el profesional que está *a pie de cama* con los mayores más dependientes. Pensamos que sensibilizar al colectivo es un recurso de enorme potencial en la reducción y/o eliminación de este tipo de prácticas. En nuestro estudio se destaca, además del sexo (en su mayoría mujeres), la edad como un indicador que se puede catalogar dentro de lo que es la madurez profesional, donde la capacidad de análisis y juicios profesionales está ya bastante instaurada. Consideramos que si movilizamos el grupo que se encuentra dentro de este perfil, éste podría actuar como *motor de cambio*.

Por otro lado, estimamos, con bastante fundamentación (6), que la baja tasa de respuesta obtenida se corresponde con una práctica sobre restricciones mucho más alta, de ahí que muchos centros y profesionales prefieren no entrar en el tema dado el grado de conflictividad que provoca.

Nos interesa subdividir este punto de discusión en tres aspectos. En primer lugar, la normalidad con que se trata el fenómeno de la RF, donde estarían incluidas

45 todas las formas de contención que podamos imaginar, el perfil de las víctimas potenciales de este tipo de maltrato y los criterios de la institución respecto a la práctica (RF) y el seguimiento de la misma.

En relación al impacto del fenómeno, el alcance de la práctica de RF en las instituciones que atienden a los mayores no se conoce, pero la sospecha de que es una práctica bastante extendida y normalizada la podemos confirmar sin temor a equivocarnos. El estudio de Pillemer y Moore (1990) (2) en una población de 577 enfermeras y auxiliares reveló que más del 40% reconocía haber cometido abuso. Concretamente, la *contención* se identificaba como uno de los más frecuentes. Es una práctica tan habitual que difícilmente provoca cuestionamiento en los grupos implicados (profesionales, familia, etc.). La toma de conciencia de los profesionales sanitarios sobre el abuso o maltrato en los mayores es de fechas muy recientes (9), lo cual nos dice que ni siquiera hemos empezado a reaccionar. La cantidad y variedad de recursos así como las técnicas para la contención nos indican lo integrado que puede estar en los pilares de la propia organización institucional.

Desde el punto de vista organizativo, Pillemer y Moore (1989) (6) identifican una serie de variables como predictoras de los malos tratos en las instituciones: una preparación deficiente del personal, una mala racionalización del trabajo o una dirección inadecuada actuarán de forma muy potente en la institución, con el agravante de que la responsabilidad individual en el fenómeno no se identifica y se traslada esta responsabilidad a la institución como ente abstracto.

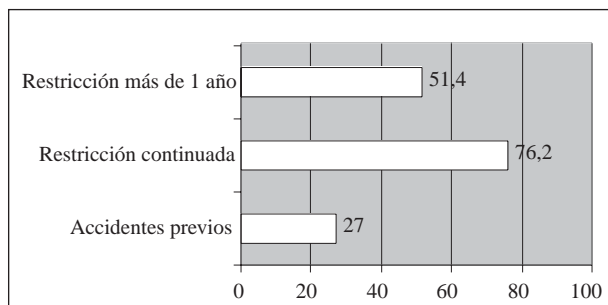


Fig. 3. Características de la RF.

La estructura física y organizativa de las instituciones se convierte en un armazón que actúa como una forma de violencia que aumenta la normalización del fenómeno. Estas estructuras hacen que los profesionales lleguen a considerar la práctica de la RF como un mal menor al que les obliga la propia institución para prevenir los accidentes de los mayores (3). Éste es otro de los argumentos más potentes que se utilizan para la práctica de la RF. La falta de profesionales para atender una ratio de personas mayores con un alto grado de dependencia es otro de los motivos implícitos que actúan para que el problema se perpetúe. En nuestro estudio se pueden observar unidades con un número de camas que supera las capacidades de los recursos humanos que se asignan -mayores dementes con conductas incontroladas-.

Debemos reconocer que en nuestro cuestionario no aparecía ningún ítem donde identificar si uno de los motivos que llevan a utilizar las técnicas de contención está relacionado con la falta de personal. Aspecto este que debe ser incluido de forma prioritaria en los cuestionarios que tratan de identificar las causas que subyacen a este tipo de prácticas.

En los datos que hemos barajado observamos que aparecen casos donde no existe ni siquiera una responsabilidad en el seguimiento. Ello nos hace pensar que “el modo de hacer” o el “se ha hecho siempre” ponen en marcha mecanismos y procedimientos que se llegan a automatizar dentro de la institución sin que se piense que se están vulnerando los derechos de la persona dependiente.

Por otra parte, las personas mayores a las que se les realiza la RF en nuestro estudio se corresponden con el perfil (5, 8, 9) de las víctimas que están tipificadas en la literatura. Son los que presentan un estado de dependencia física, afectiva, a lo que se suma la pluripatología. Son los más dependientes, los más indefensos, donde el componente de problemas mentales está presente. Son los mayores que han perdido la capacidad de decisión y no tienen tutores (familiares o profesionales) que velen por sus intereses. La tipología que aparece suele ser la de una mujer con problemas mentales y/o discapacidad (la mujer anciana con demencia es la *candidata* idónea).

Por otro lado, podemos sospechar que el uso de restricción con este tipo de pacientes suele ser la alterna-

tiva más fácil ante la falta de cualificación profesional para atender los procesos demenciales. En este caso, la responsabilidad de las instituciones educativas es clave en el proceso. Cualificar profesionales de los cuidados en pacientes complejos como pueden ser los mayores demenciados es una asignatura pendiente en las mayoría de los currículos formativos.

No podemos olvidar que, en teoría, la institución, a través de los profesionales que la integran, debería ser la voz de los más débiles, de los más frágiles (1, 7). Es importante destacar que, según datos de un estudio del IMSERSO (2000) (10), la dependencia en los mayores aparece como una característica de peso en los grupos de edades más avanzadas. No parece coherente que desde la administración pública se oferte la institución como la alternativa al domicilio para los grupos más dependientes y vulnerables y, al mismo tiempo, sea esta institución la que ejerce esta represión con el mayor. Muchos de estos pacientes, una vez que se les inicia la práctica de la restricción, mueren con ella.

El marco legal donde se mueve el fenómeno también aparece como un cúmulo de ambigüedades. Cuando nos remitimos al marco legal podemos encontrar cómo el Código civil en su artículo 211 sobre la tutela o la Ley General de Sanidad (art. 10) dice algo sobre el consentimiento informado, pero realmente no tiene ningún valor real en la práctica institucional. La información que se ofrece a la familia para dar el “consentimiento informado” lleva de forma inexorable al permiso en el uso de tales prácticas. La información previa que se le ofrece a la familia enfatiza los riesgos que tendrá el mayor y no aporta datos sobre otras posibles alternativas a la restricción. Es obvio que ante el riesgo, la familia o el tutor dejan en manos de los profesionales la decisión, *les firman un papel en blanco*. Desde esta perspectiva son lógicos los datos donde ni siquiera se identifica como una “práctica de riesgo” el que se esté aplicando la RF sin el permiso. A veces, el permiso se obtuvo al inicio y es un cheque en blanco para posteriores situaciones.

Como elemento esperanzador, a nivel internacional, el Parlamento Europeo (Tratado de Amsterdam, 1997) (9), entre otros organismos, refleja el marco social europeo, estableciendo determinadas previsiones respec-



227 to a la protección laboral, económica, *asistencial y sanitaria*, donde se pueden identificar medidas de protección social específicas.

Los criterios de la institución en relación a la práctica (RF) y el seguimiento de la misma, son otros de los grandes problemas. Interiorizar las características de la práctica nos puede hacer caer en el mismo error que hemos criticado anteriormente. Reivindicar los protocolos de seguimiento es, en alguna medida, asumir la práctica como algo que hay que regular, con lo que es un arma de doble filo. Todo lo que se regula se asume como adecuado. Por otra parte, si asumimos que existen situaciones *excepcionales* que pueden llevar a un profesional al uso *temporal* de la RF, es necesario establecer entre el equipo profesional las reglas, los criterios de uso don-

de prevalece el cuidado y los derechos del mayor. Con- 47
seguir este objetivo puede ser algo complejo, porque establecer este tipo de criterios requiere que los profesionales estén en una situación constante de alerta. Requiere un juicio terapéutico que lleve al profesional a determinar la intervención profesional más adecuada al paciente en cada situación concreta, de ahí la importancia en los protocolos de aplicación y seguimiento.

Para finalizar, quisiéramos decir que no es suficiente la identificación de los casos de maltrato a las personas mayores. Todos los países debemos desarrollar las estructuras que permitan la provisión de servicios (sanitarios, sociales, de protección legal, policiales, etc.) para responder de forma apropiada y, eventualmente, prevenir el problema (1).

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato a las personas mayores. OMS. Universidades de Toronto y de Ryerson, Ontario, Canadá, Red Internacional para la Prevención del Maltrato al Anciano (INPEA). *Rev Esp Geriatr Gerontología* 2002; 37 (6): 332-3.
2. López García AP. Maltrato en el ámbito institucional. *Rev Multidisciplinar Gerontológica* 2003; 13 (2): 102-13.
3. Pág Web de la SEEGG. Informe técnico. Hacia una cultura sin restricciones: Las restricciones físicas en ancianos institucionalizados. Disponible en: <http://www.arrakis.es/~seegg/Documentos%20tecnicos/3.htm>
4. Rodríguez Testal JF, León-Fuentes JL. Maltrato en la vejez: Aspectos psicopatológicos. *Rev. Geriatrika* 2002; 18 (3): 91-100, 17-26.
5. Caballero García JC, Remolar ML. Consideraciones sobre el maltrato al anciano. *Rev. Multidisciplinar Gerontológica* 2000; 10 (3): 177-88.
6. Rubio Herrera R, Muñoz Tortosa J. Los malos tratos en personas mayores: un reto a superar en el tercer milenio. *Rev. Geriatrika* 2000; 16 (7): 36-51.
7. Pzemirower SN *et al.* Abuso y maltrato en la vejez. *Geriatrica* 2002; 16 (7) 339: 17-24.
8. Ruíz Sanmartín A, Albert Tomer J, Porta Martí N, Duaso Izquierdo P, Coma Solé M, Requesens Torrellas N. Violencia doméstica: Prevalencia de sospecha de maltrato a ancianos. *Rev. Atención Primaria* 2001; 27 (5): 331-8.
9. Jiménez P, Jiménez-Poyato I. Aspectos legales sobre el maltrato a las personas mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología* 2003; 38 (1): 46-53.
10. Equipo Técnico IMSERSO. Las personas mayores en España. Informe 2000. Madrid: MAS, 2000.