



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Facultad de Ciencias Médicas

Carrera de Medicina

Conocimientos, actitudes y prácticas acerca de sujeciones físicas en cuidadores de los centros geriátricos de la ciudad de Cuenca, durante el año 2018.

**Proyecto de investigación previa
a la obtención del título de Médico**

Autoras:

Liseth Carolina Vasquez Cordero

CI: 0105286991

Melissa Adriana Vera Delgado

CI: 1314070960

Director:

Dr. Jorge Luis García Alvear

CI. 0101497758

Cuenca-Ecuador

12-Julio-2019



RESUMEN

Antecedentes: el empleo de restricciones físicas principalmente como medio de prevención de caídas en adultos mayores que residen en centros de larga estancia ha sido ampliamente documentado, varios estudios se han centrado en evaluar los conocimientos acerca del tema, además de buscar una forma de disminuir su uso.

Objetivo General: evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas acerca de sujeciones físicas en los cuidadores de los centros geriátricos de la ciudad de Cuenca, durante el año 2018.

Metodología: estudio descriptivo, observacional de corte transversal. Se aplicaron 60 encuestas a cuidadores de adultos mayores de 6 Centros Geriátricos de la Ciudad de Cuenca. Para la recolección de datos se aplicó un cuestionario de conocimientos, actitudes y prácticas del personal con respecto a sujeciones físicas, elaborado por Janelli et al, adaptado por Kaya et al (anexo 3). Los datos se tabularon con el programa SPSS versión 22.0 con el cual se calcularon porcentajes, y frecuencias; se utilizó la prueba del Fisher exacto para la asociación estadística de acuerdo con las variables pertinentes. Además, se elaboraron tablas compuestas de acuerdo con las variables propuestas.

Resultados: los encuestados fueron de predominio mujeres (98.3%), en su mayoría adultos jóvenes (75%), de la totalidad de los participantes el 90% fueron calificados como auxiliares de enfermería. No se demostró asociación estadística significativa en cuanto a conocimientos, actitudes y practicas con relación a la profesión de los cuidadores.

Conclusión: los niveles de conocimientos y prácticas indicaron ser intermedios, con actitudes negativas acerca de sujeciones físicas en los cuidadores.

Palabras clave: Sujeciones físicas. Cuidadores. Centros geriátricos. Conocimientos. Actitudes. Prácticas.



ABSTRACT

Background: the use of physical restraints mainly as a means of preventing falls in older adults living in long-stay centers has been widely documented, several studies have focused on evaluating knowledge about the subject, as well as looking for a way to reduce its use.

General objective: evaluate the knowledge, attitudes and practices about physical restraints in the caregivers of the geriatric centers of the city of Cuenca, during the year 2018.

Methodology: descriptive, observational cross-sectional study. 60 surveys were applied to caregivers of adults over 6 Geriatric Centers of the City of Cuenca. For data collection, a questionnaire of knowledge, attitudes and practices of personnel with respect to physical restraints was applied, elaborated by Janelli et al, adapted by Kaya et al (annex 3). The data was tabulated with the SPSS program version 22.0 with which percentages and frequencies were calculated; the exact Fisher's test was used for the statistical association according to the relevant variables. In addition, composite tables were prepared according to the proposed variables.

Results: Respondents were predominantly female (98.3%), mostly young adults (75%), 90% of the caregivers were qualified as nursing assistants. No statistically significant association was demonstrated in terms of knowledge, attitudes and practices with the profession of caregivers.

Conclusions: the knowledge and practice's level were intermediate, with negative attitudes about physical restraints in caregivers.

Keywords: Physical restraints. Caregivers. Geriatric Centers. Knowledge. Attitudes. Practices.



Contenido

RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	3
DEDICATORIA	10
AGRADECIMIENTO	12
CAPÍTULO I	12
1.1 INTRODUCCIÓN	13
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	15
CAPÍTULO II	16
2. FUNDAMENTO TEÓRICO.....	16
2.1 Sujeción mecánica	16
2.2 Tipo de sujeciones	17
2.3 Dispositivos empleados para sujeción mecánica	17
2.4 Indicaciones de las sujeciones físicas	18
2.5 Prescripción de las sujeciones	20
2.6 Consecuencias	20
2.7 Uso inapropiado de las sujeciones mecánicas.....	21
2.8 Marco bioético-legal.....	22
CAPÍTULO III	23
3. OBJETIVOS.....	24
3.1 OBJETIVO GENERAL:	24
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	24
CAPÍTULO IV.....	25
4. DISEÑO METODOLÓGICO.....	25
4.1. TIPO DE ESTUDIO	25
4.2. ÁREA DE ESTUDIO	25
4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	26
4.5 VARIABLES:	26
4.6 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	26
4.6 PROCEDIMIENTOS.....	27
4.8 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS.....	28
CAPÍTULO V	29
5. RESULTADOS	29
CAPÍTULO VI	35
6. DISCUSIÓN.....	35



CAPÍTULO VII	38
7. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y BIBLIOGRAFÍA	38
7.1 CONCLUSIONES.....	38
7.2 RECOMENDACIONES	39
CAPÍTULO VIII.....	40
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
CAPÍTULO IX.....	44
9. ANEXOS.....	44
ANEXO N° 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	44
Anexo N°2: Consentimiento informado	45
Anexo N°3: Formulario.....	47



Cláusula de licencia y autorización para Publicación en el Repositorio Institucional.

Liseth Carolina Vasquez Cordero, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación **“Conocimientos, actitudes y prácticas acerca de sujeciones físicas en cuidadores de los centros geriátricos de la ciudad de Cuenca, durante el año 2018”**, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Así mismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este proyecto de investigación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 12 de julio del 2019.

Liseth Carolina Vasquez Cordero

CI: 0105286991



Cláusula de propiedad intelectual.

Liseth Carolina Vasquez Cordero, autora del proyecto de investigación **“Conocimientos, actitudes y prácticas acerca de sujeciones físicas en cuidadores de los centros geriátricos de la ciudad de Cuenca, durante el año 2018”**, certifico que las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación, son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 12 de julio del 2019.

Liseth Carolina Vasquez Cordero

CI: 0105286991



Cláusula de licencia y autorización para Publicación en el Repositorio Institucional.

Melissa Adriana Vera Delgado, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación **“Conocimientos, actitudes y prácticas acerca de sujeciones físicas en cuidadores de los centros geriátricos de la ciudad de Cuenca, durante el año 2018”**, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Así mismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este proyecto de investigación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 12 de julio del 2019.

Melissa Adriana Vera Delgado

CI: 1314070960



Cláusula de propiedad intelectual.

Melissa Adriana Vera Delgado, autora del proyecto de investigación **“Conocimientos, actitudes y prácticas acerca de sujeciones físicas en cuidadores de los centros geriátricos de la ciudad de Cuenca, durante el año 2018”**, certifico que las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación, son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 12 de julio del 2019.

Melissa Adriana Vera Delgado

CI: 1314070960



DEDICATORIA

“Si las personas dudan qué tan lejos puedes ir, vete tan lejos que ya no puedas escucharlas”. Michelle Ruiz

La presente investigación no es más que el final de una etapa tan anhelada, gracias Dios porque por cada paso que retrocedí me enseñaste el valor para tomar fuerza y continuar.

Llegar hasta aquí no hubiera sido posible sin ustedes América, Christian, Enma y Luis; por su apoyo incondicional, quienes me enseñaron que la mayor muestra de amor en familia es la educación, su esfuerzo por ayudarme a ser mejor hoy se ve reflejado con este, el primero de más logros, les agradezco infinitamente porque cuando menos tenían es cuando más me pudieron dar.

Con amor, esto es por ustedes.

Lisseth Carolina Vasquez Cordero



DEDICATORIA

“No importa lo duro que el mundo empuje en mi contra, dentro de mi hay algo mejor empujando de vuelta.” Albert Camus.

A mi abuelita Maruja, ejemplo de perseverancia y la primera persona de la que aprendí medicina.

A Irasema y Bosco, mis padres, que me apoyaron en cada decisión, sosteniéndome durante toda la carrera como raíces de un árbol ceibo.

Ahora estos son los primeros frutos.

Melissa Adriana Vera Delgado



AGRADECIMIENTO

El camino hacia el éxito se logra de la mano de personas capaces de sacar lo mejor de ti, es por ello que agradecemos de manera especial al Dr. Jorge Luis García quien con su paciencia, y sabiduría supo dirigir y asesorar el recorrido de este proyecto. Al Dr. Federico Toral quien fue la persona que influyo a que nos encamináramos hacia este tema.

A nuestras familias, por la tolerancia y apoyo incondicional durante el transcurso de esta etapa.

Es menester mencionar que la presente investigación ha sido posible gracias a la gentil predisposición de los directores y personal de los centros geriátricos que nos abrieron sus puertas para ser parte de este estudio, y nos permitieron plasmar en este trabajo su realidad.

Y por último pero no menos importante, a las personas que a lo largo de nuestra carrera permitieron ser nuestros pacientes, para aprender de ellos el arte de la medicina.

Las autoras.



CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

La sujeción física se emplea de forma habitual en la mayoría de los centros hospitalarios, así como en centros residenciales, que atienden a personas mayores con pluripatología que suele estar asociada a un importante deterioro funcional y cognitivo. Las razones para su uso en su mayoría se asocian a caídas y para evitar la interferencia de los pacientes con los tratamientos (1).

Con la finalidad de manejar los numerosos problemas asistenciales y de seguridad que se producen en estos usuarios, los profesionales utilizan en ocasiones mecanismos de restricción física.

Las sujeciones o restricciones físicas y/o farmacológicas son métodos que suponen riesgos e inconvenientes sobre la salud de las personas que son objeto de estas, generan malestar en los profesionales, los pacientes, las familias y la sociedad en su conjunto, y la evidencia científica sobre sus beneficios resulta limitada. Sin embargo, su utilización se considera, hoy en día, inevitable y se mantiene en todo el mundo, aunque con prevalencias muy variables.

La contención mecánica o física es una medida terapéutica excepcional dirigida a la inmovilización parcial o generalizada de la mayor parte del cuerpo en un paciente que lo precise, para tratar de garantizar la seguridad del mismo o de los demás (2).

A pesar de su elevada tasa de prevalencia, varios estudios afirman que su uso se asocia con numerosos efectos adversos: contracturas, incontinencias, infección, úlceras de presión, pérdida de tono muscular y movilidad reducida están entre los que se han reportado. También aumenta el riesgo de accidentes, que, en algunos casos, han dado lugar a la muerte del paciente (3).

En pacientes con cuadros confusionales el uso de sujeciones podría ser contraproducente pues incrementan la confusión y agitación, al tiempo que genera humillación, miedo, retraimiento y otros trastornos emocionales. Se ha documentado en varios artículos casos de muerte bajo el uso de restricción física. Es así, que con el fin de proteger los derechos de los residentes mientras se usa algún tipo de restricción se contempla una serie de garantías entre las que se encuentran el consentimiento informado y la prescripción facultativa previo a su uso (4).

Potencialmente, las medidas restrictivas suponen una vulneración de los derechos fundamentales del paciente y precisan el conocimiento y respeto estricto de los preceptos médico-legales por parte de los facultativos y demás profesionales implicados en su aplicación, atenta además contra los principios éticos básicos dentro del personal de salud como el principio de autonomía, beneficencia y no maleficencia (2).



Está por demás decir que es una cuestión interdisciplinaria en la cual actúan componentes médicos, de enfermería, fisioterapia, nutrición, derecho y psicología.

Si bien la característica de los ancianos y de la propia institución van a condicionar el uso de restricciones físicas, la influencia que suelen tener los profesionales de enfermería y médicos en el proceso de toma de decisiones respecto a las mismas, y de forma probable, los conocimientos y actitudes que posea dicho personal sobre este procedimiento actuarán como poderosos determinantes de su utilización (1).

Aun así, pese a la frecuencia con la que se observa la aplicación de dicho procedimiento y de los efectos negativos que tiene sobre la salud de los pacientes, no se han llevado a cabo en nuestro país trabajos de investigación que den a conocer la prevalencia de uso de estos procedimientos en las residencias asistenciales de nuestra región, además de la postura de los profesionales ante los sistemas de contención y su uso. Una investigación de esta magnitud resultaría de utilidad para conocer posibles creencias y actuaciones erróneas, con lo cual se podría planificar de manera más específica la formación del personal y con ello tratar de contribuir al mejoramiento en la calidad de cuidados en adultos mayores en centros residenciales.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las sujeciones mecánicas y farmacológicas son de uso común en varios países para prevenir caídas o lesiones, sin embargo; a menudo estas prácticas resultan inefectivas y ocasionalmente se aplican con poca supervisión, siendo así, que el manejo erróneo repercute en el estado físico y psicológico de los pacientes (5).

Las posibles consecuencias con las que se asocia son las siguientes: disminución del rendimiento cognitivo y actividades de la vida diaria, mayor dependencia al caminar, más caídas, úlceras por presión, incontinencia urinaria y fecal (6).

En un estudio publicado en el 2014 en Australia sobre las experiencias de intervenciones restrictivas de los pacientes, se evidenció que las personas que experimentaron un gran número de restricciones físicas no las encontraron justificables en comparación al beneficio obtenido (7).

Un estudio, publicado en junio del 2017, realizado a enfermeras de la unidad de cuidados intensivos (UCI) en Jordania demostró cierta falta de conocimientos y, prácticas inseguras con respecto a la restricción física (8).

Así mismo, en otro estudio realizado en Malasia publicado en febrero 2017, mostraron que menos de la mitad de enfermeras consideraban otras alternativas frente a la restricción física y la gran mayoría no entendían las razones para su aplicación. Las aptitudes académicas de las enfermeras, lecturas de cualquier fuente de información durante el año anterior al estudio y las unidades de trabajo de las enfermeras mostraron una asociación significativa con el conocimiento (9).



El proceso de decisión sobre el uso de las restricciones es complicado e influido por las características del cuidador. Con el fin de reducir las limitaciones físicas, se han aplicado algunas intervenciones alternativas, como el cambio de políticas, la educación en servicio, la atención individualizada y la participación de especialistas en enfermería gerontológica o la aplicación de un programa de reducción de restricciones. El programa educativo tiene un efecto en la reducción de uso de restricción física y puede ser un primer paso para la intervención múltiple (10).

En un estudio pre y post capacitación, realizado en un centro psiquiátrico de España en el 2016, se encontró que la probabilidad de que ocurra una sujeción mecánica disminuye de 15.07 a 9.74% luego de haberse realizado una capacitación (11).

Realizada la revisión bibliográfica no se hallaron datos que evidencien el desarrollo de investigaciones sobre sujeciones mecánicas y farmacológicas en nuestra localidad, y ante el déficit de conocimientos y prácticas seguras expuestas en estudios de otros países, surgió la siguiente pregunta de investigación ¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas acerca de sujeciones físicas en cuidadores de los centros geriátricos de la ciudad de Cuenca?

1.3 JUSTIFICACIÓN

Las sujeciones físicas y farmacológicas son medidas terapéuticas usadas con mucha frecuencia dentro de establecimientos médicos y residencias geriátricas, por lo cual es necesario recalcar que la presente investigación se inscribe en la línea de problemas prevalentes prioritarios dentro del sistema sanitario.

Se considera importante el estudio de este tema debido a que no existen investigaciones que permitan medir el conocimiento con el que cuentan los cuidadores de centros geriátricos sobre el uso de sujeciones físicas en nuestro medio.

La utilidad de la investigación sobre el uso de sujeciones viene determinada porque afectan derechos fundamentales de la persona, además de implicaciones en la salud de los adultos mayores, pudiendo desencadenar accidentes como laceraciones, desgarros, luxaciones, fracturas, entre otras, en lugar de brindar la protección que con ella se busca; debido a esto es de suma importancia reconocer de manera oportuna su manejo adecuado.

La participación de docentes y estudiantes en la investigación permite crear un vínculo directo con el personal de salud, ayuda a profundizar los conocimientos teóricos y prácticos a la vez que investiga nuestra realidad con el fin de desarrollar acciones que permitan mejorar el cuidado en la salud de dicha población de riesgo.



CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

La definición de sujeción física es poco clara y varía según los autores, tal es así que, en un meta análisis realizado en mayo de 2016 en Corea, se menciona que miembros del personal responsable del cuidado de adultos mayores no consideraban el cinturón de seguridad de la silla de ruedas, silla o mesa como restricción física, mientras que en otros estudios el empleo de estos elementos si son considerados sujeción (12).

Por otro lado en un segundo estudio realizado por Eun KH et al. acerca de las percepciones del personal sobre las barreras para la restricción física se evaluaron tres criterios para definir una restricción física entre ellas: la percepción y las molestias del residente, la intención que tenía el personal y la invasión de la privacidad. Es decir, si el residente no lo notó o experimentó inconvenientes, si la intención del personal era la protección y si la privacidad del residente no fue invadida, no fue considerada como una restricción (13).

En otro estudio publicado en el año 2018 sobre restricciones físicas en adultos mayores se encontró que únicamente 3 artículos de todos los investigados por los autores lograron dar una definición clara sobre restricción física, estableciéndola como: aquellas “medidas utilizadas por el personal de enfermería para mantener a un paciente alejado de una situación (potencialmente) peligrosa”, y definiendo restricción solamente a aquellas acciones que realizan los cuidadores para restringir la libertad del individuo. En este mismo estudio se pudo notar la dificultad que tenían los cuidadores de los adultos mayores para dar una definición clara de restricción (14).

Por otro lado, uno de los principales problemas que se pueden observar es la falta de un consenso acerca del concepto de sujeciones, se evidencia así que se utilizan diferentes denominaciones como sujeción, contención y restricción para denominar una misma acción. Es entonces importante tener una clara definición de estos términos, para lo cual encontramos conveniente emplear la descrita en el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española:

Sujeción: acción de sujetar. Unión con que algo está sujeto de modo que no puede separarse, dividirse o inclinarse.

Contención: acción y efecto de contener. Sujetar el movimiento de un cuerpo.

Restricción: Acción y efecto de restringir.

El consenso sobre Sujeciones mecánicas y farmacológicas de España, define:

2.1 Sujeción mecánica

Cualquier procedimiento, o método que, mediante un dispositivo material, equipo mecánico o físico, unido o atado al cuerpo del paciente, que este no pueda retirar con



facilidad, que limite la libertad de movimientos, o el acceso normal al propio cuerpo (15).

2.2 Tipo de sujeciones

Encontramos dos tipos de sujeciones de acuerdo con el método de aplicación:

- **Sujeción física:** es la acción o procedimiento consistente en la supresión de toda posibilidad de movimiento de una parte o la totalidad móvil del organismo para favorecer la curación, utilizada en la agitación psicomotora o en la falta de control de impulsos, a través de un equipo mecánico o físico unido, atado o adyacente el cuerpo del paciente (16).

En el Documento sobre la Sujeción Física y Farmacológica en el Ámbito Sanitario publicado en el 2015, se menciona además la sujeción mecánica parcial; en la que se limita la movilidad de una región del cuerpo ya sea el tronco, o una extremidad y se usa para evitar caídas, retiro de vías entre otros, mientras que la sujeción mecánica total, emplea métodos de inmovilización globales que impiden la mayoría de los movimientos del paciente, esta forma se considera más traumática (17).

- **Sujeción farmacológica o química:** es aquella en la que existe un uso deliberado e intencional de psicofármacos independientemente del grupo o familia y de sus dosis, que limiten o restrinjan la movilidad y comprometan las actividades de la vida diaria, así como el funcionamiento mental, con el objetivo de controlar una conducta inadecuada o molesta, y siempre que no se deba a un trastorno psiquiátrico o médico diagnosticado, sino que se utilizan por conveniencias organizativas. Es decir, el uso de medicamentos para manejar un problema para el que existe mejor tratamiento (15).

2.3 Dispositivos empleados para sujeción mecánica

Existen detallados en artículos, varias formas de sujeción empleadas en centros gerontológicos, dentro de ellos se mencionan las siguientes:

Barandillas de las camas: mediante su uso se restringe la libertad de los movimientos, en cuanto a que se le considera como un método de sujeción física si el mismo impide la única salida de la cama del paciente o cuando esta impida que el mismo se retire de una situación de peligro, como por ejemplo en el caso de un incendio. En ciertos pacientes principalmente aquellos con deterioros cognitivos se perciben los barandales como elementos extraños, y hostiles que pueden desencadenar cuadros de agitación e irritabilidad llegando en ocasiones saltar por encima de ellas con los riesgos que esto conlleva.

Las sillas, sillones geriátricos, mesas también se consideran dispositivos que producen una limitación o restricción de los movimientos de las personas que los



usan, impidiéndoles la posibilidad de salir o liberarse ellos ante una situación de peligro. Es decir constituirían una restricción mecánica, incluso en aquellos casos en los que se utilizan para mantener la postura corporal, o cuando es solicitado por el propio usuario; además de la restricción que supone, les limita al mismo tiempo incluso sus relaciones sociales durante la hora de la comida y los estímulos que recibe son menores. Para la realización de muchas de las actividades para las que se usan (comida, terapias, mantenimiento postural, etc.), debería utilizarse otro mobiliario como las sillas, sillones y mesas convencionales, que favorecen de forma más normalizada las relaciones sociales (15).

El cinturón de cama: indicado para sujetar por el abdomen a la cama, la sujeción en silla puede ser abdominal y torácica, se emplea con mayor frecuencia en pacientes que deben permanecer sentados por largos periodos de tiempo debiendo proporcionar estabilidad al paciente. Las férulas de retención, se usan a nivel de las extremidades del paciente al soporte de la cama, o silla (14).

2.4 Indicaciones de las sujeciones físicas

En el pasado, la restricción había sido considerada como un dispositivo preventivo, un partidario, un protector o un aliviador. El uso de la restricción había sido percibido como una parte normal de la atención de los residentes, de manera rutinaria, una práctica común (13).

Actualmente se reconoce que las sujeciones mecánicas suelen agravar la condición inicial de los adultos mayores residentes en centros geriátricos y hospitalizados por lo que se recomienda evitarlas en lo posible y utilizarlas únicamente como último recurso, por tal razón su aplicación se justifica solo en caso de terapias esenciales para su subsistencia, que sean rechazadas por el paciente (18). Algunas características de los residentes, como su capacidad reducida para realizar las actividades de la vida diaria, deterioro cognitivo o antecedentes de caídas son factores que contribuyen al uso de la restricción física, las regulaciones legales y las prácticas rutinarias también influyen en su uso (3).

En aquellos casos en los que se utilizan sujeciones mecánicas, así como en todos los protocolos, procedimientos o guías al respecto, se argumentan una serie de indicaciones:

1. Instauración y aseguramiento de medidas o cualquier otro procedimiento terapéutico necesarios para la supervivencia, como el uso de sondajes (nasoentérico, gastrostomía percutánea, vesicouretral, etc.), necesidad de usar sueroterapia por vía parenteral, la utilización de oxigenoterapia, la cura de lesión cutáneas (ulceras por presión), etc., argumentando el riesgo de desinserciones, arrancamientos, desgarros o bien por el rechazo a la terapéutica.



2. Ante estados de agitación, irritabilidad, agresividad, otras alteraciones conductuales como la auto o heteroagresión, intentos auto léticos o conductas suicidas.
3. Para garantizar la inmovilización o descarga prescrita en determinados procesos traumatológicos que así lo requieren.
4. Para prevención de caídas por vagabundeo errático (15).

Todo lo anterior únicamente en casos en los que se han agotado todos los recursos terapéuticos y ambientales al alcance y pese a ello, resulte imposible su control, siempre que entrañe un riesgo vital para sí mismo o terceros.

En las situaciones excepcionales en las que deban utilizarse sujeciones, es necesaria su prescripción. El tipo de dispositivo utilizado debe ser homologado. Se utilizarán durante el tiempo estrictamente necesario y siempre implementando un riguroso plan de cuidados y supervisión complementarios (18). Quienes están en capacidad de decidir sobre el uso de medidas de restricción se mencionan a continuación:

- Residentes de hogares para ancianos y pacientes hospitalarios capaces de dar consentimiento deciden por sí mismos sobre el uso y la duración de las medidas de restricción de la libertad. Para que el consentimiento sea válido, la persona afectada debe ser capaz de comprender la importancia y las consecuencias de su decisión.
- Para los pacientes que no son capaces de dar su consentimiento, se requiere el consentimiento del representante legalmente designado.
- En casos urgentes y emergencias, las medidas de restricción de la libertad pueden ser autorizadas por gerentes de hogar / hospital, médicos, enfermeras y familiares (4).

Un estudio publicado en 2016 en PubMed sobre la Percepción de los empleados sobre la reducción de las restricciones físicas, concluye que la alta rotación del personal, recursos insuficientes, falta de equipo alternativo, falta de apoyo de la administración y ambiente inadecuado constituyen barreras para la reducción en el uso de restricciones físicas.

En el mismo estudio se llega además a la conclusión de que la falta de educación sobre el tema es una barrera muy importante, muchos asistentes de enfermería dijeron que "hemos escuchado muchas veces que las restricciones no deben usarse... Pero no hemos recibido ninguna educación con respecto a las alternativas a la restricción". Los asistentes mencionaron que el personal, la familia y el residente necesitaban realmente educación acerca de la atención libre de restricciones, atención individualizada, estrategias alternativas, enfermedad o condición del residente y asuntos legales (13).



2.5 Prescripción de las sujeciones

Cuando se piensa en utilizar restricciones tanto físicas como químicas estas deben ser prescritas por el médico responsable de la asistencia de cada usuario. En ausencia de este, las instituciones deben tener previsto un protocolo alternativo de actuación mediante el cual otro médico o enfermera puedan prescribir el uso de sujeción ante situaciones de riesgo vital urgente (intento autolítico, suicidio, agresión, etc.), para así mitigar o eludir situaciones de peligro y tras su aplicación esta debe ser ratificada con la mayor premura posible por el médico responsable.

Es conveniente que esta situación excepcional no sea decidida por un solo profesional de forma unilateral, si no que en su indicación participe el resto del equipo interdisciplinar (15).

2.6 Consecuencias

Los efectos físicos y psicosociales adversos de las restricciones físicas han sido ampliamente reportados. Posteriormente, se han promulgado y aplicado en muchos países políticas y reglamentos que apoyan la reducción de la restricción física. En Estados Unidos, la prevalencia de restricciones en hogares de ancianos ha disminuido notablemente de 21,1% en 1991 al 1,2% en 2014 (Centros de Servicios de Medicare y Medicaid 2008, American Health Care Association 2014). En otros países, sin embargo, las restricciones físicas todavía se utilizan con frecuencia en muchos centros geriátricos de atención a largo plazo. Como ejemplo, la prevalencia recientemente reportada de restricción física en hogares de ancianos fue de 62% en Taiwán en 2014, 26,8% en Suiza durante 2015 y 26,3% en Alemania en 2012 (13).

Cuando el paciente está en contención, hay que establecer un protocolo para supervisar los signos de las posibles lesiones asociadas a la aplicación de la contención, como los signos vitales, hidratación, higiene, circulación y movilidad de las extremidades (16), (19).

El uso excesivo de restricciones físicas puede tener efectos adversos de naturaleza bioquímica, fisiológica, conductual, emocional y social. Dentro de las consecuencias más notables ocasionadas por su uso tenemos:

1. Lesiones asociadas con inmovilidad como: úlceras por presión, atrofia muscular y empeoramiento de atrofia preexistente, rigidez o anquilosis, incontinencia urinaria y fecal, síndrome de inmovilidad, daño a los nervios, infecciones, estreñimiento, trombosis venosa de miembros inferiores e incluso riesgo de muerte súbita.
2. Dentro de la esfera psíquica tenemos: aislamiento social y del entorno, pérdida de la autoestima y de la dignidad, trastornos psicoafectivos como depresión o ansiedad, estrés, inquietud, agitación y agresividad.



3. Asociadas con el tipo de dispositivo empleado: erosiones, laceraciones, desgarros musculares, estrangulamiento, asfixia, isquemia de los miembros.
4. La estancia media hospitalaria aumenta.
5. La capacidad de la persona restringida de pararse y caminar después del período de restricción se ve perjudicada, lo que dificulta considerablemente o, en el peor de los casos, evita completamente medidas eficaces a largo plazo para evitar caídas.
6. Dificultad el descanso del paciente
7. Karlsson et al. Hizo hincapié en la alteración del comportamiento del estado funcional de los residentes y la actitud de los mismos hacia el personal de enfermería tras su uso. (4), (10), (15), (19), (20).

Dado que las sujeciones atentan contra derechos fundamentales, ya que privan de la libertad, y contra principios y valores como la dignidad y autoestima y además entrañan riesgos físicos y psíquicos, no cabe duda de que nos encontramos ante procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente (20).

2.7 Uso inapropiado de las sujeciones mecánicas.

Existe una serie de circunstancias bien definidas, en las que, de forma absoluta, resulta inadmisibles el uso continuado de las sujeciones.

1. Existencia de otras alternativas.
2. Imposibilidad de prestar supervisión continuada y cuidados complementarios.
3. Material o dispositivos inadecuados, no homologados y que puedan poner en riesgo la seguridad de la persona a la que se le aplican.
4. Presión de los profesionales, familiares o de los propios usuarios.
5. Conveniencia, comodidad o dejadez de los profesionales o personal cuidador.
6. Déficit de personal cuidador para la supervisión y el control.
7. Falta de formación e información sobre el uso de sujeciones.
8. No haber efectuado una valoración geriátrica integral que permita detectar el origen de los trastornos de conducta y corregirlos con otra metodología más adecuada, más digna y menos cruenta (15).

El uso inapropiado de las sujeciones puede desencadenar en la muerte del paciente, como se puede evidenciar en un estudio retrospectivo, realizado en el 2017 en donde se evalúan: las muertes por restricción física en residentes de hogares de ancianos; en este estudio se puede observar que las muertes ocurrían en días laborables en los que había supervisión por parte del personal de enfermería, además de que los dispositivos empleados como cinturones de seguridad eran mal colocados o demasiado cortos; en su mayoría el mecanismo de daño era por compresión y atrapamiento, es decir por compresión a nivel de cuello al deslizarse el residente hacia abajo de la silla, y el atrapamiento debido a que 3 de los residentes del estudio cayeron de la cama y quedaron atrapados en la malla de la cama o entre los rieles de



la misma, lo que resulto en asfixia mecánica (21). A nivel regional no se encontraron datos con los cuales se puedan comparar tales circunstancias, pues las investigaciones acerca del tema son escasas.

2.8 Marco bioético-legal.

La utilización de medidas de restricción física puede potencialmente, si no responden a una correcta indicación o la realización técnica es inadecuada, vulnerar algunos de los derechos fundamentales de la persona. Para evitar que esto ocurra, siempre que se aplique una restricción física deberán tenerse en cuenta los principios éticos de no maleficencia, justicia, beneficencia y autonomía, así como tener especial cuidado con la intimidad y vulnerabilidad de la persona (22).

Siendo así, se dará prioridad a las alternativas menos traumáticas considerando la restricción física como una medida de último recurso, y contando con una justificación para el uso de la sujeción además de verificarse la existencia o no de políticas institucionales que promueven un entorno sin restricciones.

Se deberá individualizar cada caso para evaluar si de verdad es necesaria la aplicación (23).

El uso de sujeciones afecta un derecho fundamental de las personas como la libertad, además de atentar contra valores como la dignidad y la propia autoestima personal, y todo ello, en personas que tienen limitada capacidad decisoria o de autogobierno (15).

Según Fernández, et al (2014), uno de los documentos imprescindibles que hay que tener en cuenta para la no vulneración de los derechos de los pacientes sometidos a restricción física es la Declaración Universal de los Derechos Humanos, de 1948 en donde se expresa el derecho a la vida, libertad y seguridad.

Así mismo, la Organización de las Naciones Unidas en su declaración de los derechos humanos expresa en los Principios a favor de las personas de edad:

- "Derecho a ser tratado lo menos restrictivamente posible y a recibir el tratamiento menos restrictivo y alterador que le corresponde a sus necesidades de salud y a la necesidad de proteger la seguridad física de terceros."
- "No someter a restricciones físicas o a reclusión involuntaria salvo los procedimientos oficialmente aprobados de la institución psiquiátrica y sólo cuando sea el único medio disponible para impedir un daño inmediato o inminente al paciente o a terceros. Estas prácticas no se prolongarán más del periodo estrictamente necesario para alcanzar este propósito. Todos los casos, sus motivos, su carácter y duración se registrarán en el historial. El paciente será mantenido en condiciones dignas y bajo el cuidado y la supervisión inmediata y regular del personal cualificado. Se dará pronto aviso de toda restricción física o reclusión involuntaria del paciente a su representante" (15).



Dentro de la Constitución del Ecuador del 2008 en sus artículos 66 y 363 se expresan los derechos a la libertad y seguridad humana. Además, en su art. 362, regula el derecho al acceso a información, la confidencialidad y el consentimiento informado (24).

Como ya se mencionó, el proceso para la toma de decisiones sobre el uso de restricciones es complicado, y en la mayoría de los artículos revisados se evidencia que la mejor práctica, para el bien de los residentes es disminuir su uso, para lo que es necesario conocer otras formas de ayudar al paciente. Con el fin de reducir las restricciones se han aplicado intervenciones alternativas como el cambio de políticas de los centros asistenciales para adultos mayores, en países europeos, y asiáticos, además de la educación y la atención individualizada, contar con recursos humanos especialistas, en países como Alemania, Japón y otros se lleva a cabo programas de reducción de restricciones desde hace décadas con resultados favorables. Además se creó una guía de practica basada en evidencia para cambiar la practica en el uso de restricciones físicas en la atención de pacientes agudos, en la cual se mencionan varias formas que posee el personal de enfermería para identificar que pacientes necesitan que se emplee alguna forma de restricción, entre ellas la edad, su riesgo de caída, el riesgo de retirarse dispositivos médicos, enfermedades que limiten su movilidad o capacidad de raciocinio, etc., dentro de las intervenciones que se sugieren para evitar que el paciente se retire dispositivos se menciona colocar batas de manga larga o colocar equipos porta sueros alejados de la visión del paciente, o en el mejor de los casos evitar medicación o alimentación endovenosa, incorporando lo más pronto posible la alimentación vía oral. Además de proporcionar educación con capacitaciones, simulaciones, proveer carteles con alternativas a la sujeción entre otros (25). Sin embargo, en países que no cuentan con recursos necesarios es difícil llegar a una intervención pronta. La realización de un programa educativo se menciona como la manera más fácil para las instalaciones de cuidados de adultos mayores, además de que el gobierno debe apoyar programas educativos que incluyan cursos, prácticas para los cuidadores de centros asistenciales. (10), (26), (27).

CAPÍTULO III



3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL:

Evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas acerca de sujeciones físicas en los cuidadores de los centros geriátricos de la ciudad de Cuenca.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar los conocimientos de los cuidadores sobre sujeciones mecánicas.
2. Determinar las actitudes de los cuidadores frente a las sujeciones físicas en los centros geriátricos.
3. Establecer las prácticas que realiza el personal acerca de sujeciones físicas.



CAPÍTULO IV

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio descriptivo, observacional y de corte transversal de los conocimientos, actitudes y prácticas acerca de sujeciones físicas en cuidadores de centro geriátricos de la ciudad de Cuenca.

4.2. ÁREA DE ESTUDIO

El presente estudio se desarrolló en 6 centros geriátricos de la ciudad de Cuenca, provincia del Azuay, en el que constan los siguientes:

- Hogar "Cristo Rey", ubicado en la calle Sangurima y Estévez de Toral.
- Fundación "Santa Ana", ubicado en el sector Challuabamba.
- Centro Geriátrico "Años Dorados", ubicado en el sector Challuabamba.
- Centro Geriátrico "Nueva Esperanza", ubicado en Calle de la Verbena 4-20 y Eudolio Moscoso.
- Centro Geriátrico "Plenitud", ubicado en Av. Don Bosco y La Pinta Esq.
- Centro Geriátrico "Los Jardines", dirección: Calle Sin Retorno y Fray Gaspar De Carvajal.

4.3. UNIVERSO

El universo del estudio estuvo constituido por el total del personal al cuidado de los adultos mayores de 6 centros geriátricos en la ciudad de Cuenca durante el período 2018.

Teniendo un total de 63 cuidadores:

- Hogar "Cristo Rey": 24 cuidadores
- Fundación "Santa Ana": 10 cuidadoras
- Centro Geriátrico "Años Dorados": 7 cuidadoras
- Centro Geriátrico "Nueva Esperanza": 8 cuidadoras
- Centro Geriátrico "Plenitud": 5 cuidadoras
- Centro Geriátrico "Los Jardines": 9 cuidadoras

Durante la recolección de datos tras informar a los participantes el contenido del formulario la Residencia Gerontológica "San Andrés" que cuenta con 7 cuidadoras,



decidió no participar del estudio. Por otra parte, en Centro Geriátrico "Los Jardines" de los 9 cuidadores 2 no accedieron a firmar el consentimiento informado; por lo que, los datos obtenidos no se tomaron en consideración para el estudio, de igual manera sucedió con 3 participantes de Centro Geriátrico "Plenitud".

En el Hogar "Cristo Rey" se obtuvieron 2 encuestas más de las contabilizadas al inicio.

Con esta premisa, la población de estudio se conformó por un total de 60 cuidadores de adultos mayores que residen en los 6 centros gerontológicos mencionados.

4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

4.4.1 Criterios de inclusión

Cuidadores de los centros geriátricos que firmaron el consentimiento informado, y que se encuentren trabajando durante el periodo 2018-2019 en dichos establecimientos.

4.4.2 Criterios de exclusión

- Personal que no desempeña el rol de cuidador en los centros geriátricos mencionados.

-Pacientes o familiares de pacientes.

4.5 VARIABLES:

- Edad
- Sexo
- Profesión
- Conocimientos
- Actitudes
- Prácticas

4.5.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Ver anexo N° 1

4.6 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

MÉTODO: encuesta

TÉCNICA: encuesta mediante el uso de formularios modificados sobre conocimientos, actitudes y prácticas acerca de sujeciones físicas. La información se recolectó en 6 centros geriátricos de la ciudad de Cuenca, que cumplieron con los criterios de inclusión para este estudio. Previamente se les informo a los participantes el contenido del formulario.

INSTRUMENTOS: para la investigación se utilizó el formulario elaborado por Janelli et al, adaptado por Kaya et al en Turquía en el año 2008 (anexo 3), para determinar los conocimientos, actitudes y prácticas acerca de sujeciones físicas, cuyo alfa de



Cronbach presentó valores de 0.88, 0.85 y 0.90 respectivamente, con una puntuación del índice de validez del contenido del cuestionario original del 86%. (8). El cuestionario original ha sido utilizado y probado por diferentes autores en diferentes países para su confiabilidad y validez, siendo así que Wang et al, en el año 2018, obtuvieron un coeficiente alfa de Cronbach de 0.75, con índices de validez de 0.89; 0.81 y 0.95 para conocimientos, actitudes y prácticas respectivamente. (28).

Para la valoración de los 3 parámetros el formulario ha sido dividido en 3 secciones: la primera sección es acerca de los conocimientos sobre sujeciones físicas (11 ítems) en donde cada respuesta correcta es calificada con 1 punto, mientras que una respuesta incorrecta con 0 puntos, en caso de que una respuesta sea indecisa se incluye dentro de las incorrectas. El rango de la puntuación final es de 0-11 puntos, con puntos de corte que determinan el nivel de conocimiento de la siguiente manera: 0-5 puntos, como bajos, que indican <50% del puntaje final; de 6-8 puntos como intermedios y el 75% del puntaje final está representado de 9-11 puntos como altos.

La sección 2 es acerca de las actitudes de los cuidadores sobre sujeciones físicas (12 ítems), en donde se les solicitó a los participantes que respondan en una escala de 1-4 puntos si estaban "totalmente de acuerdo", "de acuerdo", "en desacuerdo" o "totalmente en desacuerdo". El rango de la puntuación final es de 12-48 puntos, los mismos que reflejaran actitudes positivas o negativas, mediante puntos de cortes de 12-33 para las negativas (<60%) y 34-48 para las positivas (>60%).

La sección 3, prácticas de los cuidadores sobre sujeciones físicas (14 ítems), valora el uso de medidas alternativas antes de la aplicación de sujeciones físicas y el cuidado del paciente que recibe la sujeción. Los participantes respondieron en una escala de 1-3 puntos si "siempre", "a veces" o "nunca" realizaban ciertas prácticas. La mayoría de los ítems reflejan prácticas más favorables con puntajes de 3 para "siempre" a 1 para "nunca". Sin embargo, el ítem 10 al ser negativos, su calificación es inversa (1 para "siempre" y 3 para "nunca"). Una puntuación de 14 indica la práctica más indeseable y un puntaje de 42 indica la mejor práctica en uso de sujeciones físicas, con rangos que van de 14-27 para prácticas insatisfactorias, 28-34 como satisfactorias y 35-42 como muy satisfactorias. (8).

4.6 PROCEDIMIENTOS

Previo al inicio de la recolección de datos, se obtuvieron las autorizaciones de los directores de los diferentes centros geriátricos pues la presente investigación se pretende realizar en las mencionadas instituciones, cabe recalcar que la Residencia Gerontológica San Andrés desistió de participar en el estudio.

El proyecto de investigación estuvo bajo la supervisión del Dr. Jorge Luis García.



4.8 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Una vez recolectados los datos, se ingresaron en una base de datos diseñada en el programa SPSS versión 22.0, para su respectiva tabulación y análisis estadístico, con el cual se calcularon medidas de frecuencia y porcentaje para las variables cualitativas; además para mostrar los resultados se elaboraron tablas simples o compuestas de acuerdo a las variables.

4.9 ASPECTOS ÉTICOS

La resolución del cuestionario se realizó de forma voluntaria y previo a la realización del formulario, se les informó a los participantes los objetivos del proyecto de investigación y su finalidad, además se les aclaró a los participantes que los resultados a obtener se utilizarán únicamente para los fines pertinentes. Se les hizo firmar un consentimiento informado para establecer legalmente su participación. (Anexo N.2).

CAPÍTULO V

5. RESULTADOS

En el presente estudio se trabajó con 60 cuidadores de 6 centros geriátricos de la ciudad de Cuenca, entre los cuales ninguno de los encuestados se encontraba dentro de los criterios de exclusión y todos los encuestados cumplían los parámetros de inclusión.

Tabla 1. Análisis sociodemográfico de los cuidadores de 6 centros geriátricos de la ciudad de Cuenca, 2018.

CARACTERÍSTICAS		F N=60	% 100
Sexo	Mujer	59	98,3
	Hombre	1	1,7
Profesión	Estudiante	2	3,3
	Auxiliar de Enfermería	54	90,0
	Licenciada/o de Enfermería	4	6,7
Edad en años cumplidos	Adulto joven	45	75,0
	Adulto	15	25,0
	Adulto mayor	0	0,0

Estadísticos descriptivos					
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad (años cumplidos)	60	20	62	34	10,88

Fuente: base de datos de la investigación

Autoras: Vasquez Lisseth y Vera Melissa

De la totalidad de la población en estudio ($n=60$), se encontró que el 98.3% de los participantes son mujeres, y es posible observar que solamente en el estudio hay 1 hombre.

En cuanto a la profesión, de los 60 participantes, el 90% son auxiliares de enfermería, el 6.7% se tituló como licenciado/a, y se encontró 3.3% de estudiantes.

Finalmente se observa que de la totalidad de cuidadores el 75% de los participantes son adultos jóvenes de entre 20 y 39 años, se obtuvo con un rango de edad mínimo de 20 y máximo de 62, con una media de edad de 34 ± 10.88 años. No existieron adultos mayores como participantes (0%).



Tabla 2. Distribución de los cuidadores de 6 centros geriátricos de la ciudad de Cuenca según profesión y sexo, 2018

		Sexo					
		Mujer		Hombre		Total	
		F	%	F	%	F	%
Profesión	Estudiante	2	100	0	0,0	2	100
	Auxiliar de Enfermería	54	100	0	0,0	54	100
	Licenciada/o de enfermería	3	75,0	1	25,0	4	100
	Total	59	98,3	1	1,7	60	100

Fuente: base de datos de la investigación

Autoras: Vasquez Lisseth y Vera Melissa

En el estudio se pudo evidenciar que el 90% de los cuidadores son auxiliares de enfermería y, en su totalidad (100%) son mujeres.

De igual manera se encontraron 2 estudiantes de enfermería mujeres, la única variante en cuanto al sexo y profesión de los encuestados se encontró con la profesión de licenciados en enfermería pues se halló que 3 encuestados se correspondieron con el sexo femenino representando el 75%, con el 25% restante representado por 1 hombre.

Se encontró entonces que el 98.3% del total de los cuidadores evaluados fueron mujeres.

Tabla 3. Distribución de los cuidadores de 6 centros geriátricos de la ciudad de Cuenca según profesión y edad, 2018

		Profesión							
		Estudiante		Auxiliar de Enfermería		Licenciada de Enfermería		Total	
		F	%	F	%	F	%	F	%
Edad en años cumplidos	Adulto Joven	2	4,4	40	88,9	3	6,7	45	100
	Adulto Medio	0	0	14	93,3	1	6,7	15	100
	Total	2	3,3	54	90,0	4	6,7	60	100

Fuente: base de datos de la investigación

Autoras: Vasquez Lisseth y Vera Melissa

Del total de los cuidadores (n=60) se observó que el 75% está representado por la población de adulto joven; de los cuales el 88.9% lo integran las auxiliares de enfermería, mientras que un 6.7% está conformando el grupo de licenciados de enfermería y solo 4.4% por estudiantes.

Dentro del segundo grupo etario, se encontró que el 25% restante de los evaluados está constituyendo la población de adulto medio, representados nuevamente en su mayoría por auxiliares de enfermería con un 93.3%, en este grupo de edad se localizó solo un licenciado/a en enfermería que corresponde al 6.7% del porcentaje restante.



Tabla 4. Distribución de los cuidadores de 6 centros geriátricos de la ciudad de Cuenca según sexo y edad, 2018

		Sexo					
		Mujer		Hombre		Total	
		F	%	F	%	F	%
Edad en años cumplidos	Adulto Joven	44	97,8	1	2,2	45	100
	Adulto Medio	15	100,0	0	0,0	15	100
	Total	59	98,3	1	1,7	60	100

Fuente: base de datos de la investigación

Autoras: Vasquez Lisseth y Vera Melissa

Los resultados revelaron que del total de los encuestados el 97.8%, son mujeres, entre los 20 y 39 años, con una media de edad de 34 años ± 10 , dejando un 2.2% restante que corresponde a un cuidador hombre.

No se encontraron cuidadores con edad superior a los 64 años.

Se puede concluir entonces que los cuidadores de centros geriátricos de la ciudad de Cuenca son casi en su totalidad mujeres (98.3%) dentro del primer grupo etario.

Tabla 5. Distribución de los cuidadores de 6 centros geriátricos de la ciudad de Cuenca orientada a determinar los conocimientos, 2018

		Conocimientos								Fisher exacta
		Bajos		Intermedios		Altos		Total		
		F	%	F	%	F	%	F	%	
Profesión	Estudiantes	0	0,00	1	50,00	1	50,00	2	100,00	p=0.302
	Auxiliar de Enfermería	14	25,9	35	64,8	5	9,3	54	100,0	
	Licenciada/o de Enfermería	0	0,0	4	100,0	0	0,0	4	100,0	
	Total	14	23,3	40	66,7	6	10,0	60	100,0	

Fuente: base de datos de la investigación
Autoras: Vasquez Lisseth y Vera Melissa

Los resultados revelaron que en cuanto a conocimientos acerca de sujeciones físicas, 35 de las 54 auxiliares de enfermería encuestadas poseen conocimientos intermedios acerca de sujeciones físicas, representado por un 64.8% del total de las mismas, mientras que el 5.9% poseen conocimientos bajos y solo el 9.3% conocimientos altos.

Las/os 4 licenciados de enfermería evaluados presentaron conocimientos intermedios; así mismo, se puede observar que los 2 cuidadores caracterizados como estudiantes presentaron conocimientos intermedios y altos.

En este ámbito se puede decir que tanto estudiantes como licenciados cuentan con conocimientos aceptables acerca del tema desarrollado, si se enfoca hacia los auxiliares de enfermería se puede deducir que más de la mitad de los encuestados cuentan con conocimientos acerca del tema, y su porcentaje representa el mayor número debido a que son más profesionales de este tipo quienes están al cuidado de los adultos mayores, es por ello que se debe notar que aún existe una falta de educación acerca del tema dirigido hacia los 3 grupos de profesionales, poniendo mayor énfasis en quienes pasan mayor parte del tiempo al cuidado del adulto mayor.

No hubo diferencia estadística significativa con relación a los conocimientos de los cuidadores y la profesión de los mismos (0.302).

Tabla 6. Distribución de la totalidad de cuidadores de 6 centros geriátricos de la ciudad de Cuenca orientada a determinar las actitudes en base a la profesión, 2018

		Actitudes						Fisher exacta
		Actitudes Negativas		Actitudes Positivas		Total		
		F	%	F	%	F	%	
Profesión	Estudiante	2	100,00	0	0,00	2	100	p=0.159
	Auxiliar de Enfermería	46	85,2	8	14,8	54	100	
	Licenciada/o de Enfermería	2	50,0	2	50,0	4	100	
	Total	50	83,3	10	16,7	60	100	

Fuente: base de datos de la investigación

Autoras: Vasquez Lisseth y Vera Melissa

De los cuidadores de centros geriátricos que participaron de este estudio, el 83.3% del total de la población mostraron actitudes negativas hacia las sujeciones físicas en adultos mayores. Estas actitudes se presentaron con mayor frecuencia entre los cuidadores que desempeña el papel de Auxiliares de enfermería (85.2%), sin embargo, los cuidadores que se encontraban representados como licenciados de enfermería presentaron una frecuencia equitativa tanto para actitudes negativas como positivas del 50% para ambas.

Finalmente, los 2 estudiantes encuestados mostraron tener actitudes negativas hacia el tema.

Se determinó de manera global que las actitudes de los cuidadores en los centros geriátricos resultaron ser principalmente actitudes negativas.

En el estudio no se evidenció la existencia de diferencia estadística significativa con relación a las actitudes de los cuidadores y la profesión de los mismos (0.159).

Tabla 7. Distribución de la totalidad de cuidadores de 6 centros geriátricos de la ciudad de Cuenca orientada a determinar las prácticas en base a la profesión, 2018



		Prácticas								Fisher exacta
		Insatisfactorias		Satisfactorias		Muy satisfactorias		Total		
		F	%	F	%	F	%	F	%	
Profesión	Estudiante	0	0,00	1	50,00	1	50,00	2	100	p=0.82
	Auxiliar de Enfermería	1	1,9	16	29,6	37	68,5	54	100	
	Licenciada/o de Enfermería	0	0,0	1	25,0	3	75,0	4	100	
	Total	1	1,7	18	30,0	41	68,3	60	100	

Fuente: base de datos de la investigación

Autoras: Vasquez Lisseth y Vera Melissa

Del total de población en estudio el 68.3% de los participantes presenta prácticas muy satisfactorias con relación al tema de sujeciones físicas.

De los cuales, en el 68.5% de las auxiliares de enfermería predominan las prácticas muy satisfactorias, es decir 37 de 54 auxiliares de enfermería, mientras que 29.6% poseen prácticas satisfactorias y solamente 1.9% prácticas insatisfactorias.

Las 2 estudiantes de enfermería evaluadas mostraron prácticas entre satisfactorias y muy satisfactorias con un porcentaje del 50% respectivamente.

Por otro lado, al evaluar a los licenciados de enfermería, se pudo evidenciar que 3 de ellos presentaron prácticas muy satisfactorias y solo 1 prácticas satisfactorias.

Es importante recalcar que las prácticas insatisfactorias representaron un mínimo porcentaje del total del universo, esto es el 1.7%. Por lo tanto, se observa que los tres grupos de profesionales demuestran buenas prácticas con respecto a sujeciones.

No se demostró diferencia estadísticamente significativa entre las variables ($p = 0.82$)

CAPÍTULO VI

6. DISCUSIÓN

El uso de restricciones físicas en centros de cuidado para adultos mayores es una práctica común, pese a que durante años han sido publicados artículos acerca de las



consecuencias negativas de su uso, en un estudio publicado en la *Journal of Nursing Scholarship*, en 2018 sobre conocimientos, actitudes y practicas acerca de sujeciones mecánicas, se menciona que la frecuencia en el uso de restricciones ha disminuido, sin embargo dicha reducción en el uso se basa en el hecho de que en varios estudios no se toma en consideración ciertos dispositivos como mecanismos de restricción física (29).

Los conocimientos erróneos e incompletos con respecto al uso de las restricciones son muy comunes, e influyen en gran medida en las actitudes que toma el personal que se halla al cuidado de los adultos mayores, pues en muchas residencias gerontológicas el personal interviene en la decisión de aplicar, mantener o retirar una restricción, además de sugerir el tipo de sujeción según su experiencia con cada paciente. En 2015 Möhler y Meyer en su trabajo de investigación encontraron que cuando existe duda sobre usar o no una restricción las enfermeras se decidían a favor del uso de la sujeción en lugar de optar por una medida alternativa (25), (26), (29), (30).

Se contó con la participación de 60 cuidadores de 6 centros geriátricos de la ciudad de Cuenca. El perfil del cuidador en su mayoría estuvo conformado por mujeres (98.3%), siendo en su mayoría adultos jóvenes, con una edad de 20 a 39 años (88.9%), con una media de edad de 34 años \pm 10.8, predominantemente auxiliares de enfermería (90.0%). Estos datos presentan relación con otros estudios como el realizado por Eskandari F. et al., en 2017 en Malasia en el que se evidencio que la edad media de los participantes era de 26.9 años y que el 95.8% de los mismos eran mujeres. La diferencia que se evidenció con este estudio es en cuanto a la profesión de los cuidadores pues el 81.2% de los cuidadores contaban con un diploma en enfermería, mientras que a nivel local únicamente un 6.7% de los encuestados cuenta con título de enfermera/o (9). En otro estudio sobre el mismo tema publicado en 2018 por Hatice b, y Selda A en el *Journal of Caring Sciences* realizado en Anatolia Central, se evidencio de igual manera que los cuidadores eran en mayor medida mujeres (58.2%), cuyo promedio de edad fue de 31.3 años (31).

Se puede evidenciar entonces que la profesión de los cuidadores varía de acuerdo con el lugar, y es importante además mencionar que a nivel regional no se encontraron estudios relacionados con el tema de investigación, los artículos publicados son en mayor medida de regiones alejadas de nuestra realidad local.

El uso de restricciones físicas en personas de edad avanzada puede incurrir en gastos adicionales, para tratar las lesiones y úlceras derivadas de su uso, así como posibles problemas legales si los familiares de los pacientes no han sido informados de la necesidad de su uso, además de que el empleo de sujeciones físicas constituye una violación de los derechos de los pacientes (32). En otro estudio realizado en Taiwan acerca de los factores de riesgo asociados con las restricciones físicas, se menciona que el uso de la restricción debe estar indicado por un médico, y previamente



acompañado de un consentimiento autorizando el uso por parte de la familia, además se menciona que las sujeciones se deben aflojar cada 2 horas durante al menos 15 minutos para prevenir laceraciones (19).

En el presente estudio cuando se evaluó la asociación entre los conocimientos de los cuidadores acerca del tema de sujeciones relacionada a la profesión de los mismos se pudo evidenciar que en su mayoría los encuestados cuentan con conocimientos intermedios sobre el tema (66.7%), en esta investigación es posible notar que de los 6 centros geriátricos que participaron del estudio únicamente existen 4 profesionales con título de enfermeros certificados al cuidado de adultos mayores que se corresponde con el 6.7% del total, y únicamente un 3.3% a estudiantes de enfermería cuyos conocimientos de ambos grupos está en el nivel intermedio mayoritariamente, el restante se distribuye ampliamente entre auxiliares de enfermería, en este grupo se evidencian conocimientos variados, (bajos 25.9%, intermedios 64.8%, altos 9.3%).

Los resultados del tema en estudio no mostraron diferencias significativas en las puntuaciones de conocimiento con relación a la profesión que desempeñan los cuidadores ($p = 0.302$), estos resultados fueron comparados con 2 estudios diferentes; en el primero realizado por Kaya et al (33), se evidencian resultados similares a los obtenidos en esta investigación, pues no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de profesión y los conocimientos de los cuidadores ($p = 0.623$), lo que se contrapone al estudio realizado por Eskandari et al (9) acerca del uso de restricciones físicas; conocimientos, actitudes y prácticas de las enfermeras, en el cual los resultados mostraron diferencias significativas entre los conocimientos y la profesión de los evaluados ya que las enfermeras certificadas obtuvieron puntuaciones de conocimientos más altas ($P < 0.01$).

Al tomar en consideración otras investigaciones, como un estudio realizado en Mugla-Turquía de Fatma y Fatmana (34) se encontró que la correlación entre el nivel de educación de las enfermeras y sus actitudes hacia el uso de restricciones físicas era estadísticamente significativa ($p = 0.00$) y se encontró que las enfermeras con un mayor nivel de educación tenían actitudes más positivas, este resultado se comparó con el presente estudio, evidenciando que no existe correlación alguna entre ambos, debido a que en este trabajo de investigación no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre el nivel de educación de los cuidadores con respecto a las actitudes acerca de sujeciones físicas ($p = 0.149$), por el contrario, se manifestaron más bien actitudes negativas en el 83.3% del total del universo en estudio.

Los hallazgos de este estudio muestran que no hay diferencia significativa entre el nivel de conocimiento sobre sujeciones físicas y la profesión de los cuidadores, así mismo, estos resultados concuerdan con los Abeer et al (35) que reportaron que la puntuación en conocimientos era independiente del título profesional de los participantes ($p = 0.43$). Sin embargo, en contraste a lo anterior, un estudio realizado



en India en el 2018 por Ganghi et al, demostró que cuidadores con títulos avanzados tienen mejores prácticas respecto a sujeciones físicas ($p < 0.05$) (36). De igual manera, el estudio de Fariña et indica que con relación a las prácticas el nivel de las enfermeras era superior al del personal auxiliar, no obstante, Fariña et al recalcan que esta diferencia no era tan amplia como pudiera esperarse y estaría muy condicionada por la cultura del espacio estudiado (1).

CAPÍTULO VII

7. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y BIBLIOGRAFÍA

7.1 CONCLUSIONES

- Existen muy pocos trabajos de investigación relacionados a sujeciones físicas en adultos mayores a nivel de Latino América, y a nivel local no se hallaron investigaciones al respecto.



- Se determinó que los cuidadores primarios de adultos mayores de la ciudad de Cuenca están representados en su mayoría por mujeres, auxiliares de enfermería, lo que deja ver que en la realidad local son pocos los centros de cuidado de larga estancia de adultos mayores que cuentan con profesionales de tercer nivel para el cuidado del adulto mayor.
- Se pudo evidenciar que los conocimientos a nivel general se encuentran en un nivel adecuado, sin embargo, se debe notar que existe un déficit de conocimiento acerca del tema estudiado en un 23.3% del total de los encuestados lo que deja saber que desde el punto de vista educacional existe falta de información y retroalimentación sobre el tema siendo necesarias capacitaciones para mejorar sus conocimientos, actualizar la información y liberar de dudas a los participantes.
- Los cuidadores de los centros geriátricos evaluados presentaron actitudes negativas (83.3%) hacia las sujeciones físicas, siendo tan solo 16.7% de la población quienes presentaron actitudes positivas, lo que demuestra un déficit de las consideraciones éticas en cuanto a sujeciones físicas se trata.
- En las prácticas de los cuidadores se logró un nivel muy satisfactorio en general, demostrado por 68.3% de los cuidadores evaluados, lo que indica que el uso de medidas alternativas previo a la aplicación de sujeciones físicas, y la vigilancia de estas cuando se emplean es adecuado.
- Con los resultados obtenidos se pudo concluir que no existe diferencia significativa entre las características profesionales de los cuidadores y los conocimientos, actitudes y prácticas acerca de sujeciones físicas.
- Considerando que el mayor porcentaje de cuidadoras estuvo representado por auxiliares de enfermería, es importante señalar que dicho grupo posee conocimientos intermedios (64.8%), actitudes negativas (85.2%) y prácticas muy satisfactorias (68.5%) acerca de sujeciones físicas.

7.2 RECOMENDACIONES

- Fomentar intervenciones educativas en centros universitarios, cursos de preparación para cuidados de pacientes y centros geriátricos que abarque el tema sobre uso de sujeciones físicas y las alternativas para evitar su aplicación, además de dar a conocer los riesgos que conlleva su uso sin la correcta vigilancia.
- Promover la inclusión de personal relacionado con el cuidado de los adultos mayores, además de familiares con la finalidad disminuir el empleo de



restricciones permitiendo que los residentes y sus familiares sean más participativos, mejorando las condiciones de vida del adulto mayor.

- Incitar a los organismos gubernamentales para que mejoren la calidad de atención que se le brinda a los adultos mayores residentes de hogares geriátricos evitando en la medida de lo posible el uso de sujeciones físicas.
- Incentivar a realizar más estudios de investigación e intervención encaminados a tratar temas relacionados con los conocimientos acerca de sujeciones físicas y farmacológicas en adultos mayores, dirigidos a hospitales y centros de cuidados del adulto mayor que valore los conocimientos previos y posteriores a una intervención educativa.
- Fomentar la socialización de guías del ministerio de salud pública acerca del cuidado del adulto mayor en centros de cuidado de larga estancia.
- El presente estudio tuvo ciertas limitaciones en cuanto al tamaño de la población y su recopilación en un solo entorno, por lo que se recomienda difundir la importancia de participar en investigaciones relacionadas con el presente tema de investigación para en un futuro poder realizar estudios comparativos y plantear soluciones con respecto al uso de sujeciones.
- Pese a que no se encontraron diferencias significativas entre las prácticas del personal es necesario regular al personal que aplicará las sujeciones físicas para obtener mejores resultados a favor del bienestar del adulto mayor.

CAPÍTULO VIII

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fariña L, Estévez G, Núñez G, Calvo F, Penelo E. Adaptación y validación española del Perception of Restraint Use Questionnaire (PRUQ) sobre el uso de restricciones físicas en personas mayores. Scielo [Internet]. 2016 [citado 3 Julio 2019]; Vol. 39 (1): 1-11. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272016000100003
2. Gómez D, Guija A, Ortega M. Aspectos medicolegales de la contención física y farmacológica. Elsevier [Internet]. 2014 [citado 21 Marzo 2018]; Vol. 142(2):24-27. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina->



clinica-2-articulo-aspectos-medicolegales-contencion-fisica-farmacologica-S0025775314700685

3. Estévez G et al. The use of physical restraints in long-term care in Spain: a multi-center cross-sectional study. PubMed [Internet]. 2017 [citado 26 Marzo 2018]; Vol. 17(29):1-2. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5251344/>
4. Estévez G, Fariña L, Penelo E. Prescripción facultativa y consentimiento informado ante el uso de restricciones físicas en centros geriátricos de las Islas Canarias. Scielo [Internet]. 2016 [citado 3 Julio 2019]; Vol. 32(1):77-80. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3272587/>
5. Lepping, P; et al. Comparison of restraint data from four countries. PubMed [Internet]. 2016. [citado 20 Junio 2018] SPPE. 51(9): 1301-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27147243>
6. Hofmann, H; et al. Characteristics of nursing home residents and physical restraint: a systematic literature review. [Internet]. 2014. [citado 23 Julio 2018]. JCN. Vol 23 (22): 3012-3024. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.12384/abstract>
7. Brady, N; et al. Patients' Experiences of Restrictive Interventions in Australia: Findings From the 2010 Australian Survey of Psychosis. PubMed [Internet]. 2017. [citado 25 Julio 2018]. Vol. 68.(9): 966-969 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28457209>
8. Mohammad, S; et al. Knowledge, attitude and practice of intensive care unit nurses about physical restraint. Wiley [Internet]. 2017. [citado 23 Julio 2018]. Nurs Crit Care.Vol.22: 264–269 Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/nicc.12303/full>
9. Eskandari F; et al. Use of physical restraint: Nurses' knowledge, attitude, intention and practice and influencing factors. Wiley [Internet]. 2017. [citado 3 Agosto 2018]. J Clin Nurs. Pag: 1-10. Disponible en: https://umexpert.um.edu.my/file/publication/00007704_149479.pdf
10. Shao Huan, L; et al. Educational intervention on physical restraint use in long-term care facilities – Systematic review and meta-analysis. [Internet]. 2017. [citado 2 Agosto 2018]. Kaohsiung Journal of Medical Sciences. Vol. 33: 411-421 Disponible en: [http://www.kjms-online.com/article/S1607-551X\(16\)30454-5/fulltext](http://www.kjms-online.com/article/S1607-551X(16)30454-5/fulltext)
11. Guzman, J; et al. Effectiveness of a Multimodal Intervention Program for Restraint Prevention in an Acute Spanish Psychiatric Ward. PubMed [Internet]. 2016. [citado 4 Agosto 2018]. Vol. 22(3): 233-241. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27122483>
12. Michel HC, Bleijlevens M, Wagner LM, Capezuti E, Hamers JP. Physical Restraints: Consensus of a Research Definition Using a Modified Delphi Technique. UCSF [Internet]. 2016 [citado 5 Mayo 2019]; Vol. 2(1):2-4. Disponible en: <https://escholarship.org/uc/item/8zv756wc>



13. Eun KH, Heeseung C, Lois KE. Staff perceptions of barriers to physical restraint-reduction in long-term care: a meta-synthesis. JCN [Internet]. 2016 [citado 31 Agosto 2018]; Vol. 26(1):49-55. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.13418/epdf>
14. Scheepmans K, Dierckx de Casterlé B, Paguay L, Milisen K. Restraint use in older adults in home care: A systematic review. Elsevier [Internet]. 2018 [citado 21 Mayo 2019]; Vol. 79(1): 122-136. Disponible en: <file:///G:/scheepmans2018.pdf>
15. Comité Interdisciplinar de Sujeciones, SEGG. Documento de Consenso sobre Sujeciones Mecánicas y Farmacológicas. SEGG [Ebook]. 2014. [citado 25 Septiembre 2017]. Disponible en: <https://www.segg.es/descarga.asp?tipo=0&pag=1>
16. Meritxell SR, Fernando CC. Contención mecánica: definición conceptual. Scielo [Internet]. 2014 [citado 21 Julio 2018]; Vol. 8(1). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2014000100007
17. Comité de Ética para la Atención Sanitaria. Documento Sobre la Sujeción Física y Farmacológica en el Ámbito Sanitario: Atención Primaria y Especializada. [Internet]. Oviedo; 2015 [citado 22 Febrero 2019]. Disponible en: http://www.hca.es/huca/web/contenidos/websdepartam/com_etiic/documento5.pdf
18. Comité de Bioética de España. Consideraciones éticas y jurídicas sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario. [Internet]. Madrid; 2016 [citado 30 Agosto 2018]. Disponible en: <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20Contencion es-CBE.pdf>
19. Huang HC, Huang YT, Lin KC, Kuo YF. Risk factors associated with physical restraints in residential aged care facilities: a community-based epidemiological survey in Taiwan. PubMed [internet]. 2014 [citado 22 Abril 2019]; Vol. 70(3):130-143. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23734585>
20. Ramos C, López T, Maíllo P, Paz R. Sujeciones mecánicas y farmacológicas en servicios y centros geriátricos y gerontológicos. Elsevier [internet]. 2015 [citado 22 Julio 2018]; Vol. 50(1):35-38. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/playContent/1-s2.0-S0211139X14001991?returnurl=http:%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS0211139X14001991%3Fshowall%3Dtrue&referrer=http:%2F%2Furopepmc.org%2Fabstract%2FMED%2F25443785>
21. Belleger E, Ibrahim JE, Burgeja L, Kennedy B. Physical restraint deaths in a 13-year national cohort of nursing home residents. BGS [internet]. 2017 [citado 27 Marzo 2019]. Vol. 46(4):688-693. Disponible en: <https://academic.oup.com/ageing/article/46/4/688/2801280>



22. Fernández A, Zabala J. Restricción física: revisión y reflexión ética. Scielo. [internet]. 2014 [citado 27 Agosto 2018]. Vol. 25(2):63-67. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision2.pdf>
23. Fariña L, Estévez G, Polo ML, Hanzelíková P, Penelo E. Physical Restraint Use With Elderly Patients: Perceptions of Nurses and Nursing Assistants in Spanish Acute Care Hospitals. PubMed. [internet]. 2018 [citado 3 Julio 2018]. Vol. 67(1):55-59. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29240661>
24. Asamblea Constituyente del Ecuador. Constitución de la República del Ecuador (2008).
25. Lach HW , Leach KM , Carnicero HK . Evidence-Based Practice Guideline: Changing the Practice of Physical Restraint Use in Acute Care. PubMed. [internet]. 2016 [citado 1 Junio 2019]. Vol. 42(2):17-26. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26820185>
26. Möhler R, Meyer G. Development methods of guidelines and documents with recommendations on physical restraint reduction in nursing homes: a systematic review. PubMed [Internet]. 2015. [citado: 9 Abril 2019] Vol. 15(152). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4654891/>
27. Kuem L; et al. Factors Associated With the Trend of Physical and Chemical Restraint Use Among Long-Term Care Facility Residents in Hong Kong: Data From an 11-Year Observational Study. JAMDA [Internet]. 2017. [citado 1 Junio 2019]. Vol. 18(12):1043-1048. Disponible en: [https://www.jamda.com/article/S1525-8610\(17\)30361-4/fulltext](https://www.jamda.com/article/S1525-8610(17)30361-4/fulltext)
28. Wang, L; Zhu, X; Zeng, X; Xiong, P. Nurse´s knowledge, attitudes and practices related to physical restraint: a cross sectional study. Wiley Library. [Internet]. 2018. [citado 03 Julio 2019]. Vol.66 :122-129. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/inr.12470>
29. Pui-kin P, Cho Kwan RY, Liu JY, Lai C. Knowledge, Practice, and Attitude of Nursing Home Staff Toward the Use of Physical Restraint: Have They Changed Over Time? Sigma [Internet]. 2018. [citado: 3 Junio 2019] Vol. 50(5): 1-11. Disponible en: <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/jnu.12415>
30. Hamers JP. Review: nurses predominantly have negative feelings towards the use of physical restraints in geriatric care, though some still perceive a need in clinical practice. PubMed [Internet]. 2015. [citado: 3 Junio 2019] Vol. 18(2):64. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24997212>
31. Balci H, Arslan S. Nurses' Information, Attitude and Practices towards Use of Physical Restraint in Intensive Care Units. PubMed [Internet]. 2018. [citado: 4 Junio 2019] Vol. 7(2): 75-81. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6029653/>
32. Kalula SZ, Petros SG. Use of physical restraint in hospital patients: A descriptive study in a tertiary hospital in South Africa. PubMed [Internet]. 2016.



[citado: 4 Junio 2019] Vol. 39(1):1605. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6091560/>

33. Kaya, H; Dogu; O. Intensive Care Unit Nurses' Knowledge, Attitudes And Practices Related To Using Physical Restraints. International Journal of Caring Science [Revista de internet]. 2018; citado: [4 Junio 2019] Vol. 11(1):61-70. Disponible en: http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/8_dogu_original_11_1.pdf

34. Fatma, B; Fatmana, I. The Knowledge, Attitudes and Practices of Nurses in Relation to the Use of Physical Restraints. International Journal of Health Sciences. Revista de internet]. 2019; citado: [3 Julio 2019] Vol. 7(1):18-25. Disponible en: http://ijhsnet.com/journals/ijhs/Vol_7_No_1_March_2019/3.pdf

35. Abeer, E; Ragaa, G. Assessment of nurse's knowledge, attitudes, and practice regarding physical restraints among critical ill patients. National Journal of Advanced Research [Revista de internet]. 2018; citado: [4 Junio 2019] Vol 4.1 15-22 Disponible en: <http://www.allnationaljournal.com/download/135/4-1-14-562.pdf> . Vol 4.1 15-22

36. Gandi, S; Poreddi, V, et al. Indian nurses' Knowledge, Attitude and Practice towards use of physical restraints in psychiatric patients. Scielo. [internet].2018; citado: [4 Junio 2019] Vol 3.1 Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072018000100010

CAPÍTULO IX

9. ANEXOS

ANEXO N° 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad en años cumplidos.	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad. 20-39 años = Adulto Joven 40-64 años = Adulto ≥65 años = Adulto mayor	Tiempo	Años cumplidos	Ordinal Adulto joven Adulto medio Adulto mayor
Sexo	Conjunto de características orgánicas que	Anatómica	Formulario	Nominal 1. Hombre 2. Mujer



	diferencian a las personas en masculinos y femeninos.			
Profesión	Empleo u oficio que ejerce una persona y por el que recibe una retribución.	Función en la que se desempeña	Profesión que consta en el contrato	Nominal 1. Estudiante 2. Auxiliar de enfermería 3. Licenciada/o de Enfermería
Conocimientos	Información verídica acerca de las restricciones físicas.	Información adquirida	TEST	Ordinal 1. Altos 2. Intermedios 3. Bajos
Actitudes	Estado de ánimo que se adopta durante o después de la restricción física.	Actitud	TEST	Ordinal 1. Actitudes positivas 2. Actitudes negativas
Prácticas	Conjunto de comportamientos o decisiones que se realizan antes, durante y después de la restricción física.	Prácticas	TEST	Ordinal 1. Insatisfactorias 2. Satisfactorias 3. Muy satisfactorias

Anexo N°2: Consentimiento informado

UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE MEDICINA

Consentimiento informado

Proyecto: CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS ACERCA DE SUJECIONES FÍSICAS EN CUIDADORES DE LOS CENTROS GERIÁTRICOS DE LA CIUDAD DE CUENCA, DURANTE EL AÑO 2018.

NOSOTRAS: Lisseth Carolina Vasquez Cordero con C.I: 0105286991 y Melissa Adriana Vera Delgado con C.I: 1314070960, estudiantes del quinto año de medicina de la Universidad de Cuenca le invitamos a participar en el proyecto descrito anteriormente para la elaboración de tesis de pregrado.



-Objetivo: evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas acerca de sujeciones físicas en los cuidadores de los centros geriátricos de la ciudad de Cuenca.

Procedimiento a seguir: se procederá a recolectar los datos mediante un formulario de preguntas acerca de sujeciones físicas que valorarán los conocimientos, actitudes y prácticas de los participantes.

Beneficios: durante la investigación se reforzarán conocimientos, actitudes y prácticas sobre sujeciones físicas. Al finalizar la investigación esperamos que los resultados obtenidos nos permitan determinar el nivel de conocimientos en los cuidadores de los centros geriátricos sobre sujeciones físicas.

Riesgos: la investigación no conlleva peligro alguno para ninguno de los participantes.

Confidencialidad de los datos: la información obtenida en el estudio será estrictamente confidencial, sin posibilidad de conocer la identidad de la persona que respondió al formulario; esta información será manejada únicamente por las personas que trabajan en este estudio.

Derechos y opciones de los(as) participantes: usted está en su derecho de decidir si participar o no en el estudio. Si decide participar y durante el estudio desea retirarse, puede realizarlo libremente.

Consentimiento:

Entiendo que la información será confidencial y no será revelada mi identidad en ninguna circunstancia, así mismo; luego de ser informado del proyecto, entiendo que los datos obtenidos serán utilizados con fines científicos y educativos sin recibir ninguna remuneración de tipo económica ahora o en el futuro por este estudio.

Mi participación es libre y voluntaria teniendo la opción de negarme a participar o retirarme del estudio. Cualquier duda o información sobre el estudio puedo comunicarme abiertamente con las investigadoras:

Liseth Carolina Vasquez Cordero. Contac: 0984806638

Melissa Adriana Vera Delgado. Contac: 098977783

Agradecemos su contribución.

Nombres y Apellidos: _____



C.I: _____

Edad: _____ años

Centro Geriátrico N° _____

Firma del participante.

Anexo N°3: Formulario

Edad: _____ años cumplidos

Sexo: Hombre _____

Mujer _____

Profesión:

- Estudiante
- Auxiliar de Enfermería
- Licenciada de Enfermería

Conocimientos sobre sujeciones físicas

*Respuesta Correcta



1. La restricción física es una práctica protectora de la seguridad del paciente	SI*	NO
2. Las restricciones deben usarse cuando no se puede vigilar de cerca al paciente	SI*	NO
3. Los pacientes pueden negarse a la colocación de una restricción física	SI*	NO
4. Si se usan restricciones físicas (chaleco de seguridad, prenda de vestir, etc), un miembro de la familia del paciente debe firmar un formulario de consentimiento	SI*	NO
5. Las restricciones se deben liberar cada 2 h, si el paciente está despierto	SI*	NO
6. Las restricciones deben colocarse ajustadamente para que no haya espacio entre la restricción y la piel del paciente.	SI*	NO
7. Cuando se restringe a un paciente, puede haber un aumento en el daño de la piel (laceraciones, abrasiones)	SI*	NO
8. Cuando un paciente está restringido en la cama, la restricción no debe estar unida al barandal.	SI*	NO
9. Un paciente nunca debe ser retenido mientras está acostado en la cama debido al peligro de asfixia.	SI*	NO
10. No existen buenas alternativas a las restricciones.	SI	NO*
11. Las muertes se han relacionado con el uso de restricciones.	SI*	NO

Calificación: cada respuesta correcta es calificada con 1 punto, mientras que una respuesta incorrecta con 0 puntos, en caso de que una respuesta sea indecisa se incluye dentro de las incorrectas.

Respuestas	Calificación
Respuesta correcta	1 punto
Respuesta incorrecta	0 puntos

El rango de la puntuación final es de 0-11 puntos, con puntos de corte que determinan el nivel de conocimientos de la siguiente manera:

0-5 puntos	Conocimientos bajos	<50%
6-8 puntos	Conocimientos intermedios	50-75%
9-11 puntos	Conocimientos altos	>75%

Actitudes sobre el uso de restricciones físicas.

1. Considero que los miembros de la familia tienen derecho a rechazar el uso de restricciones.	Totalmente De acuerdo	De acuerdo	Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo
--	-----------------------	------------	------------	--------------------------



2. Si yo fuera el paciente, sentiría que debería tener el derecho de negarme o resistirme a que me impusieran restricciones.	Totalmente De acuerdo	De acuerdo	Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo
3. Me siento culpable de colocar restricciones a un paciente.	Totalmente De acuerdo	De acuerdo	Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo
4. Siento que la razón principal de que se usen restricciones es que el centro tiene poco personal.	Totalmente De acuerdo	De acuerdo	Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo
5. Me siento avergonzado cuando la familia entra a la habitación de un paciente que está restringido	Totalmente De acuerdo	De acuerdo	Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo
6. Me hace sentir mal si un paciente se molesta más después de aplicar las restricciones.	Totalmente De acuerdo	De acuerdo	Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo
7. Me hace sentir mal cuando los pacientes se vuelven más desorientados después de que se hayan aplicado las restricciones.	Totalmente De acuerdo	De acuerdo	Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo
8. Un paciente sufre una pérdida de dignidad cuando se colocan restricciones.	Totalmente De acuerdo	De acuerdo	Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo
9. Es importante aplicar restricciones para garantizar la protección legal para mí como cuidadora.	Totalmente De acuerdo	De acuerdo	Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo
10. Siento que colocar a un paciente en restricciones puede disminuir el tiempo de cuidado.	Totalmente De acuerdo	De acuerdo	Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo
11. Creo que las restricciones aumentan el riesgo de estrangulación.	Totalmente De acuerdo	De acuerdo	Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo
12. Creo que las restricciones conducen a una reducción en el número de pacientes que caen.	Totalmente De acuerdo	De acuerdo	Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo

Calificación: en una escala de 1-4 puntos se valora respectivamente las siguientes respuestas "totalmente en desacuerdo", "en desacuerdo", "de acuerdo", o "totalmente de acuerdo".

Respuestas	Calificación
Totalmente en desacuerdo	1 punto



Desacuerdo	2 puntos
De acuerdo	3 puntos
Totalmente de acuerdo	4 puntos

Los ítems 4, 9,10 y 12 tendrán una calificación inversa a la mencionada previamente.

El rango de la puntuación final es de 12-48 puntos, los mismos que reflejaran actitudes positivas o negativas, mediante los siguientes puntos de cortes:

12-33 puntos	Actitudes Negativas
34-48 puntos	Actitudes Positivas

Prácticas sobre el uso de restricciones físicas.

1. Intento medidas de enfermería alternativas antes de restringir al paciente.	Siempre	A veces	Nunca
2. Cuando restrinjo a un paciente, tomo esta decisión solo con una orden del médico.	Siempre	A veces	Nunca
3. Cuando siento que el paciente no necesita ser restringido, hago esta sugerencia al doctor.	Siempre	A veces	Nunca
4. Respondo ante la llamada del paciente que está restringido tan pronto como sea posible.	Siempre	A veces	Nunca
5. Reviso las restricciones al menos cada 2 h para asegurarme de que estén en la posición correcta.	Siempre	A veces	Nunca
6. Si baño a un paciente que está restringido, inspecciono la piel en busca de abrasiones o rasgaduras.	Siempre	A veces	Nunca
7. Les comunico a los miembros de la familia por qué el paciente está siendo restringido.	Siempre	A veces	Nunca
8. Explico al paciente por qué se aplica la restricción	Siempre	A veces	Nunca
9. Le digo al paciente cuándo se eliminarán las restricciones.	Siempre	A veces	Nunca



10. Más pacientes son restringidos cuando nos falta personal que cuando tenemos personal completo	Siempre	A veces	Nunca
11. En nuestro centro, los miembros del personal trabajan juntos para descubrir formas de controlar el comportamiento de los pacientes, que no sea mediante el uso de restricciones físicas.	Siempre	A veces	Nunca
12. Frecuentemente evalúo si la restricción debe ser eliminada.	Siempre	A veces	Nunca
13. Cuando se aplican restricciones físicas, registro en el Kardex (historia clínica) el tipo de restricción utilizada, la razón para adoptarlo, el momento en que comenzó la solicitud y los cuidados de enfermería necesarios.	Siempre	A veces	Nunca
14. Con frecuencia evalúo y registro el efecto de la restricción física cuando se aplica a un paciente	Siempre	A veces	Nunca

Calificación: con una escala de 3-1 puntos se valora respectivamente si "siempre", "a veces" o "nunca" realizaban ciertas prácticas. La mayoría de los ítems reflejan prácticas más favorables con puntajes de 3 para "siempre" a 1 para "nunca". Sin embargo, el ítem 10 al ser negativo, su calificación es inversa (1 punto para "siempre", 2 puntos para "a veces" y 3 para "nunca").

Respuestas	Calificación
Nunca	1 punto
A veces	2 puntos
Siempre	3 puntos

Una puntuación de 14 indica la práctica más indeseable y un puntaje de 42 indica la mejor práctica en uso de sujeciones físicas.

14 - 27 puntos	Prácticas insatisfactorias
28-34 puntos	Prácticas satisfactorias
35-42 puntos	Prácticas muy satisfactorias