



Universitat
de les Illes Balears

**La cultura de la contención física en el paciente geriátrico:
perspectiva de los profesionales de centros
socio-sanitarios en Mallorca.**

ALBA LORETO CARRERO PLANELLS

Memoria del Trabajo de Fin de Máster

Máster Universitario en Salud y Calidad de Vida
de la

UNIVERSITAT DE LES ILLES BALEARS

Curso Académico 2017-2018

Junio 2018

Tutor del Trabajo: Cristina Moreno Mulet

ÍNDICE

Resumen y palabras clave	4
1. Reflexividad y posicionalidad	5
2. Contextualización	9
2.1. El envejecimiento poblacional	9
2.2. Las restricciones físicas	9
2.3. Efectos y consecuencias del uso de las contenciones	12
2.4. Modelos emergentes frente al uso de las contenciones de cuidado sin sujeciones	15
3. Búsqueda bibliográfica	17
3.1. La estrategia de búsqueda	17
3.2. Los resultados obtenidos	19
4. Revisión de la literatura	20
4.1. Cultura de la contención física: perspectiva de los usuarios	20
4.2. Cultura de la contención física: perspectiva de los profesionales sanitarios	23
4.3. Cultura de la contención física: los aspectos institucionales	31
4.4. ¿Son las contenciones una práctica basada en la evidencia?	32
5. Marco teórico	36
5.1. El Paradigma Crítico Social	36
5.2. La perspectiva teórica: Bourdieu y Foucault	37
5.2.1. Pierre Bourdieu	38
5.2.2. Michel Foucault	41
6. Justificación	52
6.1. Pregunta y objetivos de la investigación	53
7. Metodología	54
7.1. Diseño de la investigación	54
7.2. Ámbito del estudio y perfil de los participantes	55
7.3. Técnicas de recogida de datos	57
7.4. Aspectos éticos	61
7.5. Análisis de los datos	62
7.6. Limitaciones del estudio	64
8. Viabilidad del estudio	66
9. Implicaciones y transferencia de la investigación	67
Bibliografía	69
Anexos	75
Anexo 1: Resultados de la estrategia de búsqueda bibliográfica	75
Anexo 2: Resultados de la búsqueda bibliográfica	78
Anexo 3: Beneficios para la salud de la persona cuidada de la retirada de la contención física	83
Anexo 4: Correo electrónico para reclutamiento de centros	84
Anexo 5: Hoja de información al participante	85
Anexo 6: Documento de consentimiento informado	87
Anexo 7: Cronograma de recogida y análisis de datos	88
Anexo 8: Guion de las entrevistas semiestructuradas de los grupos de discusión	89
Anexo 9: relación entre la recogida y el análisis de datos	90

ÍNDICE DE SIGLAS

CSIC: Consejo Superior de Investigaciones Científicas

EEUU: Estados Unidos

SEGG: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología

RESUMEN

El envejecimiento poblacional es una realidad en nuestro entorno y está asociado a un aumento de la dependencia, deterioro cognitivo y funcional, para cuyo manejo, a menudo, se recurre a sistemas de contención física. Sin embargo, su uso es muy cuestionado en la actualidad debido a la escasa evidencia que apoye su eficacia como mecanismo de seguridad, las complicaciones tanto físicas como psicológicas y la pérdida de dignidad que supone para el paciente.

La bibliografía muestra que no sólo los factores relacionados con los pacientes determinan el uso de las restricciones mecánicas, sino que intervienen las características de los profesionales, del entorno y los aspectos legales.

En base a todo esto, se plantea como pregunta del estudio ¿Cuál es la cultura de la contención física del paciente geriátrico entre los profesionales de la salud (médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería¹) de instituciones sociosanitarias en Mallorca? De esta forma se pretende explorar los conocimientos, las actitudes y las prácticas de los profesionales respecto a su uso e identificar las similitudes y diferencias según su disciplina.

Para explorar este fenómeno se propone una investigación cualitativa de enfoque etnometodológico que se encuadra en el paradigma crítico social. Concretamente, el marco teórico se basa en los conceptos de Bourdieu para la aproximación a la estructura general de las instituciones y los de Foucault para analizar las prácticas concretas.

Como técnica primaria de recogida de datos se recurrirá a los grupos de discusión en la que participarán médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería de los centros sociosanitarios de Mallorca y se complementarán con entrevistas individuales. El muestreo será de carácter teórico-intencional.

Para asegurar la validez y el rigor metodológico se ha llevado a cabo un proceso de reflexividad y se buscará la saturación de los datos y estos se triangularán.

PALABRAS CLAVE:

Restricción física, conocimientos, actitudes, prácticas, profesionales sanitarios, atención sociosanitaria, investigación cualitativa.

¹ Se ha elegido estas formas para identificar a los colectivos varones y mujeres de ambas profesionales. Ésta corresponde al género mayoritario en el colectivo profesional.

1. REFLEXIVIDAD Y POSICIONALIDAD

Según Bover (2013), la reflexividad y la posicionalidad proporcionan estrategias de rigor a la metodología cualitativa. Por reflexividad se entiende la toma de conciencia de la subjetividad del investigador y su impacto en el desarrollo de la investigación. Ésta explicita las experiencias que han tenido los investigadores, así como los factores sociales, culturales y políticos que les han influido como individuos, y cómo estas circunstancias contribuyen a los sesgos y asunciones en la propuesta de investigación, así como también su influencia en el análisis, interpretación y difusión de los resultados. La reflexividad en sí misma es una forma de explicitar cierta posición ontológica y epistemológica del investigador.

Por tanto, como un paso previo a la realización de este estudio, he llevado a cabo un proceso de reflexividad y posicionalidad, donde me sitúo como investigadora principal, siguiendo las estrategias de Bover (2013).

Para empezar, he reflexionado sobre cuáles han sido mis vivencias con el fenómeno de estudio, a nivel personal, profesional y como ciudadana.

A nivel personal, nunca he vivido la contención de ningún familiar. Mis familiares mayores fallecieron en su mayoría cuando yo era pequeña. Con el que más he vivido es mi abuelo materno, que pasó sus últimos años en su domicilio, recibiendo los cuidados (en la mayoría de los casos precisando únicamente supervisión o ayuda mínima) de sus hijos. Mi abuelo no presentó deterioro cognitivo, ni de la movilidad, ni alteraciones de la conducta, por lo que nunca se tuvo que valorar la contención física.

A nivel profesional, trabajo en el Hospital Sant Joan de Déu de Palma, se trata de un hospital sociosanitario que se encuentra en un proceso de retirada de las contenciones. En este contexto, actualmente, trabajo atendiendo a personas con deterioro físico y/o cognitivo a las que contenemos ante diferentes situaciones, aunque de forma cada vez menos habitual. Pese a mi corta experiencia profesional, he vivido un cambio en la concepción de las restricciones y un replanteamiento de su uso. Sin embargo, cuando éstas son utilizadas, se hace desde un punto de vista paternalista, priorizando la seguridad del paciente y sin una reflexión sobre el impacto en los derechos y la dignidad de la persona contenida.

Como ciudadana, creo que la sociedad, por lo general, entiende las contenciones como un elemento protector y necesario, sin plantearse los problemas éticos que su uso conlleva. En numerosas ocasiones, son los familiares quienes solicitan la contención o, incluso, algunos pacientes sin deterioro cognitivo (por ejemplo, dejando las barreras en cama) con una intención protectora.

Para continuar, paso a hacer un análisis de los aspectos de mi reflexividad que pueden influir en el estudio. En primer lugar, abordaré las creencias y los valores de la sociedad respecto al uso de las contenciones en el paciente geriátrico. Sobre este fenómeno destaca el valor otorgado a la seguridad. Es decir, socialmente se prioriza el que la persona mayor se encuentre en un ambiente seguro en el que se minimice al máximo de todos los posibles riesgos. Así pues, las sujeciones físicas reciben una gran aceptación, ya que son entendidas como mecanismos destinados a garantizar dicha seguridad.

Creo que cuando las familias institucionalizan a una persona mayor, entienden que el centro es el responsable de lo que le ocurra a su ser querido y exigen que éste no presente ningún tipo de incidencia, pudiendo entender una caída como negligencia. En este sentido, las caídas son interpretadas como un fallo del sistema en la seguridad, un error que podría haberse evitado, por ejemplo, utilizando las sujeciones. Esto responde al modelo biomédico en el que nos encontramos, en el que socialmente es peor visto que un paciente se caiga a que se atente contra su dignidad. Es más, creo que ni siquiera se concibe que dispositivos como las contenciones sean éticamente dañinos.

En segundo lugar, he reflexionado sobre mis creencias y experiencias en cuanto al uso de las contenciones. Al inicio de mi experiencia profesional, las entendía como un elemento protector, destinado a garantizar la seguridad de mis pacientes. Esta opinión era compartida por mis compañeros, pues existía unanimidad al pensar que éstas son dispositivos necesarios en la atención de pacientes geriátricos con deterioro físico y/o cognitivo. Incluso, cuando un paciente sufría una caída, lo primero que nos preguntábamos es si el paciente (si es que procedía) estaba contenido, entendiendo que si no lo estaba se había producido un fallo por parte del profesional responsable de ponerla. En consecuencia, utilizábamos las restricciones como un mecanismo protector, casi de forma rutinaria, sobre todo cuando identificábamos que un paciente tenía un riesgo importante de caídas y no era posible su supervisión o acompañamiento. En definitiva, las contenciones eran bien vistas por parte del equipo y yo las utilizaba con frecuencia sin plantearme que su uso podía tener aspectos negativos.

Sin embargo, mi actitud respecto a las contenciones cambia a partir de una conferencia de Ana Urrutia, promotora de un modelo de cuidados libre de sujeciones. El hospital donde trabajo, en el marco del proceso de cambio, ha organizado varias charlas y cursos con la Dra. Urrutia. Su discurso me hizo replantearme las contenciones, más que como un elemento de protección, como un dispositivo que atenta a la integridad de los pacientes. Además, me mostró evidencia que dilapidaba la idea de que las restricciones protegen al paciente, pues éstas no sólo se ha demostrado no reducen el número de caídas, sino que además las consecuencias de éstas son peores. Me mostró también la posibilidad de utilizar alternativas, que ni siquiera me había planteado. Esto me hizo replantearme el uso de estos dispositivos, de forma menos rutinaria y buscando alternativas a su uso, lo que no siempre ha sido fácil o posible. Tras esta conferencia, las prácticas respecto al uso de las contenciones se han modificado en el Hospital de forma generalizada. Su uso se ha reducido y se intenta evitar, aumentando la supervisión de los pacientes u organizando los cuidados. Por ejemplo, esperando a sedestar a un paciente a que llegue su familia para evitar contenerlo, aunque en cama esté con las barreras puestas, ya que éstas son mejor vistas.

Ahora mismo, me encuentro ante una situación ambigua. Una parte de mí siente que en determinados momentos necesitamos las contenciones. Ante la falta de alternativas y la imposibilidad de supervisar continuamente a nuestros pacientes, la restricción acaba siendo muchas veces la 'única opción'. Sin embargo, entiendo que las contenciones son dispositivos éticamente inaceptables y que deberían ser evitados, por lo que su uso me produce disconfort. En consecuencia, las contenciones no se han erradicado de mi día a día profesional. Además, al trabajar en equipo interdisciplinar, su uso no depende únicamente de una decisión personal, sino que es necesario seguir las pautas acordadas en equipo (lo que no quiere decir que las enfermeras nos opongamos explícitamente a su uso). En muchas ocasiones acaba siendo inevitable iniciarlas y mantener su uso, pues no basta con retirarlas, sino que hay que establecer mecanismos para suplirlas y estos no siempre están disponibles o son factibles.

Creo que actualmente, el equipo con el que trabajo está en un momento de transición, en el que no nos oponemos directamente al uso de las contenciones, ni discutimos abiertamente su uso, pero sí son notables pequeños cambios en nuestras prácticas encaminados a reducir su uso. A nivel institucional, el hospital en el que trabajo está desempeñando un esfuerzo para reducir el uso de las contenciones, en este sentido, se ha organizado un grupo de trabajo con el asesoramiento de Ana Urrutia que evalúa cómo es esto posible con los recursos disponibles.

Con todo ello, la motivación que me ha llevado a realizar este estudio es entender cuál es la cultura de las contenciones de los profesionales sanitarios, pues entiendo que es imprescindible comprenderla para que su retirada sea una realidad. La idea de estudiar el fenómeno de la cultura de las contenciones aparece tras la lectura de artículos en los que se analizaba el impacto de las intervenciones de retirada de las contenciones. La evidencia refleja la ineficacia de las contenciones físicas, sin embargo, éstas siguen presentes en los centros sanitarios. Los artículos revisados identifican a los profesionales de enfermería como elementos clave en su uso y, a su vez, como barreras para su retirada. Es por eso que entiendo es necesario explorar qué piensan los profesionales sobre las contenciones, qué saben sobre ellas, cómo las utilizan... en definitiva, estudiar su 'cultura de las contenciones'. Mi intención es pues, dar visibilidad a los profesionales sanitarios en el proceso de uso y retirada de las sujeciones, identificando las diferencias y similitudes según la disciplina. De esta forma, se podrá integrar este conocimiento en los proyectos que aborden la retirada de las sujeciones en la práctica asistencial.

Asimismo, he reflexionado sobre las cuestiones referentes a mi posición que pueden influir en el proceso investigador. Mi idea sobre las contenciones como elementos que pueden y deberían ser evitados por principios éticos puede influir en mi investigación, en cuanto al enfoque de los objetivos, las preguntas y el análisis de los datos. Además, mi falta de experiencia en el rol investigador puede influir en todo el proceso de la investigación. Paralelamente, esta investigación puede influir en mi futura práctica profesional, aumentando mi mirada crítica respecto a estos dispositivos, usándolos de forma más selectiva y tratando de evitarlos lo máximo posible.

Por último, mi posición de enfermera en una unidad de pacientes con deterioro físico y/o cognitivo que podrían ser candidatos a utilizar contenciones, me lleva a no poder tener como participantes de mi estudio a mis compañeros de unidad. Asimismo, al estar el centro en el que yo trabajo en un proceso de transformación respecto al uso de las sujeciones, me hace dudar sobre si los profesionales del hospital donde trabajo podrían ilustrar la cultura de las contenciones mayoritaria en los centros sociosanitarios de las islas. Tras un proceso de reflexión que se explicará más adelante, he considerado que mis compañeros de unidad y centro pueden aportar algunas ideas emergentes respecto al uso de las sujeciones.

Para finalizar, he analizado mis posiciones respecto a los participantes. La posicionalidad es el ejercicio práctico un ejercicio reflexivo práctico que sitúa y describe socialmente al investigador y posibles participantes en el contexto de estudio. Es explicada por factores que determinan poder y estatus desde donde el investigador quiere conocer las experiencias de otros que quizás ocupen otra posición (Bover, 2013).

He reflexionado respecto a los determinantes sociales de los participantes y los míos propios. Al ser mujer y enfermera, no hay prácticamente diferencias entre las enfermeras y yo, yo formo parte del grupo investigado. Las únicas diferencias que preveo están relacionadas con las características del entorno laboral en el que trabajo y la formación recibida sobre el uso de las sujeciones.

Sin embargo, es posible que sí haya diferencias con los grupos profesionales tradicionalmente considerados superiores o inferiores. Por un lado, respecto a las auxiliares, podría ejercer una relación de poder al ser yo enfermera y tener así una formación mayor y un estatus socialmente más reconocido, además de la subordinación tradicional de las auxiliares respecto de las enfermeras. Esta relación de poder podría ser compensada por mi edad (27 años) y mi corta experiencia (5 años). Por otro lado, mi posición frente al colectivo médico podría ser de inferioridad debido a las atribuciones sociales a ambas profesiones. Por lo que, frente a los médicos difícilmente se va a establecer una relación de poder que pueda influir a que se expresen libremente.

2. CONTEXTUALIZACIÓN

2.1. El envejecimiento poblacional

El envejecimiento poblacional es una realidad en nuestro entorno. En 2015, en España se contabilizaron más de 8 millones y medio de personas mayores de 65 años, lo que supone el 18.4% de la población (Abellán García, Ayala García, & Pujol Rodríguez, 2017; Urrutia Beaskoa & Ávila Balcno, 2017). Según las proyecciones del CSIC, en 2061 habrá más de 16 millones de personas que superen los 65 años, suponiendo el 38.7% de la población, acompañado de un mayor aumento en la proporción de octogenarios (Abellán García et al., 2017).

Este sobre-envejecimiento de la población se asocia a un aumento de personas mayores dependientes que deben ser atendidos (Wazen Hervás, 2012). Este progresivo envejecimiento, acompañado de las dificultades que tienen las familias para cuidar de sus mayores en casas, ha provocado el crecimiento del número de centros que proporcionan cuidados residenciales a personas mayores (Estévez, 2017). En España hay más de 5.000 residencias, en la mayoría de ellas se atiende a personas mayores con pluripatología asociada a un importante deterioro funcional y cognitivo (Emilio Fariña, Estévez-Guerra, Núñez González, Pérez Hernández, & Gandoy Crego, 2013). Muchas presentan cuadros de desorientación, agitación, vagabundeo, alteraciones posturales o riesgo de caídas, pudiendo ser además portadoras de dispositivos sanitarios que a veces manipulan de forma constante. Para manejar estos numerosos problemas asistenciales y de seguridad, los profesionales utilizan en ocasiones mecanismos de restricción física (Emilio Fariña et al., 2013; Fernández Rodríguez & Zabala Blanco, 2014; Karagozoglu, Ozden, & Yildiz, 2013; Øye, Jacobsen, & Mekki, 2017; Wazen Hervás, 2012).

2.2. Las restricciones físicas

Las restricciones físicas son “cualquier dispositivo físico o mecánico, material o equipo unido o adyacente al cuerpo del residente, que éste no es capaz de retirar con facilidad y que limita su libertad de movimiento o el acceso normal a su cuerpo” (Elsden De Digon et al., 2003; Estévez, 2017; Emilio Fariña, Estévez-Guerra, González, Fernández, & Santana, 2008; Emilio Fariña et al., 2013; Galán Cabello et al., 2008; González-Expósito et al., 2017; Martínez & Gómez, 2017; Urrutia Beascoa, 2015; Wazen Hervás, 2012). Esta definición enfatiza la intencionalidad de la restricción, es decir, el profesional busca de forma deliberada reducir la movilidad del paciente o residente (Estévez, 2017). Los términos sujeción, contención y restricción se usan indistintamente para denominar el mismo concepto (Aristin Ortega, Fernández Corral, Lavín Meruelo, Lebrero Martínez, & Martín Gutiérrez, 2017).

Los procedimientos más habituales de contención física son las restricciones de tronco y miembros o dispositivos como barras laterales en cama, barandillas, sillas limitadoras de movilidad o sábanas inmovilizadoras (Estévez, 2017; Emilio Fariña et al., 2013; Galán Cabello et al., 2008; González-Expósito et al., 2017; M. J. Gulpers, Bleijlevens, Van Rossum, Capezuti, & Hamers, 2010; Hamers et al., 2009; Øye et al., 2017; Saarnio & Isola, 2010; Urrutia Beascoa, 2015; Wazen Hervás, 2012).

Las sujeciones han sido consideradas como elementos necesarios e incluso terapéuticos en el cuidado de muchos grupos de pacientes (Emilio Fariña & Estévez-Guerra, 2011; Urrutia Beascoa,

2015). Las primeras referencias al uso de la restricción física las encontramos en texto de la Grecia Clásica como el Corpus Hippocraticum. Éste mencionaba diversas terapias que incluían la contención mediante cadenas de aquellos que podían representar un peligro para sí mismos o para los demás (Emilio Fariña & Estévez-Guerra, 2011). Históricamente, la sujeción surge como medida de control y de seguridad, tanto para el paciente como para su cuidador, frente a la conducta problemática de los pacientes psiquiátricos (Emilio Fariña & Estévez-Guerra, 2011; Emilio Fariña & Estévez, 2011; Urrutia Beascoa, 2015). Con el envejecimiento poblacional y el aumento de la prevalencia de pacientes mayores con enfermedades crónicas, dependencia y sobretodo demencia, la prevalencia del uso de las sujeciones se dispara en el anciano. Este aumento es notable sobretodo en el paciente geriátrico demente, con trastornos de comportamiento y/o peligro de caída y receptor de cuidados de larga duración (Urrutia Beascoa, 2015).

En estos pacientes psicogerítricos o con alto riesgo de caídas, la sujeción se caracteriza por ser habitual y diaria (Urrutia Beascoa, 2015). Son numerosos los factores que pueden condicionar la utilización de restricciones físicas en personas mayores. Entre ellos se encuentran el nivel de deterioro de los usuarios, la formación y los ratios de personal, las presiones de las familias, cuestiones arquitectónicas y aspectos legales, entre otros (Emilio Fariña, Estévez-Guerra, Núñez González, Calvo Francés, & Penelo, 2016). Entre los factores internos predictores de su uso aparecen la edad, la movilidad deficiente, la alta dependencia o el deterioro cognitivo (Elsden De Digon et al., 2003; M. J. M. Gulpers et al., 2012). La percepción que tengan los profesionales acerca de este procedimiento también va a actuar como un factor que condicionará su aplicación en ambos sentidos.

2.2.1. La prevalencia de uso de las contenciones

En la actualidad, el uso de las restricciones es un problema común y conocido en entornos tanto agudos como crónicos o residenciales (Scheepmans, Dierckx de Casterlé, Paquay, Van Gansbeke, & Milisen, 2017). Las prevalencias de uso oscilan entre el 15-66% en residencias, y el 8-68% en hospitales (González-Expósito et al., 2017). Sin embargo, la prevalencia global resulta difícil de estimar y su gran variación puede ser explicada por el uso de diferentes definiciones de restricciones físicas, los diferentes métodos de recogida de los datos, la legislación o la cultura en las instituciones (M. J. M. Gulpers et al., 2012; Haut, Kolbe, Strupeit, Mayer, & Meyer, 2010).

España se encuentra a la cabeza en el uso de sujeciones físicas por encima de otros países como Italia, Francia o EEUU (Aristin Ortega et al., 2017). En un estudio realizado en residencias de nuestro país, se concluyó que la prevalencia de residentes con al menos una contención es del 84.9%, con una variabilidad entre centros desde el 70.3 al 96.6% (Estévez et al., 2017). En un estudio transversal realizado en la comunidad de Madrid por Galán (2008), concluyeron que el 8,4% de los residentes eran sometidos a algún tipo de medida de sujeción. Este porcentaje aumenta hasta el 20,8% si la utilización de la doble barandilla en cama es considerada como sujeción.

El proyecto “Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer” investigó 63 residencias observando que en los centros en los que más del 80% de los residentes sufrían demencia, la prevalencia era del 48,2% (sin incluir barreras laterales) frente a los centros en los que menos del 20% de los residentes sufrían demencia, que era del 9,8%. Por todo ello se concluyó que el deterioro cognitivo incrementa el uso de sujeciones (Aristin Ortega et al., 2017; Elsden De Digon et al., 2003; Wazen Hervás, 2012). Otras de las características del residente que se asocian con el uso

de restricciones físicas son la movilidad reducida, la disminución de la capacidad funcional, la elevada dependencia, problemas conductuales, historial de caídas o identificación de alto riesgo de caídas (Aristin Ortega et al., 2017; Estévez, 2017; Øye et al., 2017; Scheepmans et al., 2017).

El perfil de persona residente al que se aplica contención física es el de mujer anciana, desorientada, con tendencia a la deambulación, diagnosticada de demencia, dependiente para las actividades de la vida diaria, con doble incontinencia, en tratamiento con neurolépticos, que mantiene cierta actividad social y con historia de caídas previas durante los últimos seis meses (Urrutia Beascoa, 2015).

Según Galán (2008), el 63,4% de las sujeciones empleadas eran barandillas en cama; los mecanismos de restricción de tronco se utilizaban en el 17,8% de los casos, la restricción de miembros en el 3% y las sillas de sujeción en el 15,9%. Analizando el número de sistemas de sujeción usados para cada residente, se observa que en la mayoría (62,6%) de ellos se utiliza sólo un dispositivo, frente a un 23,4% de los casos en los que se utilizaban dos sistemas, en el 13,2% tres sistemas y en el 0,9% del total se utilizaban 4 medidas de restricción. En este estudio destacan la gran utilización de sujeciones físicas de forma permanente (71,4%), lo que refleja la tendencia a la utilización de las sujeciones de forma indefinida sin reevaluaciones. Otro dato revelador es la proporción de residentes sometidos a dispositivos de sujeción mecánica (3,9%) sin tener ningún tipo de deterioro cognitivo ni dependencia para las actividades de la vida diaria. Este hecho se complementa con que el 22,4% de las barandillas se utilizan con residentes sin ningún tipo de deterioro cognitivo.

En contraposición, los expertos entienden que, para conseguir una atención de calidad, esta prevalencia debería ser entre el 0-5%, por las graves complicaciones asociadas a su uso (M. J. M. Gulpers et al., 2012).

2.2.2. El uso de las contenciones

La Fundación Cuidados Dignos (2012) recoge una serie de situaciones para las que está indicado el uso de las contenciones físicas, éstas son las siguientes:

- Situaciones o conductas que representen una amenaza para la integridad física de la persona cuidada (p.ej.: prevención de autolesiones),
- Situaciones o conductas que representen una amenaza para la integridad física de otras personas (como en cuadros psicóticos agresivos para la prevención de lesiones que conviven con la persona cuidada),
- Protección de programas terapéuticos del paciente (para evitar el arranque de catéteres, por ejemplo),
- Necesidad de reposo (como puede ser con un paciente no colaborador con fractura).

Asimismo, informan de motivos para los que está contraindicado su uso:

- Como castigo ante una trasgresión o como demostración de fuerza hacia la persona cuidada.
- Por conveniencia o comodidad de las personas que le cuidan o con las que convive, como sustitutivo de vigilancia.
- Por desconocimiento del estado general de salud de la persona usuaria.
- Para evitar caídas.

- Para el manejo de trastornos disruptivos.

La Sociedad Española Geriátrica y Gerontológica (SEGG) defiende que la única razón legítima para usar restricciones debería ser la terapéutica: garantizar la seguridad, mejorar el bienestar y asegurar la aplicación sin riesgo de otros procedimientos. Sin embargo, no hay evidencias que avalen la consecución de estos objetivos mediante las restricciones mecánicas, en cambio, existen estudios que ponen de manifiesto las consecuencias negativas de tal procedimiento (Elsden De Digon et al., 2003).

En la práctica, en la mayoría de los casos, las contenciones son utilizados como dispositivos de seguridad (Estévez, 2017; González-Expósito et al., 2017; Hamers et al., 2009). Los motivos por los que los profesionales justifican el uso de sujeciones son: evitar caídas, controlar cuadros de agitación o el vagabundeo, evitar la manipulación de dispositivos, compensar el déficit de personal, controlar el comportamiento, mantener la posición corporal, facilitar la administración de medicación o la solicitud de sujeción por parte de las familias (Estévez, 2017; E Fariña, 2012; Emilio Fariña et al., 2013; Galán Cabello et al., 2008; Goethals, Dierckx de Casterlé, & Gastmans, 2012; M. J. Gulpers et al., 2010; Möhler et al., 2011; Muñiz et al., 2016; Øye et al., 2017; Saarnio & Isola, 2010; Urrutia Beascoa, 2015). Sin embargo, en muchas ocasiones, la indicación de este tipo de medidas está más relacionada con el logro de metas organizacionales de los centros (cumplimiento de horarios), mantenimiento de entornos sociales cómodos (evitar que los residentes molesten), aliviar problemas de escasez o de formación del personal asistencial, así como enmendar defectos en el diseño de los espacios físicos dedicados a la atención de estos grupos de personas mayores (Galán Cabello et al., 2008; Øye et al., 2017).

Como vemos pues, aunque el uso de la restricción física no se asocia con una disminución de las caídas ni está indicado para ello, estos dispositivos continúan utilizándose principalmente con la intención de prevenirlas (M. J. M. Gulpers et al., 2011; Urrutia Beascoa, 2015).

2.3. Efectos y consecuencias del uso de las contenciones

2.3.1. Efectos físicos y psicológicos de las contenciones sobre el paciente

A pesar de su finalidad protectora, el uso de las restricciones es cuestionado debido a sus posibles efectos o secuelas sobre los ancianos.

En cuanto al efecto de estos dispositivos en la seguridad del paciente, está documentado que el uso de sujeción se relaciona con graves efectos adversos que suceden cuando las personas quedan atrapadas por los dispositivos en una posición que genera un riesgo de asfixia y que está también asociado con la muerte súbita de pacientes, debido al estrés que produce, y con lesiones por caídas (E Fariña, 2011).

Además, está demostrado que las restricciones físicas producen perjuicios sobre la salud física, psicológica y social de los pacientes que son recogidos en la siguiente tabla (Aristin Ortega et al., 2017; Estévez et al., 2017; E Fariña, 2011; Emilio Fariña et al., 2016; Galán Cabello et al., 2008; Goethals et al., 2012; M. J. Gulpers et al., 2010; M. J. M. Gulpers et al., 2011; Haut et al., 2010; Karagozoglu et al., 2013; Øye et al., 2017; Saarnio & Isola, 2010; Scheepmans et al., 2017; Urrutia Beascoa, 2015; Wazen Hervás, 2012).

Efectos físicos	Efectos psicológicos
<ul style="list-style-type: none"> Úlceras por Presión Infecciones Incontinencias (urinaria y fecal) Disminución del apetito Deshidratación Estreñimiento Pérdida del tono muscular Atrofia muscular y debilidad Riesgo de asfixia Muerte súbita por el estrés que produce Lesiones por caídas 	<ul style="list-style-type: none"> Aislamiento Social Miedo / Pánico Ira Retiro/ Apatía Depresión Agresividad

En casos aislados, la sujeción puede mejorar la capacidad funcional de un residente si el uso de dicha medida sirve de apoyo y es limitado en el tiempo, contribuyendo a la ejecución autónoma por parte del residente de alguna actividad. Por ejemplo, el cinturón de la silla de ruedas soporta el tronco mientras el residente empuja las ruedas (Wazen Hervás, 2012).

2.3.2. Los conflictos éticos derivados del uso de las contenciones físicas

La contención se cuestiona mucho en la actualidad por varias razones. A las complicaciones físicas y psicológicas que acabamos de ver y la escasa evidencia sostenga su uso en la prevención de caídas, hay que añadir la pérdida de la dignidad que supone para el paciente (Emilio Fariña et al., 2008; González-Expósito et al., 2017).

En términos generales, este tipo de procedimientos plantea problemas a todos los afectados directa o indirectamente. El profesional siente que está coartando la libertad del paciente, el paciente se siente humillado y sus familiares creen que están recibiendo un maltrato tanto físico como psicológico (Fernández Rodríguez & Zabala Blanco, 2014).

El uso regular de las contenciones es entendido como un indicador implícito o explícito de baja calidad de cuidados (Muñiz et al., 2016). Asimismo, es considerado como una forma clara de maltrato físico y psicológico a los mayores, que lleva a una práctica deshumanizada (Elsden De Digon et al., 2003; Wazen Hervás, 2012). Los malos tratos físicos pueden “ser actos únicos o repetidos, o situaciones prolongadas. Estas últimas incluyen cualquier restricción o confinamiento inapropiados que provoquen dolor o lesiones corporales” (Wazen Hervás, 2012). La SEGG entiende la utilización de restricciones físicas en personas mayores como un atentado contra las bases fundamentales del cuidado, radicadas en el mantenimiento del mayor grado de autonomía e independencia de la persona cuidada en cualquier entorno (Elsden De Digon et al., 2003).

Desde un punto de vista ético, la contención física es una medida de urgencia que debe utilizarse como último recurso, después de que hayan fracasado el resto de medidas alternativas (Astigarraga Suárez, Aristín Ortega, Fernández Rivera, & García Aja, 2012). En cualquier caso, siempre que esté justificada la aplicación de una contención deberán respetarse los principios éticos básicos planteados en el Informe Belmont (1978) de autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia, dado que las medidas de contención pueden vulnerar algunos de los derechos fundamentales de la persona, como son el derecho a la libertad y a la dignidad (Astigarraga Suárez et al., 2012).

Los documentos que deben ser tenidos en cuenta para la no vulneración de los derechos de los pacientes sometidos a restricción física son (Fernández Rodríguez & Zabala Blanco, 2014):

- Declaración Universal de los Derechos Humanos, de 1948: derecho a la vida, libertad y seguridad.
- Constitución Española, de 1978: derecho a la libertad y a la seguridad.
- Ley 1/2000, de enjuiciamiento civil: regula el internamiento no voluntario.
- Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica: regula el derecho a la información sanitaria y al consentimiento informado.
- Algunas comunidades autónomas cuentan con regulación específica, por ejemplo, la Ley de Cantabria 2/2007 de Derechos y Servicios Sociales, que hace referencia al “derecho a no ser sometido a ningún tipo de restricción física o intelectual”.
- Código deontológico de la enfermería española: respeto a la dignidad humana y salvaguarda de los derechos humanos.

Al estar los principios éticos basados en valores, y estos son asumidos de forma distinta por cada profesional, en el uso de las contenciones ha habido convivencia entre el *Modelo Con Sujeción* y el *Modelo Sin Sujeción*². Su utilización queda sujeta a la elección de los profesionales asistenciales y su interpretación de los valores. Consecuentemente, la dignidad del paciente depende del profesional que le atienda y su capacidad para cuidar con o sin sujeción (Urrutia Beascoa, 2015).

El modelo de sin sujeciones defiende que el uso de contenciones mecánicas genera un conflicto con los principios de dignidad y autonomía al limitar las posibilidades para interactuar de la persona, especialmente en las personas con deterioro cognitivo (Urrutia Beascoa, 2015). El principio de autonomía se refiere a la capacidad de la persona de tomar libremente sus decisiones (Wazen Hervás, 2012). Entiende que las personas tienen libertad de movimiento, asumiendo los riesgos que ello conlleva. En este sentido, el uso de contenciones podría contraponerse al principio de no maleficencia por las múltiples complicaciones potenciales que pueden desarrollarse con su uso (Urrutia Beascoa, 2015).

Desde un punto de vista legal, en nuestro país no existe una legislación específica que regule el uso de sujeciones, sino que hay referencias a éstas o a los principios que se ven comprometidos con su uso. Por ejemplo, en la Constitución Española de 1978 en el artículo 1.1 aparece el derecho a la libertad y en el artículo 10 el derecho a los principios de dignidad humana y libre desarrollo de la personalidad. Además, son recogidos el derecho a la integridad física y moral y a no sufrir tratos inhumanos o degradantes (artículo 15) y a la libertad física (artículo 17). Por otro lado, las referencias al consentimiento informado aparecen en la Ley General de Sanidad de 1986.

A nivel internacional, la Organización de las Naciones Unidas en su principio a favor de las personas de edad defiende el 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 a la necesidad de proteger la seguridad física de terceros. Asimismo, ampara “no someter a restricciones físicas o a la reclusión involuntaria salvo los procedimientos oficialmente aprobados de la institución psiquiátrica y sólo cuando sea el único medio disponible para

² La forma de catalogar el *Modelo con Sujeción* y el *Modelo Sin Sujeción* es propia de Ana Urrutia y se van a tratar en las siguientes páginas

impedir un daño inmediato o inminente al paciente o terceros. Estas prácticas no se prolongarán más del periodo estrictamente necesario para alcanzar este propósito” (Urrutia Beascoa, 2015).

Algunos países como Dinamarca, Escocia o los Estados Unidos (EEUU) han regulado el uso de las restricciones, permitiéndolas únicamente bajo determinadas circunstancias. Estas medidas parece que han contribuido a reducir significativamente su uso (M. J. M. Gulpers et al., 2012).

2.4. Modelos emergentes frente al uso de las contenciones de cuidado sin sujeciones

Las propuestas de cuidado enfocadas hacia no sujetar, o sujetar lo menos posible, se fundamentan en la humanización del cuidado, basándose en la potenciación de medidas higiénicas preventivas que eviten la aparición de comportamientos que ‘obliguen’ al profesional a sujetar (Urrutia Beascoa, 2015). El modelo de cuidado sin sujeciones es definido por la Fundación Cuidados Dignos (2012) como “la atención asistencial en la que la sintomatología conductual problemática asociada al deterioro cognitivo, se aborda sin la utilización de medidas de sujeción restrictiva físicas o químicas, lo que favorece el desarrollo del paciente como persona libre y con derechos”.

A nivel nacional, destaca la figura de Ana M^a Urrutia (2015), quien ha construido un “Modelo de Cuidado Centrado en la Persona y Sin Sujeciones” al que ha llamado “Norma Libera-Care (Sistema de Gestión de la Calidad de Vida en el Cuidado en Centro de Atención Sanitaria, Social y Sociosanitario)”. Se trata de un modelo de cuidado transversal, válido para cualquier ámbito asistencial del cuidado (hospitales generales, hospitales psiquiátricos, residencias, centros de día, centros de discapacidad, etc.) y que aporta herramientas adaptables a cada organización con independencia del tiempo de estancia y del perfil de paciente o usuario. Se trata de un modelo basado en la atención o planificación centrada en la persona en el que el cuidado se plantea sin sujeción o con la racionalización de su uso. Los modelos referidos a la atención centrada en la persona “se dedica a la promoción de la salud como un estado de bienestar físico, mental, social y espiritual de bienestar, así como a la reducción de la enfermedad. Se basa en la articulación de la ciencia y el humanismo para mejorar el entendimiento personalizado de la enfermedad y la salud positiva, la comunicación clínica y el respeto por la dignidad y la responsabilidad de cada persona, a nivel individual y comunitario”.

La SEGG recoge que las residencias y otros centros de carácter institucional ocupan hoy un lugar importante y se configuran como una alternativa de calidad para determinada tipología de personas mayores. Por lo tanto, es necesario incluir, en su diseño y oferta de servicios, la dimensión de integración social y de autorrealización de las personas que residen en ellas (SEGG, 2000). El Modelo de Cuidado Centrado en la Persona Sin Sujeciones se encuadra en este contexto (Urrutia Beascoa, 2015).

En definitiva, el modelo de cuidado sin sujeciones de Urrutia (2015) se basa en cuatro principios. En primer lugar, se trata de un modelo de cuidado de autonomía beneficente, pues potencia la autonomía de la persona y entiende como necesario el papel del profesional como asesor o acompañante en la toma de decisiones en el proceso de cuidado. El segundo principio es que el modelo se basa en la persona cuidada, y especialmente, en su concepto de calidad de vida y dignidad. Esto requiere de un nuevo modelo de gestión, presentado como ‘Modelo de Gestión Vida y Persona’ caracterizado por ser más humano y participativo. Por último, el modelo utiliza como indicador referente de calidad de vida los relacionados con el uso de sujeción.

En cuanto al concepto de dignidad, el Modelo de Cuidado Centrado en la Persona Sin Sujeción entiende que lo prioritario es la dignidad entendida desde la persona cuidada, es decir, lo que la persona cuidada estima digno para sí, por encima de si es correcto o no sujetar. Por ello, el fundamento de la toma de decisiones de los cuidadores debe ser la dignidad de la persona cuidada que es propia, irrenunciable y ésta está muy ligada con la concepción individual de calidad de vida. Sin embargo, los profesionales del cuidado asumen la responsabilidad de decidir sobre la dignidad de pacientes incapaces de tomar decisiones por su falta de autonomía. Ante esta dificultad para conocer qué concibe como digno la persona cuidada, este modelo aporta herramientas para tratar de descubrirlo (Urrutia Beascoa, 2015).

Para llegar a este modelo de cuidados libre de sujeciones, la SEGG reconoce la importancia del cuidado individualizado y desde un abordaje interdisciplinar, tratando la causa origen del problema, acompañado de un pensamiento innovador y una formación específica de los profesionales (Elsden De Digon et al., 2003).

Con todo ello, y teniendo en cuenta los efectos negativos a nivel físico y psicológico del uso de las contenciones, ¿En qué se fundamenta la cultura de las contenciones físicas para que los profesionales sanitarios las sigan utilizando en los entornos sociosanitarios?

3. BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Con la intención de responder a la pregunta planteada, se ha llevado una búsqueda bibliográfica, cuya estrategia se va a presentar a continuación, empezando por los descriptores seleccionados y siguiendo con las bases de datos consultadas y los resultados obtenidos.

3.1. La estrategia de búsqueda

La identificación de los descriptores se ha obtenido a través de la herramienta 'Descriptores en Ciencias de la Salud' (Biblioteca Virtual en Salud, n.d.).

Descriptor en castellano	Descriptor en inglés	Definición
Restricción física	Physical restraint	Uso de un dispositivo con el fin de controlar el movimiento de todo o parte del cuerpo.
Conocimientos, actitudes y práctica en Salud	Health Knowledge, Attitudes, Practice	Conocimientos, actitudes y conductas asociadas concernientes a cuestiones relacionadas con la salud tales como enfermedades o procesos patológicos, su prevención y tratamiento. Este término se refiere a trabajadores de la salud (personal de salud) y de fuera de ella.
Cultura organizacional	Organizational culture	Creencias y valores compartidos por todos los miembros de una organización. Esos valores compartidos, que están sujetos a cambios, se refleja en las operaciones del día a día de la organización.
Investigación cualitativa	Qualitative research	Cualquier tipo de investigación que emplea información no numérica para explorar características individuales o de grupo, produciendo hallazgos que no llegan por procedimientos estadísticos u otros medios cuantitativos.
Geriatría	Geriatrics	Rama de la medicina que se ocupa de los aspectos fisiológicos y patológicos de los ancianos, incluyendo los problemas clínicos de la senescencia y la senilidad.
Personal de salud	Health personnel	Individuos que trabajan en la prestación de servicios de salud, ya sea como practicantes individuales o como empleados de instituciones y programas de salud, aunque no tengan entrenamiento profesional, y estén o no sujetos a regulación pública.
Familia	Family	un grupo social compuesto por padres, o padres sustitutos, e hijos.
Accidentes	Accidents	eventos inesperados y no intencionales, típicamente resultando en daño o lesión.

En la siguiente tabla se presenta la clasificación de estos descriptores.

Categoría	Descriptores	
	Castellano	Inglés
Raíz	Restricción física	Physical restraint
	Conocimientos, actitudes y práctica en Salud	Health Knowledge, Attitudes, Practice
	Cultura organizacional	Organizational culture
Secundarios	Investigación cualitativa	Qualitative research
	Geriatría	Geriatrics
	Personal de salud	Health personnel
	Familia	Family
Marginales	Accidentes	Accidents

Las combinaciones de los descriptores con los booleanos que se van a utilizar se detallan en la siguiente tabla.

Nivel	Combinación de descriptores
1er Nivel	Restricción física AND Conocimientos, actitudes y práctica en Salud Physical restraint AND Health Knowledge, Attitudes, Practice
2do Nivel	(Restricción física AND Conocimientos, actitudes y práctica en Salud) AND Investigación cualitativa (Physical restraint AND Health Knowledge, Attitudes, Practice) AND Qualitative research
3er Nivel	((Restricción física AND Conocimientos, actitudes y práctica en Salud) AND Investigación cualitativa) AND Geriatría ((Physical restraint AND Health Knowledge, Attitudes, Practice) AND Qualitative research) AND Geriatrics
4to Nivel a	((((Restricción física AND Conocimientos, actitudes y práctica en Salud) AND Investigación cualitativa) AND Geriatría) AND Personal de salud (((Physical restraint AND Health Knowledge, Attitudes, Practice) AND Qualitative research) AND Geriatrics) AND Health Personnel
4to Nivel b	((((Restricción física AND Conocimientos, actitudes y práctica en Salud) AND Investigación cualitativa) AND Geriatría) AND Familia (((Physical restraint AND Health Knowledge, Attitudes, Practice) AND Qualitative research) AND Geriatrics) AND Family
Nivel 1.B	Restricción física AND Cultura organizacional Physical restraint AND Organizational culture
Nivel 2.B	(Restricción física AND Cultura organizacional) AND Investigación cualitativa (Physical restraint AND Organizational culture) AND Qualitative research
3er Nivel	((Restricción física AND Cultura organizacional) AND Investigación cualitativa) AND Geriatría ((Physical restraint AND Organizational culture) AND Qualitative research) AND Geriatrics

La búsqueda se ha realizado consultando los siguientes recursos especializados:

Bases de datos de carácter clínico	PubMed
	Nursing Ovid
	Cuiden Plus
Bases de datos de revisiones	Cochrane Library Plus
Bases de datos multidisciplinarias	ScienceDirect - Sciverse
	EBSCOhost Research Databases (PsycINFO, CINAHL, Abstracts in Social Gerontology)
Tesis doctorales	Teseo

Los límites que se han marcado en la estrategia de la búsqueda son los presentados a continuación.

Años de publicación	2009 - 2018
Idiomas	Inglés, español, francés
Otros límites	No artículos restricción física en psiquiatría o pediatría. No artículos intervenciones. No artículos sobre contención química.

3.2. Los resultados obtenidos

Se ha llevado la búsqueda bibliográfica siguiendo la estrategia descrita anteriormente, se excluyeron los trabajos que no cumplían los criterios de inclusión y se obtuvieron finalmente los resultados que pueden consultarse en las tablas del anexo 1.

Como resultados de esta búsqueda se obtuvo, eliminando los artículos duplicados, un total de 22 artículos, cuyas características principales se recogen en la tabla del anexo 2. A estos estudios, se han sumado los artículos encontrados de la búsqueda por autor: Fariña y Urrutia, debido a su relevancia para el fenómeno de estudio en nuestro contexto.

4. REVISIÓN DE LA LITERATURA

En este capítulo van a presentarse los resultados obtenidos en la búsqueda bibliográfica realizada. La literatura muestra que son numerosos los factores que intervienen en el uso de las contenciones: factores relacionados con las capacidades y comportamientos de los pacientes, y su seguridad, factores relacionados con los familiares, factores relacionados con los profesionales de enfermería y su trabajo, factores relacionados con el entorno y la organización y factores relacionados con la sociedad (Saarnio & Isola, 2010; Scheepmans, Dierckx de Casterlé, Paquay, & Milisen, 2018; Scheepmans et al., 2017). Por ello, se va a abordar la cultura de sujeción física desde la perspectiva de los pacientes y sus familiares, de los profesionales y de las instituciones, prestando especial atención en cuáles son sus actitudes y sus conocimientos y cómo es su práctica.

4.1. Cultura de la contención física: perspectiva de los usuarios

En este apartado se va a abordar la cultura de la contención física desde la perspectiva del paciente y sus familiares. Su punto de vista ha sido poco estudiado, pese a que la literatura reconoce su importante papel en la toma de decisiones y en el uso de estos dispositivos.

4.1.1. Los conocimientos de los usuarios sobre la contención física

La falta de conocimientos de las familias es identificada como un factor determinante que conduce a un mayor uso de restricciones (Kong & Evans, 2012).

En nuestro país se llevó a cabo un estudio cuantitativo por González-Expósito (2017) en el que analizaba los conocimientos y actitudes de los familiares y cuidadores de mayores institucionalizados o que recibían cuidados en domicilio. Se constató que los encuestados presentaban desconocimiento en relación con algunos aspectos importantes de la contención física, como las alternativas existentes, las circunstancias en las que puede estar indicada y el riesgo potencial de muerte. Destacan dos preguntas que se encontraban en el extremo inferior del rango de aciertos. Más de la mitad de los participantes (68%) creía, erróneamente, que las contenciones deben usarse cuando no se puede vigilar al anciano. Los participantes (el 66%) desconocían que el uso de dispositivo de contención se ha relacionado con la muerte de las personas. Cerca de la mitad de los encuestados desconocía la excepcionalidad con que una contención física puede estar indicada.

González-Expósito (2017) identifica varias opciones para aumentar los conocimientos y modificar las actitudes de los familiares y cuidadores. Una es la información que se ofrece al ingreso de un anciano en una institución, incluyendo la legislación nacional o autonómica sobre contenciones. Otra posibilidad de intervención son programas formativos dirigidos al entorno doméstico, los cuales han demostrado que pueden cambiar la percepción de familias y cuidadores hacia el uso de contenciones.

4.1.2. Las actitudes de los usuarios ante la contención física

Pocos estudios han profundizado en las actitudes de los familiares hacia las restricciones físicas en las residencias, pese al reconocimiento a su papel en la práctica (Haut et al., 2010). La literatura refleja actitudes ambivalentes, aunque negativas, de los familiares hacia el uso de la restricción física, en la medida que lo consideran degradante y humillante para la persona contenida. Por un lado, estos se sienten incómodos, culpables e indefensos, agobiados por el estrés emocional que le supone a su familiar. Además, no comprenden el uso de las contenciones cuando éstas son utilizadas para reducir la carga de trabajo o cuando no se involucra en la toma de decisiones. Sin embargo, los mismos estudios reflejan que otros familiares entienden las restricciones como apropiadas y positivas, aprobándolas como elementos de seguridad en la prevención de caídas en base a su confianza en el criterio de los profesionales (Haut et al., 2010).

Según el estudio realizado por González-Espósito (2017) en el que se analizan las actitudes de familiares y cuidadores de pacientes institucionalizados y que reciben cuidados en casa, se observan diferencias entre mujeres y hombres. Un porcentaje mayor de mujeres que de varones (un 93% frente a un 79%) utilizaría la contención en un familiar si fuese necesario. A su vez, un porcentaje mayor de varones (25%) que de mujeres (7%) consideraba la contención como una forma de maltrato. Las respuestas a ambas preguntas reflejan una cierta tolerancia de las mujeres y un rechazo de los varones hacia esta práctica. En concreto, el perfil responsable de este resultado diferencial sería un varón menor de 50 años, cuidador profesional, que ha recibido información sobre las contenciones. La autora trata de explicar estos complejos resultados. Hay un estereotipo que consiste en que el cuidado está incluido en el autoconcepto de mujer y, según ello, la mujer ejerce el cuidado de manera "natural". Siguiendo este argumento, la mujer actuaría "normalizando" las contenciones como un elemento más del cuidado. Su actitud, por lo tanto, sería diferente a la del varón, cuya relación con los cuidados ha sido tradicionalmente más lejana.

Fariña (2008) llevó a cabo un estudio descriptivo en el que analizó las actitudes de familiares con experiencia en el cuidado en domicilio ante el uso de restricciones físicas en mayores. La principal causa que justifica el uso de la restricción por parte de los cuidadores es prevenir lesiones. Respecto a si consideraban adecuado su uso, la mayoría respondió de forma afirmativa, ninguno lo consideró inadecuado. La mayoría (90,7%) están dispuestos a utilizarlo en un familiar propio. Ello muestra una predisposición de los familiares al uso de la restricción y se podría afirmar que la valoran como un procedimiento necesario que están dispuestos a utilizar cuando sea oportuno. Sin embargo, pese a la actitud favorable, el porcentaje de cuidadores que han utilizado este recurso es moderado (27,9%). Más de la mitad (58,1%) de los participantes opinó que podría evitarse el uso de las restricciones y apuntó, como principal iniciativa para reducir su empleo, un mayor apoyo por parte de otros cuidadores en domicilio, frente a un 41,9% que consideró que no puede evitarse. Además, los familiares eran, por lo general, conscientes de que la restricción puede ocasionar algún problema físico o psicológico e identificó una o dos complicaciones relacionadas con su uso. Ningún familiar consideró de manera concluyente que este procedimiento fuese una forma de maltrato. Por todo ello, se puede concluir que las familias entrevistadas mantuvieron una actitud positiva ante la restricción y consideraron apropiado su empleo, independientemente de haberlas usado o no. Ello podría relacionarse con un conocimiento insuficiente de las alternativas que se pueden emplear, y en algunos casos, de las complicaciones que genera su uso. Asimismo, esta actitud favorable podría vincularse con

una cultura de sobreprotección que promueve criterios de seguridad y hace prevalecer los beneficios de la restricción frente a sus riesgos.

En el estudio de Haut (2010), tanto los profesionales como los familiares consideraron las contenciones físicas como una intervención apropiada, siendo ambas comparables, aunque en mayor medida lo hicieron los profesionales. Los familiares que visitan a los residentes con menor frecuencia parecen tener una actitud más positiva respecto a las contenciones y las evalúan como menos incómodas. Los familiares que muestran actitudes más favorables a las contenciones consideran que éstas garantizan la seguridad y protección. Esto puede reflejar su falta de conocimiento sobre las restricciones físicas y las alternativas de restricción, así como su incapacidad para imaginar cómo se siente al ser contenido. Estos hallazgos sugieren que las intervenciones educativas dirigidas a la retirada de las contenciones deben tener en cuenta a los familiares de los residentes.

Tanto los familiares como los profesionales, en el estudio de Haut (2010), consideran que las contenciones colocadas más cerca del cuerpo (como las de tobillo o muñeca) son las medidas más restrictivas e incómodas. Por lo contrario, elementos técnicos como sistemas de infrarrojo o barreras en cama son entendidos como menos restrictivos. Estos resultados muestran cómo los familiares aceptan en menor grado las restricciones cerca del cuerpo que los dispositivos técnicos. Sin embargo, entre los profesionales existe el debate sobre si estas medidas técnicas deben considerarse restricciones o intervenciones alternativas.

4.1.3. Las prácticas de los usuarios en relación al uso de las contenciones físicas

En cuanto a la toma de decisiones sobre el uso de las contenciones, los familiares, o incluso los usuarios, suelen estar detrás, discutiéndola con los profesionales y tomándola muchas veces en conjunto (Saarnio & Isola, 2010; Scheepmans et al., 2018). En el ámbito domiciliario, las familias están envueltas en la aplicación de estas medidas (Scheepmans et al., 2018).

El uso de las restricciones se inicia por parte de los pacientes, sus familiares o los profesionales de enfermería. Cuando éste es solicitado por el paciente, se trata generalmente del uso de las barreras en cama y se describe como un procedimiento voluntario. Las restricciones iniciadas por la familia suelen serlo de forma indirecta, solicitándolas a los profesionales, pero sin participar en el procedimiento. Esta solicitud se puede justificar por la preocupación por la seguridad del anciano (Saarnio & Isola, 2010).

En la revisión de la síntesis cualitativa llevada a cabo por Goethals (2012) se identifican los aspectos relacionados con el entorno que influyen en la toma de decisiones sobre el uso de las restricciones. Coincide con los estudios presentados anteriormente en el impacto de la familia de los pacientes y otros cuidadores profesionales, tanto de forma positiva como negativa en dicho uso. Cuando los familiares solicitan que se contenga a su pariente y el personal no lo considera necesario, las enfermeras tienden a priorizar las demandas de la familia frente a los deseos del paciente. Por otro lado, cuando son las enfermeras quienes insisten en usar las contenciones pero la familia está firmemente en contra, las enfermeras someten a las familias de tal forma que acaban responsabilizándolas de cualquier consecuencia negativa que pudiese asociarse.

González-Expósito (2017) concluye que el desconocimiento de los riesgos potenciales y de alternativas factibles junto con una actitud tolerante facilitan la utilización de contenciones en

el ámbito doméstico y en los centros residenciales, aunque en este último caso no tengan la responsabilidad directa del cuidado del anciano.

Según una investigación etnográfica llevada a cabo en Noruega, las características de los residentes son unos determinantes clave del uso de restricciones. Muestran una correlación entre su uso y características como agitación, agresión y ambulación errante. Sin embargo, este uso no puede ser explicado únicamente por las características de cada residente, sino que, entre otros muchos factores, hay una gran influencia de cómo se encuentran los otros internos (Øye et al., 2017).

Para finalizar este apartado referente a la perspectiva de los usuarios, conviene destacar que, como recoge Goethals (2012) en su revisión de la síntesis cualitativa, ningún estudio se centra en la perspectiva de los pacientes. Los cuidados individualizados requieren una filosofía centrada en el paciente, que trate de entender su situación y perspectiva.

4.2. Cultura de la contención física: perspectiva de los profesionales sanitarios

A continuación, se van a tratar los aspectos propios de los profesionales sanitarios, es decir, aquellos relacionados con las características individuales de estos o con los microequipos y que interfieren en el uso de las contenciones físicas.

Según Fariña (2011), llama la atención que, a pesar de la gravedad y el alcance del uso de este procedimiento, apenas ha sido estudiado en nuestro país, encontrándose la mayoría de las publicaciones en revistas de ámbito internacional. Esto lleva a pensar que muchos profesionales de nuestro entorno podrían desconocer esta problemática, lo que les haría sobrevalorar la utilidad de los dispositivos y subestimar el peligro que supone su aplicación. Por lo tanto, es imprescindible entender los conocimientos, actitudes y prácticas de los profesionales sanitarios sobre las contenciones para comprender la “filosofía de cuidado” referente su uso (Möhler & Meyer, 2014).

4.2.1. Los conocimientos de los profesionales sanitarios sobre las contenciones físicas

Fariña (2013) evaluó el nivel de conocimientos de los profesionales sobre las contenciones físicas. Podría decirse que los conocimientos de los participantes eran aceptables, acertando en el 66% de las preguntas. Sin embargo, se detectó cierta desinformación en algunos aspectos relevantes: menos de la mitad (32%) reconocieron buenas alternativas a la restricción física y la mayoría (69%) ignoraba que la sujeción física estuviese asociada con la muerte de pacientes. A este hecho se suma la falta de formación y de conocimientos para manejar problemas asistenciales como los conductuales. Los resultados de Kong (2012) apuntan hacia la misma dirección. Las enfermeras consideran sus conocimientos insuficientes y reclaman formación sobre las características de los pacientes con demencia, el cuidado individualizado y las características específicas de los mayores. Todo ello lleva a identificar la falta de educación como una barrera para la retirada de estos procedimientos.

Los resultados de Fariña (2013) confirman la necesidad de mejorar los programas de formación de los profesionales con el fin de que apliquen de forma adecuada este procedimiento y, sobre todo, aprendan a proteger a los pacientes limitando al mínimo su movilidad. Estos programas

formativos deberían incluir un abordaje en profundidad de diversos factores relacionados con el fenómeno (alternativas, modificaciones del entorno, cuestiones legales, aspectos organizacionales, etc.) y mantener el contacto con un experto para que el personal pueda consultar sus dudas.

Pellfolk (2010) llevó a cabo un ensayo clínico aleatorizado en el que evaluó el impacto de un programa educativo dirigido a la retirada de las restricciones físicas en los conocimientos, actitudes y prácticas de los profesionales de enfermería. Los resultados mostraron que la intervención aumentó el nivel de conocimientos de los profesionales, modificó sus actitudes y redujo el uso de restricciones físicas. El uso de las restricciones físicas sufrió un descenso significativo (34,6%) en el grupo intervención, sin que éste fuese acompañado de un aumento del número de caídas o del uso de drogas psicoactivas.

4.2.2. Las actitudes de los profesionales sanitarios ante las contenciones físicas

Las actitudes de los profesionales de enfermería hacia el uso de la restricción física influyen en su aplicación (Estévez, 2017). Numerosos estudios, tanto cuantitativos, como cualitativos, las han explorado (Möhler & Meyer, 2014). Los cualitativos tienden a analizar las actitudes de las enfermeras, mientras que los cuantitativos estudian la relación entre éstas y su uso (Möhler & Meyer, 2014). El cuestionario Perception of Restraint Use Questionnaire, traducido al español por Fariña (2016), evalúa los supuestos en los que los profesionales consideran necesario aplicar una restricción física.

Pese a que generalmente las enfermeras conciben las restricciones negativamente, esta concepción puede variar dependiendo de la situación. Numerosos estudios sugieren que las actitudes de las enfermeras en las residencias respecto al uso de contenciones son ambiguas (Emilio Fariña et al., 2013; Goethals et al., 2012; Haut et al., 2010; Möhler & Meyer, 2014).

Por un lado, esta actitud está caracterizada por el respecto a la dignidad de los residentes y su capacidad de autodeterminación. Por otro lado, y de forma más marcada, está caracterizada por la responsabilidad hacia la seguridad de los residentes (Haut et al., 2010; Möhler & Meyer, 2014). Esto lleva a que las enfermeras consideren las restricciones físicas como una medida necesaria para prevenir caídas y así asegurar el bienestar y la salud de los residentes, legitimando de este modo su uso (Haut et al., 2010; Øye et al., 2017). En algunos casos incluso, son entendidas como una reacción apropiada hacia el comportamiento desafiante de los residentes (Haut et al., 2010). Sin embargo, cuando éstas son utilizadas en contra de la voluntad de los residentes, las enfermeras se enfrentan a un dilema moral, que deriva en sentimientos de frustración, disconfort y preocupación. Estas actitudes determinan tanto el uso como la frecuencia de las restricciones y han sido identificadas como barreras para la reducción de su uso (Haut et al., 2010).

En definitiva, los resultados de los estudios son inconsistentes, concluyendo algunos que los profesionales están de acuerdo con el uso de las contenciones, mientras, en otros los participantes están en gran desacuerdo (Möhler & Meyer, 2014). Su utilización puede ser entendida como una elección ética, entre la comprensión de las restricciones como una garantía para la seguridad del paciente o como una privación de su libertad (Saarnio & Isola, 2010).

Según el estudio realizado por Saarnio (2010), al llevar a cabo el procedimiento, el personal de enfermería percibe que el paciente tiene miedo y se siente encarcelado, por lo que entienden

que éste degrada su integridad. Sin embargo, la percepción de otros profesionales es diferente, entendiendo que el paciente no sufre con el uso de las restricciones, sino que éstas aumentan su propia sensación de seguridad.

Desde el punto de vista personal, las enfermeras dan importancia a los aspectos negativos del uso de las contenciones y sus consecuencias. Sin embargo, desde una perspectiva profesional, las enfermeras a menudo perciben su uso como una medida justificada y necesaria que les permite cumplir con sus responsabilidades profesionales (Goethals et al., 2012).

Hamers (2009) llevó a cabo un estudio cuantitativo llevado a cabo en Alemania, Holanda y Suiza en el que se comparaba las actitudes de las enfermeras sobre el uso de las restricciones. Las enfermeras entienden como adecuado el uso de restricciones en su práctica clínica. Las profesionales con mayor experiencia presentan una actitud más negativa sobre estos dispositivos que aquellas que la tienen menor. Por lo tanto, las enfermeras con experiencia y las responsables de enfermería pueden convertirse en motores para la introducción de nuevas políticas y conseguir la consecución de un cuidado libre de contenciones.

La actitud de las enfermeras cambia según cuál sea el dispositivo de contención que se utilice. Según Hamers (2009), las muestras de los tres países califican las contenciones abdominales en cama como las más restrictivas, lo que las hace sentir más incómodas. Sin embargo, al utilizar dispositivos como las barreras unilaterales en cama o las alfombrillas con sensor (éstas no concebidas como elementos restrictivos), las enfermeras no se sienten incómodas con su uso.

Dentro de las actitudes, las creencias y preocupaciones son un factor clave que dificulta la retirada de las contenciones, destacando la idea de seguridad y la percepción que tengan de los pacientes.

Las restricciones son entendidas como elementos protectores frente a posibles accidentes y lesiones. Paralelamente, las respuestas recogidas por Fariña, muestran la importancia que, según los profesionales, tiene este procedimiento como mecanismo de seguridad en la prevención de caídas (Emilio Fariña et al., 2013).

La seguridad de los pacientes es el motivo más común por el que se utiliza la contención mecánica (Möhler & Meyer, 2014; Scheepmans et al., 2018). Las enfermeras están fuertemente comprometidas con dicha seguridad, la del personal y la del entorno en el que trabajan, sintiendo que es necesario proteger a los pacientes y evitar que se hagan daño (Estévez, 2017; Goethals et al., 2012; Kong & Evans, 2012). En este sentido, se centran en la prevención de daños físicos o caídas, la salvaguarda del tratamiento terapéutico, promoviendo el bienestar de los pacientes contenidos, pero también de otros pacientes y del personal (Goethals et al., 2012). Incluso, según Kong (2012), los profesionales utilizan el término “protectores” en lugar de “restricciones”.

En este colectivo, existe una cultura de la seguridad que les lleva a priorizarla ante el posible riesgo de que el paciente se caiga (Goethals et al., 2012). Esta inquietud es tan fuerte que, aunque conocen que las restricciones pueden incrementar la agitación y la confusión y pese a no estar totalmente de acuerdo, prefieren aplicarlas (Estévez, 2017; Emilio Fariña et al., 2013). En primer lugar, al priorizar la seguridad, las enfermeras corren el riesgo de reducir la calidad de los cuidados que buscan satisfacer el bienestar psicológico, social, moral y espiritual. En segundo lugar, al reducirse la atención de calidad priorizando el bienestar físico, las enfermeras fortalecen su perspectiva profesional, dejando de lado otras perspectivas de carácter personal en las que se valora más la dignidad de la persona. En tercer lugar, cuando las enfermeras toman

estas decisiones de forma repetida, los sentimientos personales tienden a ser apartados, provocando conflictos éticos. En cuarto lugar, estos conflictos se tratan de afrontar racionalizando el uso de las contenciones. Esto conlleva el riesgo de distanciarse de sus pacientes, lo que facilita aún más la aplicación de restricciones. Por último, en quinto lugar, al priorizar la seguridad, las enfermeras reflejan mayor preocupación por su propio bienestar que el de los pacientes (Goethals et al., 2012).

En el ámbito residencial, la evaluación y comprensión del comportamiento de los pacientes y la voluntad de mantener un entorno tranquilo, son reconocidos como argumentos en la toma de decisiones. En el proceso se valoran otros aspectos como la beneficencia, la dignidad, la libertad y el respeto por la autonomía. La toma de decisiones resulta de la valoración de las diferentes opciones y los aspectos éticos. En este proceso, las enfermeras hacen balance entre sus valores personales y responsabilidades profesionales para elegir la mejor opción para el paciente y el bienestar de los demás. Por todo ello, las enfermeras experimentan un dilema ético (Goethals et al., 2012).

En el estudio realizado por Aristín (2017) en el que se analizó el impacto de un programa formativo sobre la actitud de los profesionales de enfermería, se confrontaron los resultados obtenidos antes y después de la formación. Pese a que los resultados fueron positivos, después de la formación los profesionales siguen otorgando bastante importancia al uso de la sujeción física en varias situaciones. Se trata de evitar que el anciano manipule dispositivos terapéuticos tales como sondas vesicales, sondas de alimentación y catéteres venosos o heridas, así como el objetivo es proteger al personal o a otros residentes de agresiones físicas, todas ellas relacionadas con el valor otorgado por los profesionales a la seguridad.

Asimismo, la percepción de los profesionales sobre el comportamiento de los residentes determina la actitud ante las contenciones y el uso que de ellas se haga. Cuando las enfermeras perciben el comportamiento de los mayores como una deficiencia o un “problema”, esta percepción con frecuencia conduce a la contención. Por contra, cuando estas conductas son entendidas como “normales” se tiende a evitar la contención (Goethals et al., 2012).

Según Kong (2012), las enfermeras inciden en la importancia de entender a los mayores y reflexionar sobre las contenciones desde su perspectiva, así como entender las actitudes y preocupaciones de los familiares. Cuando las enfermeras quieren tomar una decisión reflexiva e individualizada, se encuentran ante el desafío de entender el comportamiento del paciente apropiadamente. Por lo tanto, es destacable la relación profesional entre las enfermeras y sus pacientes ya que es en esta relación en las que tiene lugar esta evaluación clínico-ética. La relación que pueda establecerse crea una oportunidad para que las enfermeras se acerquen a cada persona como un individuo único con respecto a su dignidad y a su autonomía (Goethals et al., 2012). En el estudio llevado a cabo por Saarnio (2010), se concluyó que los profesionales no reconocían el derecho de los mayores a la autodeterminación, lo que aumenta su susceptibilidad para ser contenidos.

Del mismo modo que la actitud ante las contenciones es ambivalente, los sentimientos que su uso provocan también lo son. El uso de las contenciones provoca en las enfermeras sentimientos de culpa, disconfort, tristeza y compasión por los mayores (Saarnio & Isola, 2010). Por el contrario, hace que perciban mayor control sobre la seguridad de sus pacientes (Chuang & Huang, 2007; Saarnio & Isola, 2010).

En un estudio cualitativo llevado a cabo en Taiwán por Chuang (2007), se han identificado las emociones que presentan las enfermeras al utilizar las contenciones. La mayoría de las

participantes se muestran tristes y emocionalmente angustiadas al utilizarlas. Al mismo tiempo, aparece el sentimiento de culpa al considerar que están haciendo algo incorrecto. Las enfermeras se enfrentan a un conflicto entre el uso de estos mecanismos y los derechos humanos, apareciendo sentimientos de compasión hacia a los residentes contenidos.

Por el contrario, para otras enfermeras, esta práctica simplemente forma parte de la rutina y es un mecanismo de respuesta automático cuando no pueden controlar las conductas de los pacientes o se presentan situaciones peligrosas, sin que en estos casos aparezcan sentimientos contradictorios. En este sentido, algunas enfermeras mencionan que el uso de las restricciones físicas les hace sentir seguras y aliviadas (Chuang & Huang, 2007). Al ser la seguridad, la protección y la prevención de daños los motivos empleados para justificar el uso de la restricción física, los profesionales expresan sentimientos de confort psicológico al entender que sus pacientes están seguros (Estévez, 2017). Por lo tanto, en este sentido, el no utilizar las restricciones les genera bastante intranquilidad. Los profesionales parecen, entonces, más preocupados por su propio confort que por el bienestar real de los pacientes mayores (Estévez, 2017).

Numerosas estrategias son utilizadas por las enfermeras para afrontar el conflicto ético que se les presenta al utilizar las contenciones (Möhler & Meyer, 2014). En este sentido destaca el estudio de Chung (2007). Cuando los sentimientos son contradictorios, las enfermeras tratan de racionalizar su pensamiento sobre el uso de las restricciones, obligándose a creer que están haciendo lo correcto para los pacientes y persuadiéndose a sí mismas para aceptar la práctica (Chuang & Huang, 2007; Goethals et al., 2012; Möhler & Meyer, 2014). En este sentido, las enfermeras tratan de convencerse a partir de los beneficios esperados para la seguridad del residente. Al llevar a cabo esta reflexión y reformulación sobre las contenciones, las emociones provocadas, que inicialmente fueron negativas, se convierten en positivas al entenderlas como beneficiosas para el residente (Möhler & Meyer, 2014). Algunas enfermeras creen que compartir estos sentimientos negativos con sus compañeras puede ayudarles a aliviarlos (Chuang & Huang, 2007; Möhler & Meyer, 2014). Al compartirlos, las enfermeras diluyen su responsabilidad sobre las contenciones (Möhler & Meyer, 2014). Otras enfermeras, para hacer frente a estos sentimientos, optan por buscar alternativas como retirar las contenciones en presencia de familiares o auxiliares, reduciendo este uso y sintiéndose más aliviadas (Chuang & Huang, 2007).

En definitiva, las actitudes de las enfermeras difieren según su definición y comprensión de las restricciones físicas, así como de su afiliación nacional y cultural (Haut et al., 2010). Pocos estudios han analizado la relación entre las actitudes de los profesionales y el uso de las contenciones. Los estudios que se han llevado a cabo en esta dirección, concluyen que la actitud negativa ante estos dispositivos no es un indicador de su no utilización (Möhler & Meyer, 2014).

4.2.3. Las prácticas de los profesionales sanitarios en relación al uso de las contenciones físicas

En el entorno residencial, el uso de mecanismos de contención física es una práctica común entre los profesionales de enfermería (Saarnio & Isola, 2010). En numerosas ocasiones, el personal desconoce las razones por las cuales se están utilizando las restricciones, lo que puede indicar que éstas se están utilizando de forma rutinaria (Estévez, 2017). Incluso, según la revisión secundaria llevada a cabo por Möhler (2014), generalmente no se cuestiona su uso. En un

estudio llevado a cabo en Cantabria por Aristín (2017), se constata que todos los participantes han usado algún tipo de dispositivo de sujeción física a lo largo de su experiencia profesional.

A menudo las enfermeras utilizan las contenciones como primera opción sin valorar otras alternativas y se identifica la falta de éstas como un desencadenante para utilizarlas. Igualmente, la falta de conocimientos, lleva a percibir las contenciones como necesarias. Sin embargo, hay estudios en los que los participantes disponen de alternativas pero siguen recurriendo a dispositivos de contención mecánica. Por tanto, parece que el uso de las restricciones está más relacionado con rutinas propias de los centros que con una valoración y atención individualizada de los pacientes (Möhler & Meyer, 2014).

En primer lugar, se van a tratar los motivos que llevan a los profesionales de enfermería a utilizar las contenciones físicas. Los factores relacionados con los profesionales de enfermería incluyen la percepción de la conducta de los pacientes, su disposición a tomar riesgos y su propio confort (Goethals et al., 2012).

En todos los estudios revisados por Möhler (2014), las enfermeras declaran que su principal responsabilidad es garantizar la seguridad de los mayores a los que cuidan. Cuando sienten que su seguridad está amenazada, hacen uso de las contenciones físicas, confiando que éstas prevengan caídas u otras complicaciones.

Algunas características de los pacientes son reconocidas como causas del uso de las contenciones. Las diferencias entre pacientes son identificadas como reales, sin embargo, manifiestan no poder llevar a cabo un cuidado individualizado, por lo que, ante la incapacidad para atender las alteraciones conductuales de cada residente, recurren a las contenciones (Kong & Evans, 2012; Scheepmans et al., 2018). Por ejemplo, cuando las enfermeras, al atender a pacientes con deterioro cognitivo, se enfrentan a situaciones en las que pueden sufrir agresiones, hacen uso de las contenciones físicas (Möhler & Meyer, 2014). Por otro lado, a menudo las enfermeras justifican el uso de las restricciones en las residencias en la presión ejercida por las familias (Haut et al., 2010).

Los propios profesionales y la relación entre ellos también se convierten en motivo de uso de estos dispositivos. Por un lado, la falta de comunicación entre profesionales de enfermería, otros profesionales y las familias son aspectos clave en la reducción del uso de las restricciones. Según las auxiliares de enfermería, la falta de consideración que tienen las enfermeras hacia ellas conlleva un mayor uso de estos dispositivos (Kong & Evans, 2012). Por otro lado, la experiencia de los profesionales puede ser un determinante también del uso de las restricciones (Estévez et al., 2017; Goethals et al., 2012). Quienes tienen una mayor experiencia clínica tienen más conocimiento acerca de las restricciones. Esto se traduce indirectamente en mejores prácticas cuando se utilizan, ya que intentan aplicar medidas alternativas, evalúan con frecuencia la retirada del dispositivo, o realizan un correcto cuidado de la piel para mantener su integridad y reducir los posibles daños de su uso (Estévez, 2017). Del mismo modo, las enfermeras con mayor tendencia a asumir riesgos (como que el paciente pueda sufrir una caída) suelen evitar las restricciones. Otros factores propios de las enfermeras incluyen su conocimiento sobre el paciente, el conocimiento inadecuado sobre las consecuencias físicas y psicológicas del uso de las contenciones, las rutinas y las habilidades para continuar con el trabajo de otros miembros del equipo o sus creencias sobre las contenciones (Goethals et al., 2012).

Según Fariña (2013), los auxiliares de enfermería muestran mayor predisposición para el uso de sujeciones que las enfermeras. Este hecho se atribuye al mayor tiempo que este colectivo pasa con los residentes, por lo que percibirían una mayor responsabilidad hacia su seguridad. Sin

embargo, en la práctica de ambos colectivos no hay una diferencia amplia, esto se debe a que esta actuación profesional suele estar condicionada por la cultura de la organización, que influye sobre toda la plantilla en su conjunto.

En segundo lugar, se pasa a analizar el uso de las contenciones por parte de los profesionales, empezando por cómo es la toma de decisiones. La complejidad del proceso de toma de decisiones depende de las características del paciente, factores de los profesionales y del entorno (Goethals et al., 2012). La falta de evidencia, así como la falta de disponibilidad de alternativas, junto con las consecuencias negativas del uso de las restricciones complica dicho proceso (Goethals et al., 2012).

La decisión de utilizar las contenciones es tomada por un médico o una enfermera o conjuntamente con otros profesionales, aunque como hemos visto anteriormente, en esta toma de decisiones participan habitualmente los pacientes y sus familiares, tomándolas muchas veces en conjunto (Saarnio & Isola, 2010). Las enfermeras son identificadas como un elemento clave en dicha toma de decisiones (Chuang & Huang, 2007; Goethals et al., 2012; Karagozoglu et al., 2013; Saarnio & Isola, 2010; Scheepmans et al., 2018). Éstas a menudo inician este proceso, están envueltas en la toma de decisión, alertan sobre la necesidad de su uso o las utilizan (Scheepmans et al., 2018). Además, las enfermeras están directamente involucradas en el cuidado de los pacientes contenidos (Chuang & Huang, 2007).

En la revisión de la síntesis cualitativa llevada a cabo por Goethals (2012), la toma de decisiones respecto al uso de las restricciones físicas se centra principalmente, en un principio, en la seguridad que está guiada por principios éticos. El razonamiento por el que las enfermeras utilizaron las contenciones se basa en factores relacionados con el contexto, como indicaciones médicas, aunque aquellas que decidieron no utilizarlas basan su decisión en sus propios valores. Este proceso se inicia antes de su uso, continúa cuando son utilizadas y persiste cuando ya han sido retiradas. Puesto que en numerosas ocasiones la decisión de contener ha sido tomada por otros profesionales en turnos anteriores, el punto de partida de la toma de decisiones no siempre es claro y las enfermeras, a menudo, no desean utilizar estos mecanismos como primera opción. Pese a que las profesionales identifican y describen opciones alternativas, en la práctica éstas son inadecuadas o no aplicables debido a la falta de tiempo pues requieren que las enfermeras observen, evalúen y vigilen cuidadosamente al paciente.

Cuando la decisión de utilizar la contención es tomada por una compañera u otro profesional, las enfermeras comentan tener que seguir con lo acordado. En estos casos, el mantenimiento de este mecanismo puede ser entendido como una forma de continuar con las medidas establecidas (Möhler & Meyer, 2014).

El uso de la restricción física también puede ser el resultado de intervenciones rutinarias de los profesionales (Estévez, 2017; Möhler & Meyer, 2014). Por ejemplo, el usar las contenciones en todos los pacientes de nuevo ingreso antes de realizar una evaluación objetiva de la necesidad real de su uso. Del mismo modo, se convierte en una respuesta automática cuando no se puede controlar el comportamiento de los pacientes o los ven en situaciones peligrosas (Estévez, 2017).

Las enfermeras a menudo utilizan las contenciones en contra de la voluntad de los pacientes. Esta acción lleva a que ellos tengan una actitud defensiva a nivel verbal y no verbal y a que relacionen estos dispositivos con su comportamiento (Möhler & Meyer, 2014).

Según un estudio realizado en Noruega, las enfermeras utilizan restricciones físicas con sus residentes durante el desarrollo de cuidados como la higiene cuando estos muestran una actitud

agresiva tanto física como verbal. De este modo, la contención se utiliza con la finalidad de proteger al personal de las agresiones (Øye et al., 2017).

En el estudio de Fariña (2013) los profesionales están de acuerdo en la necesidad de disponer de una orden médica para colocar una sujeción. Una parte de los profesionales que participaron afirmó no comunicar a los familiares los motivos por los que aplicaban las contenciones. Estos datos se oponen a la voluntad de muchas familias de ser informadas antes de que se tomen ciertas decisiones. Además, el 61,9% no veía necesario pedir un consentimiento informado para llevar a cabo el procedimiento. Sin embargo, la *Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente* señala que toda actuación en el ámbito de la salud necesita el consentimiento del afectado o de las personas vinculadas a él.

Fariña (2013) y Saarnio (2010) coinciden en las deficiencias en el registro de uso de las contenciones: en algunos casos no se registra (en el estudio de Fariña menos de la mitad registra siempre en la historia) o se hace de forma incompleta.

En tercer lugar, se van a describir las barreras para la retirada de estos dispositivos que afectan a los profesionales.

En un estudio realizado en Corea, se analizaron estas barreras. Las características del trabajo como exceso de tareas, la gravedad de las enfermedades de los residentes y las expectativas hacen que las enfermeras perciban la carga de trabajo como una de las barreras para retirar estos dispositivos. También lo dificulta su preocupación por las reclamaciones legales que puedan realizar las familias por los accidentes sufridos los residentes. La falta de educación práctica provoca que, pese a ser advertidos de no hacer uso de las contenciones, los profesionales consideran que en la práctica no es posible evitarlas (Kong & Evans, 2012). Finalmente, la falta de conocimientos sobre alternativas al uso de las restricciones, aumenta la percepción de necesitar utilizarlas (Möhler & Meyer, 2014).

Siguiendo las conclusiones de Fariña (2013), las relaciones causales entre conocimientos, actitudes y práctica no son muy fuertes pero sí indican direccionalidad. Los conocimientos influyen negativamente sobre las actitudes, por lo que los profesionales con mayores conocimientos muestran una actitud menos favorable al uso de este procedimiento. De igual manera, los conocimientos y actitudes tienen una clara influencia sobre la práctica, y, por tanto, cuanto más bajos son los conocimientos y más favorable es la actitud hacia la restricción, peor es la práctica en el uso de la misma. Esto supone un elemento más para insistir en la importancia de la formación de cara a modificar creencias erróneas, pues se observaron premisas erróneas en los conocimientos y prácticas de los profesionales, lo que podría llevar a que se hiciera un uso excesivo o incorrecto en determinados casos.

Finalmente, el estudio realizado por Oye (2017) sugiere que el uso de las restricciones no está influido únicamente por actitudes y percepciones individuales, sino por las colectivas. Éstas están a su vez, determinadas por las características de la institución y factores contextuales, que han sido identificados como determinantes del uso de las restricciones.

4.3. Cultura de la contención física: los aspectos institucionales

En este último bloque, se van a tratar los factores institucionales que afectan al uso de las contenciones físicas, entendiendo por factores institucionales aquellos competentes de la gerencia. Por lo tanto, se tratarán los aspectos relacionados con los valores, la gestión y los recursos, humanos y materiales, de las instituciones.

El uso de las restricciones físicas se relaciona con los valores propios de la comunidad y la organización como son la seguridad de los mayores. Por otro lado, el uso de las restricciones es visto como contrario a estos valores cuando entra en conflicto el derecho del paciente a la autodeterminación o rompe la atmósfera hogareña que se espera de las residencias (Saarnio & Isola, 2010). Sin embargo, según Thomas (2012), los centros en los que se trabaja la cultura de seguridad del paciente presentan una menor prevalencia en el uso de las contenciones y menor índice de caídas.

Frecuentemente la aplicación de medidas de sujeción se justifica por la acción paternalista de la institución o los profesionales (Wazen Hervás, 2012). Según Emilio Fariña (2012; 2013), el modelo Con Sujeciones prioriza la seguridad por encima de otras necesidades y valores. En ese sentido los profesionales consideran que tienen el deber moral y legal de proteger a los ancianos de cualquier daño. Generalmente este modelo se da en centros con mayor dificultad para entender y manejar el comportamiento de los mayores con deterioro cognitivo. Ello conlleva la interiorización del principio de beneficencia que motiva al uso de la contención física (E Fariña, 2012; Urrutia Beascoa, 2015; Wazen Hervás, 2012). Estos profesionales actúan de forma paternalista, sin tener en cuenta los valores de la persona mayor (Urrutia Beascoa, 2015).

El entorno laboral ha sido poco estudiado. Sin embargo, se señala la falta de tiempo, la percepción de poca autoridad y autonomía en el desempeño del trabajo o el apoyo por parte de compañeros y supervisores como aspectos clave en el uso de las restricciones (Estévez, 2017).

Paterson (2011) analizó los factores organizacionales que determinan el uso de las restricciones. Relata la existencia de rutinas, prácticas y diseños del trabajo que despersonalizan y deshumanizan a los usuarios y a los profesionales. Si a esto le sumamos una gestión débil, un sistema para asegurar la calidad ineficaz, un entrenamiento inadecuado o la ausencia de un sistema de revisión y seguimiento de los incidentes ocurridos, pueden aparecer prácticas corruptas. En estas situaciones, las necesidades de los usuarios acaban siendo secundarias a las del personal. Asimismo, algunas características como el bajo estatus y salario de los trabajadores, las jerarquías rígidas o la predominancia de los conocimientos biomédicos sobre los aspectos psicosociales pueden desempoderar a los profesionales. En este sentido, estos pueden tratar de recuperar su autoestima abusando del poder que tienen en el trabajo ejerciendo un control excesivo sobre sus usuarios. Esto puede conllevar a una utilización excesiva de mecanismos como las contenciones mecánicas, siendo permitidas estas medidas coercivas por las organizaciones.

Paralelamente, existe una falta de consistencia de los estándares y protocolos relacionados con el uso de las restricciones, por lo que, pese a la indicación de no utilizarlas, en la práctica es imposible no hacerlo (Kong & Evans, 2012). Los protocolos de los centros suelen definir las restricciones físicas y resaltan la necesidad de la prescripción médica “motivada y expresa” de un sistema de sujeción adecuado y homologado, incluyendo los procedimientos para evitar secuelas y accidentes y la conformidad del residente o, en su caso, de su representante legal (Wazen Hervás, 2012).

Paterson (2011) aporta unas recomendaciones aplicables en la gestión de los centros para disminuir el uso de las restricciones. Entre ellas destacan el liderazgo, el registro de su uso y el establecimiento de sistemas de análisis, el entrenamiento del personal, el asesoramiento sobre los riesgos que conllevan estos dispositivos, la organización centrada en la persona con las adaptaciones del entorno que ello requiera y la planificación del trabajo.

Entre los factores institucionales que favorecen un mayor uso de las sujeciones físicas destacan la falta de recursos humanos y materiales.

Por un lado, la falta de personal o la imposibilidad de proporcionar una supervisión apropiada al residente contribuye al uso de las restricciones (Estévez, 2017; Goethals et al., 2012; Kong & Evans, 2012; Möhler & Meyer, 2014; Scheepmans et al., 2018). Estos resultados coinciden con los de Øye (2017) que apuntan a un mayor uso de las restricciones en los hospitales durante los fines de semana, lo que indica la influencia del ratio profesional-pacientes. Además, en numerosas ocasiones, las restricciones acaban siendo utilizadas para poder cumplir con los horarios establecidos u otras metas organizacionales (Øye et al., 2017). A este hecho hay que sumar la falta de tiempo para valorar el uso de las contenciones con otros profesionales o la falta de apoyo de la administración y los médicos como determinantes de uso de estos mecanismos (Goethals et al., 2012). Con todo ello, se puede concluir que la sobrecarga de trabajo tiene un efecto positivo en la prevalencia de uso de las restricciones.

Por otro lado, la falta de recursos materiales alternativos favorece que se haga un mayor uso de la restricción y que ésta sea identificada como un procedimiento inevitable (Estévez et al., 2017; Hamers et al., 2009; Kong & Evans, 2012; Saarnio & Isola, 2010). Por ejemplo, la falta de actividades o de equipos adecuados como camas bajas alternativas a las barandillas desencadenan el uso de diferentes tipos de contención. Las instalaciones grandes y las habitaciones individuales con baño limitan la observación de los residentes, este hecho, unido a un entorno inseguro, con pisos resbaladizos u otros obstáculos a la libre deambulaci3n, incrementa el riesgo de caídas y, en consecuencia, la percepci3n de necesidad de estos dispositivos. Todos estos aspectos apoyan la percepci3n de los profesionales de la existencia de un entorno físico inseguro, lo que contribuye a un mayor uso de la restricción (Estévez, 2017).

Para acabar, cabe destacar que Øye (2017) estudió la relaci3n de la ubicaci3n de las residencias con el uso de las contenciones físicas. Cuando éstas se encuentran en entornos en los que para los residentes es fácil “escaparse”, el personal de enfermería recurre a las contenciones para evitarlo. En consecuencia, la ubicaci3n de la residencia influy3 en cómo el personal percibi3 y organiz3 las restricciones, aislando, por ejemplo, a los residentes en instalaciones cerradas.

4.4. ¿Son las contenciones una práctica basada en la evidencia?

Pese a que, como vimos en la contextualizaci3n, se recomienda como estándar de cuidado de los pacientes geriátricos un modelo libre de restricciones, los profesionales tienen una cultura de las contenciones muy arraigada, lo que podría explicar el uso tan extendido. En este apartado van a revisarse los estudios que han realizado intervenciones de retirada de las contenciones para, a través de sus resultados, tratar de revelar si se trata de una práctica basada en la evidencia.

Durante las últimas décadas se han estado llevando a cabo esfuerzos para reducir el uso de las contenciones (Möhler et al., 2011). Los primeros programas se realizaron en la década de los 80

en los EEUU (Haut et al., 2010; Möhler et al., 2011). Estos estudios, así como otros realizados en Europa y Asia, no han provocado una reducción del uso de las contenciones en la práctica clínica (Haut et al., 2010). Sin embargo, la evidencia de que el uso de restricciones es a menudo una estrategia ineficaz para prevenir caídas y que puede potencialmente aumentar el riesgo de otros efectos adversos relacionados con la inmovilidad, respalda la necesidad de buscar alternativas efectivas para reducir su uso rutinario (M. J. M. Gulpers et al., 2011).

Los estudios que trabajan para este fin se llevan a cabo tanto en entornos hospitalarios como residenciales, con intervenciones complejas y multidimensionales (Möhler et al., 2011). Los estudios coinciden en la necesidad de llevar a cabo modificaciones del entorno, mobiliario, medidas de seguridad y de ubicación para evitar las caídas, mediante, por ejemplo, sistemas antivuelco, uso de freno en sillas y cama, adaptación de la altura de la cama, colocación de material antideslizante (Elsden De Digon et al., 2003; Wazen Hervás, 2012). Actualmente existen soluciones domóticas adaptables al ambiente (Wazen Hervás, 2012). Asimismo, son prioritarias las actividades estructuradas de estimulación cognitiva y sensorial como música, radio, televisión, juegos, ofrecer algo a lo que agarrarse y actividades sociales y de formación, así como la organización de las actividades de la vida diaria. Las actividades psicosociales que desarrollan técnicas de comunicación y destreza ante conductas de riesgo son también fundamentales. Entre ellas destacan el ofrecer compañía, tacto terapéutico, escucha activa, reorientación a la realidad, técnicas de recuerdo, orientación temporoespacial, periodos de tranquilidad o silencio. Además, es imprescindible que las intervenciones sean multidisciplinarias, con la participación de fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales, así como que incluyan intervenciones de enfermería que promuevan el bienestar y el confort, hidratación, buen estado nutricional, integridad de la piel, autonomía para el auto cuidado (Elsden De Digon et al., 2003; Wazen Hervás, 2012). Del mismo modo, es importante la reevaluación de la medicación por el médico (valoración de posibles efectos secundarios como hipotensión o marcha inestable). En cualquier caso hay que aliviar el dolor, tratar infecciones, eliminar accesos invasivos innecesarios, ayudas sensoriales con el uso de prótesis auditivas y visuales, así como evaluar la medicación (Elsden De Digon et al., 2003).

El Modelo de Cuidado planteado por Ana Urrutia (2015) considera necesario racionalizar y eliminar el uso de psicotrópico y otras sujeciones químicas, una valoración y asesoramiento nutricional, fomentar actividades físicas dentro de una cultura de libertad de movimiento y monitorización y suplementación de la vitamina D para una retirada efectiva de las contenciones.

Urrutia (2015) revisó otros estudios, las intervenciones sobre las que trabajan están encaminadas al establecimiento de políticas de cambio, programas de formación para el personal, sistemas de consultoría y asesoramiento por expertos, desarrollo de intervenciones alternativas

Möhler (2011) realizó una revisión Cochrane sobre los temas tratadas en los programas educativos para la retirada de las contenciones. Estos incluyen formación sobre la demencia y los problemas conductuales, estrategias para manejar la agresión y el comportamiento, información sobre las contenciones mecánicas (aspectos legales, efectos adversos, experiencias sobre estar contenidos, uso correcto) y formas alternativas a su uso para prevenir las caídas. Recientes estudios han confirmado que sólo la formación no basta para reducir el uso de contenciones (M. J. M. Gulpers et al., 2012; Hamers et al., 2009; Haut et al., 2010).

Numerosas intervenciones incluyen un sistema de consultoría, llevado a cabo por un experto, en el que se abordan, entre otros, discusiones sobre residentes en particular con problemas conductuales o historial de múltiples caídas (Möhler et al., 2011; Muñiz et al., 2016).

La Fundación Cuidados Dignos (2012) propone cuatro pasos para la retirada de contenciones. El primer paso es el fortalecimiento de la gestión del centro. El segundo trata del empoderamiento de las personas trabajadoras. A continuación, se empodera a la persona usuaria para que pueda gestionar su vida, dando a la vez, poder a la familia para que participen en dicho proyecto vital, es el tercer paso. Finalmente, en el cuarto, se deben vencer las resistencias que la estructura organizativa pueda generar.

Por tanto, podría concluirse que para la retirada efectiva de las contenciones es necesaria una combinación de enfoques que incluya educación, un sistema de asesoramiento y consultoría, compromiso institucional para reducir la contención, cambios en las políticas, así como la disponibilidad de intervenciones alternativas. Todas estas aproximaciones entienden las actitudes de las enfermeras y los familiares respecto a las contenciones como importantes determinantes que necesitan ser tratados (Haut et al., 2010).

4.4.1. Los resultados obtenidos por los proyectos

En este último apartado se van a presentar las conclusiones de los estudios que han realizado intervenciones sobre la retirada de las contenciones físicas.

Los estudios observaron una disminución del uso de contenciones, sobre todo entre los pacientes con demencia (M. J. Gulpers et al., 2010; M. J. M. Gulpers et al., 2011; Muñiz et al., 2016; Urrutia Beascoa, 2015). Este descenso no conduce a un aumento del uso de fármacos psicótrpos (M. J. M. Gulpers et al., 2012; Möhler et al., 2011; Muñiz et al., 2016; Urrutia Beascoa, 2015).

En cuanto al número de caídas, los estudios en general no recogen diferencias estadísticamente significativas, la retirada de contenciones no se acompañó de un aumento del número de caídas ni de su gravedad (M. J. M. Gulpers et al., 2011, 2012; Urrutia Beascoa, 2015). De forma general, los estudios no reflejan un aumento en el número de caídas en el grupo intervención (M. J. Gulpers et al., 2010). En el estudio llevado de cabo por Evans, se observó un descenso estadísticamente significativo en el número de pacientes del grupo intervención que presentaron al menos una caída, asimismo, durante el seguimiento, el grupo control presentó una tasa de caídas significativamente superior (Möhler et al., 2011). En el estudio de Muñiz (2016), se observó un incremento del número de caídas, sobre todo entre los residentes que ingresaron una vez el estudio había comenzado, no entre los residentes a los que se desató.

Pese a que la disminución de caídas no es estadísticamente significativa, permite desmontar el mito que las sujeciones son necesarias para evitarlas. Ana Urrutia (2017) realizó un seguimiento a un grupo al que se le había retirado las contenciones sin que se produjera un aumento de la gravedad de sus consecuencias.

Para finalizar, la Fundación Cuidados Dignos (2012) realizó una guía para eliminar el uso de restricciones en la que detallan los beneficios para la salud de la persona cuidada a la que se retiran las contenciones que pueden consultarse en el anexo 3. Asimismo, identificaron una mejora de la motivación y satisfacción de los cuidadores (tanto profesionales como informales),

como consecuencia de la mejora de la calidad de los cuidados. En los centros de atención, mejoró la satisfacción de los familiares y, como consecuencia, la imagen del centro.

5. MARCO TEÓRICO

5.1. El Paradigma Crítico Social

La perspectiva crítica, más que una teoría específica, es un movimiento intelectual que engloba varios enfoques ideológicos alternativos (Berenguera Ossó, Fernandez de Sanmamaed Santos, & Pons Vigués, 2014). El paradigma crítico social se basa en los principios filosóficos del Constructivismo Social que cuestionó las bases del Positivismo. Guba y Lincoln (2000) lo describen como un paradigma amplio que denota una serie de orientaciones teóricas, incluyendo el marxismo, el materialismo histórico, el feminismo y el post-estructuralismo. En común, tienen la innovadora suposición epistemológica de que la naturaleza de la investigación está regida por los valores y que el conocimiento no es neutro, sino político (Berenguera Ossó et al., 2014).

En el constructivismo social se adopta una postura crítica ante el conocimiento dado por establecido (Bover, 2004). Esta perspectiva se sitúa en un relativismo escéptico, entendiendo que no existen grandes teorías que puedan reflejar la complejidad de la realidad, moldeada por relaciones de poder y contextualizada por el habla, los textos y los medios de masas (Gallo, 2011; Miró, 2008; Ponsell, 2012). Lo que se considera “verdad” es una cristalización de discursos dominantes y transformadores (Miró, 2008). Por lo tanto, únicamente se pueden plantear generalizaciones cuando la combinación de circunstancias y valores sociales, políticos, culturales, económicos, étnicos y de género son similares en distintos escenarios (Bover, 2004).

El propósito de estas investigaciones es la crítica, desmontar la relación existente entre discurso y poder, para posteriormente plantear la transformación de las estructuras sociales, políticas, culturales, económicas, étnicas y de género (Berenguera Ossó et al., 2014; Bover, 2004; Miró, 2008; Ponsell, 2012). Es decir, para construir un discurso transformador que discrepe de lo aceptado mayoritariamente, las personas debemos desarrollar una percepción crítica sobre la realidad actual que nos estimule a ello (Miró, 2008). La investigación crítica es juzgada por su capacidad para desvelar las estructuras de opresión a partir de las experiencias de las personas que las padecen. Trata de crear un espacio en el que dar voz a múltiples voces, incluidas las oprimidas, para que expongan sus vivencias (Denzin & Lincoln, 1994; Gallo, 2011; Ponsell, 2012).

Según Estrada (2015), es necesaria la teoría crítica en relación con la investigación cualitativa en salud, pues es urgente concienciar a los profesionales sobre su papel en la denuncia y lucha por unas mejores condiciones de vida para toda la población. En este fenómeno, la creación del conocimiento busca la transformación social, reconociendo los múltiples determinantes que intervienen en el uso de las contenciones. En este sentido, los profesionales sanitarios pueden actuar como agentes facilitadores de la transformación de circunstancias que oprimen al sujeto y sus colectividades, pues quienes practican las concepciones y prácticas de dominación ideológica en el área de la salud no son capaces de enfrentarse a los grandes retos de compromiso social ni siquiera imaginan que sea necesario hacerlo.

Desde este paradigma, la perspectiva ontológica se sitúa en un realismo histórico, entendido como realidad virtual modelada por valores sociales, políticos, culturales, económicos, étnicos y de género; para después quedar cristalizados en una serie de estructuras que se consideran reales, naturales e inmutables (Bover, 2004; Gallo, 2011; Ponsell, 2012).

Epistemológicamente, el paradigma crítico social es transaccional/subjetivista, lo que significa que sus hallazgos están mediados por valores. El investigador y el objeto investigado están vinculados interactivamente y los valores del investigador influyen en la investigación. En las investigaciones del paradigma crítico social se utiliza una metodología dialógica / dialéctica, que requiere un diálogo entre el investigador y lo investigado (Bover, 2004).

El investigador en este paradigma tiene el papel de instigador y facilitador, por lo que genera y produce entendimiento sobre cuáles son las transformaciones necesarias (Bover, 2004; Gallo, 2011). La posición del investigador dentro de este paradigma implica un proceso redefinido continuamente mediante la cooperación e interacción entre el fenómeno y el ambiente estudiado (Gallo, 2011).

Además, en el paradigma crítico social, no se analizan los aspectos biomédicos o fenomenológicos, sino que se presta atención a factores estructurales, denominados determinantes sociales de la salud. Estos están presentes en todos los contextos sociales y formas culturales humanas y su distribución es diversa, específica y dinámica de cada contexto.

Los determinantes sociales pueden clasificarse en estructurales e intermediarios. Los estructurales explican las estructuras sociales de un contexto cultural específico, así como la estratificación de los individuos en la escala social. Estos pueden ser macroestructurales (los relacionados con el contexto social) o microestructurales (referentes a la posición social). Los determinantes intermediarios son los relacionados al acceso a las condiciones de vida, recursos y servicios más o menos saludables según la posición y poder social de las personas dentro de la estratificación social de un contexto social específico (Borrell & Artazcoz, 2008). Los determinantes sociales que se explorarán en el fenómeno son los presentados en la siguiente tabla.

Determinantes Sociales Estructurales		Determinantes Sociales Intermediarios
Macroestructurales	Microestructurales	
Política Cultura y valores	Tipo de ocupación Tipo de usuarios	Condiciones de trabajo Características arquitectónicas de los centros Red social de los usuarios

Dentro del paradigma crítico social se encuentra la vertiente de las teorías post-estructuralistas o post-modernistas que pretenden crear dudas, criticar y desafiar. Éstas van a ser tratadas en el siguiente apartado con el fin de delimitar el marco teórico elegido.

5.2. La perspectiva teórica: Bourdieu y Foucault

A partir de los conceptos analizados por la bibliografía y tras revisar diferentes investigaciones sobre las personas mayores y otras sobre las relaciones de poder en el sistema sanitario, se ha decidido optar por el pensamiento de Pierre Bourdieu y Michel Foucault para la construcción del marco teórico. La obra de Bourdieu resulta interesante como aproximación a la estructura general de las instituciones, mientras que, para analizar las prácticas concretas serán útiles los conceptos desarrollados por Foucault.

5.2.1. Pierre Bourdieu

Pierre Bourdieu es uno de los sociólogos más destacados de la segunda mitad del siglo XX. Entre sus aportaciones, destacan las dedicadas a los estilos de vida. Bourdieu (2008, pp. 135–137) concibe la sociedad como espacio social, un sistema relacional de diferencias en el cual se constituyen diversos campos con sus reglas de juego específicas. Bourdieu trató de separar la dualidad tradicional entre el fisicalismo, es decir, las estructuras sociales y el objetivismo, y la hermenéutica, que hace referencia a la acción social y el subjetivismo. Para ello hace referencia a los conceptos de *habitus*, campo y capital.

Según Gallo (2011), Bourdieu reconoce que las acciones individuales y grupales en un determinado contexto no pueden ser explicadas simplemente como comportamientos individuales, sin tener en cuenta la estructura que las sustenta, sino como acciones con influencia cultural, de tradiciones y estructuras objetivas dentro de la sociedad. El sociólogo busca el orden social oculto tras el orden simbólico para explicar las estructuras y los espacios sociales, así como para ayudar a construir una visión más real del mundo estudiado. De esta forma, como “lo real es relacional, es necesario pensar relacionalmente lo real” (Bourdieu & Wacquant, 2008, p. 134; García Inda, 2000, p. 14).

Tal y como se recoge en la introducción de ‘Poder, Derecho y Clases sociales’, Bourdieu propone la fórmula $\{(habitus) (capital)\} + \text{campo} = \text{práctica}$ (García Inda, 2000). Estos conceptos clave de la obra de Bourdieu serán descritos en los siguientes apartados.

5.2.1.1. El concepto de Campo según Bourdieu

Bourdieu define el campo como “un espacio social específico” o “un conjunto de relaciones o un sistema de posiciones sociales que se definen las unas en relación a las otras”. Se trata de un espacio donde las posiciones de los agentes se encuentran fijadas a priori y es allí donde se da una lucha entorno a intereses que son específicos de esa área en cuestión. Para Bourdieu, el campo es el ámbito de estudio primario de cualquier investigación, por encima de los agentes individuales (Bourdieu & Wacquant, 2008, pp. 136–146; García Inda, 2000, pp. 14–15).

En nuestro fenómeno de interés, concebiremos las instituciones sanitarias como el campo, al tratarse de un espacio complejo y con sus propias leyes, lo que permitirá estudiar las relaciones y modalidades de intervención que en ellas se desarrollan. De esta forma, el análisis de sus reglas y códigos internos permitirá descubrir la cultura de las contenciones que impera en ellas.

Según Bourdieu (2008, p. 135), los campos son muy diferentes unos de otros, por ejemplo, el campo de la política, el de la religión o el hospitalario. Todos ellos hacen referencia al espacio donde se dan encuentros entre individuos que permiten la confrontación de opiniones, con luchas y relaciones de poder entre los agentes que muchas veces son asimétricas (Bourdieu & Wacquant, 2008; Gallo, 2011). La estructura del campo resulta del estado de la relación de fuerzas entre los agentes o las instituciones implicadas en la lucha, de la distribución del capital específico. Para Bourdieu la posición dentro del campo estudiado depende del capital reconocido por la propia sociedad (Bourdieu & Wacquant, 2008, pp. 136, 138). Esta idea puede ser útil para entender las luchas que se desarrollan dentro de las instituciones, especialmente aquellas que tienen que ver con el uso de las contenciones.

Entenderemos el campo sanitario como producto de un proceso histórico, social y cultural, que comparte elementos con otras instituciones pero que crean fenómenos sociales y culturales

propios, que lo determinan y diferencian de las demás instituciones. Sin embargo, Bourdieu (2008, p. 138) entiende que “sólo estudiando cada uno de los universos se puede sopesar hasta qué punto están constituidos, dónde se terminan, quién está adentro y quién no, y si conforman o no un campo”. Por lo tanto, será necesario analizar las instituciones por separado para identificar si componen en su conjunto un campo. Estos conceptos desarrollados por Bourdieu permitirán configurar el contexto en el que ocurre la acción del uso de las contenciones, captar una realidad subjetiva materializada en discursos sobre actitudes, conocimientos y prácticas de los profesionales.

5.2.1.2. El concepto de *Habitus* según Bourdieu

Bourdieu entiende por *habitus* “el conjunto de disposiciones de los agentes en el que las prácticas se convierten en principio generador de nuevas prácticas” (García Inda, 2000, pp. 24, 31). Este sociólogo parte de la idea que “la acción humana no es una reacción instantánea a estímulos inmediatos, y la más ligera ‘reacción’ de un individuo frente a otro está impregnada de la historia de esas personas y de su relación en su totalidad” (Bourdieu & Wacquant, 2008, p. 164). Se trata del conjunto de esquemas a partir de los cuales los sujetos perciben el mundo y actúan en él, la “interiorización de la exterioridad” y la “exteriorización de la interioridad”. Por tanto, la sociedad hace posible la percepción, la apreciación y la acción social para los sujetos, inculcados en un contexto social particular (Bourdieu & Wacquant, 2008, p. 167; Gallo, 2011).

El análisis del *habitus* servirá de reflejo de los diferentes modos de estar en el mundo y de entender las realidades que se plantean a diario en relación al uso de las contenciones.

El *habitus* son aquellas disposiciones no conscientes que el individuo interioriza a través de socialización y que lo llevan a pensar, percibir y actuar de una manera determinada (García Inda, 2000, p. 27). De esta forma, “lo individual, e incluso lo personal, lo subjetivo, es social, colectivo” y “la mente está socialmente estructurada” (Bourdieu & Wacquant, 2008, p. 166). Se establece una relación directa entre la cultura colectiva y los comportamientos individuales. Estos son considerados por Bourdieu respuestas automatizadas que constituyen la manera de estar en un determinado contexto, incorporadas de manera inconsciente y por imitación por los individuos a sus vidas. De esta forma, se convierte en una instancia mediadora entre las estructuras objetivas y la conciencia subjetiva (García Inda, 2000, pp. 27, 28). El *habitus* permite la integración en un grupo y proporciona la aptitud para actuar en una situación sin precisar la elaboración de un plan de acción (Gallo, 2011). Por lo tanto, el *habitus* es la respuesta tanto de la experiencia individual como de la historia colectiva, por lo que la vida social es resultado no sólo de las acciones de los individuos, sino también de la historia, la tradición y los principios de las personas (Gallo, 2011). Esta concepción del *habitus* permitirá concebir las actitudes de los profesionales como resultado de múltiples influencias y determinante de la práctica que desarrollen.

Por otro lado, el *habitus* se considera un elemento obstaculizador del cambio en las conductas y relaciones. En este sentido, los individuos van a actuar influidos por factores externos más que por sus intereses o valores y sus elecciones serán el resultado de su historia y sus condiciones sociales (Gallo, 2011). El análisis del *habitus* permitirá así identificar cuáles son las barreras por parte de los profesionales para retirar las contenciones.

Por lo tanto y para acabar, *Habitus* y campo están íntimamente relacionados: el campo estructura al *habitus* que a su vez contribuye a construir el campo como mundo significativo,

dotado de sentido y valor (Bourdieu & Wacquant, 2008, p. 167; Garcia Inda, 2000, p. 15). Según Bourdieu (2008, p. 168), la realidad social existe dos veces: “en las cosas y en las mentes, en los campos y en los *habitus*, fuera y dentro de los agentes”. Como recogen Gallo (2011) y Ponsell (2012), “el agente, no es por completo el autor de sus prácticas, sino que en él actúa invisiblemente la fuerza social”, de esta forma, el hecho de compartir posición social genera comportamientos similares. En definitiva, para entender las condiciones de la acción es necesario analizar la estructura social que la ha sustentado. Consecuentemente y siguiendo este modelo, es imprescindible entender los factores sociales y culturales del contexto que van a determinar cuáles son las prácticas de los profesionales respecto al uso de las contenciones.

5.2.1.3. El concepto de Capital según Bourdieu

Bourdieu denomina capital a “las fuerzas que están activas en el campo”, es decir, los recursos que se ponen en juego en los campos. El capital puede tomar diversas formas que son determinadas por el campo en el cual serán utilizadas. Éste puede ser intercambiado o utilizado por una persona para mejorar su posición dentro del campo (Bourdieu & Wacquant, 2008, pp. 136–147; Garcia Inda, 2000, p. 17). Distingue diferentes tipos de capital: capital económico, capital cultural, capital social y, por último, el capital simbólico.

Los diferentes tipos de capital ayudarán a comprender el significado de las prácticas de los profesionales, teniendo en cuenta el lugar que ocupan en el campo.

El capital económico hace referencia al bienestar material que se manifiesta según cuál sea el campo (Gallo, 2011). En nuestro caso, el capital económico es la institución sociosanitaria y la autonomía de la persona mayor.

El concepto de capital social es definido como el conjunto de los recursos actuales o potenciales vinculados a la posesión de una red duradera de relaciones más o menos institucionalizadas de interconocimiento e interreconocimiento destinadas a la institucionalización de la reproducción de relaciones sociales utilizables directamente, a corto o largo plazo (Ponsell, 2012). Este concepto fue usado por Bourdieu para referirse a las ventajas y oportunidades que obtienen las personas al ser miembros de ciertas comunidades (Gallo, 2011). Así pues, el capital social se encuentra asociado a la pertenencia de un agente a un grupo social determinado, y se basa en el reconocimiento de una estructura de relaciones. Estudiar el capital social desde esta perspectiva permite identificar los mecanismos de poder y la búsqueda de alternativas para revertir la dominación (Ponsell, 2012). Este concepto podrá ser utilizado para hacer referencia a los cuidados recibidos por los pacientes por parte de las instituciones, entendiendo que acuden a ellas por necesitarlos y que serán beneficiados en diferente medida según la calidad de los mismos, prestando especial atención a aquellos relacionados con el uso de las contenciones.

Bourdieu utiliza el término capital cultural para aludir al conjunto de conocimientos, experiencias y relaciones acumuladas que son desempeñadas en las prácticas sociales. Estos determinan los lugares que los agentes ocuparán y las posibilidades de acción en los campos en los que son desarrollados (Gallo, 2011). Este capital quedará reflejado en los discursos de los profesionales al abordar sus conocimientos y actitudes respecto al uso de las contenciones. Las diferencias en el capital cultural deberán tenerse en cuenta para entender la posición que ocupan los agentes y, por tanto, para analizar las relaciones de poder que puedan desarrollarse.

Finalmente, el capital simbólico aparece como cualquier forma de capital, representada y aprehendida simbólicamente en una relación de conocimiento, desconocimiento y reconocimiento que se vuelve simbólicamente eficiente (García Inda, 2000, p. 17). Hace referencia a ciertas propiedades que parecen inherentes a la persona, como la autoridad, el prestigio, la reputación, el crédito, la fama, la notoriedad, la honorabilidad o el buen gusto, entre otras, que sólo pueden existir en la medida que sean reconocidas por los demás. Este concepto puede ilustrar cómo la percepción que tengan los profesionales de las personas mayores puede determinar las prácticas que desarrollen, en concreto, en cuanto al uso de las restricciones físicas. Asimismo, será necesario poner énfasis en los valores y creencias que cada profesional lleva incorporado a través de la cultura o grupo al que pertenecen, pues estos tienen un papel importante sobre las decisiones, actuaciones y actitudes que son determinantes para el tipo de cuidados que ofrezcan, especialmente respecto al uso de las contenciones.

Por lo tanto, es evidente la relación entre campo y capital que se definen y configuran mutuamente, teniendo en cuenta que “para construir el campo, uno debe identificar las formas de capital específico que operan en él, y para construir las formas de capital específico uno debe conocer el campo”. En definitiva, el campo se convierte en una especie de “mercado” en el que se produce y se negocia un capital específico (García Inda, 2000, pp. 15, 18).

En el entorno sociosanitario y residencial, se generan relaciones de poder, que junto con el capital simbólico (valores morales, creencias), influyen en el moldeamiento del conocimiento de los profesionales. El tipo de *habitus* que desarrollan los diferentes profesionales en estos entornos, se verá reflejado en la manera de relacionarse con los mayores y el tipo de cuidados que les ofrezcan. Esta manera de relacionarse estará determinada por la posición que ocupan más que por el capital cultural que poseen.

Los profesionales de la salud se han adentrado en el campo, con un capital social y académico determinado. Sólo por el hecho de estar en este campo específico han ido adquiriendo una serie de valores y actitudes que en principio no tenían y que van a ejercer una gran influencia en el cuidado de los pacientes.

5.2.2. Michel Foucault

Foucault es un filósofo e historiador francés nació en 1926 y falleció en 1984. Su pensamiento se encuentra en la teoría del post-estructuralismo.

El post-estructuralismo es una corriente de pensamiento que se encuentra situado dentro del paradigma crítico social, surge de la suposición epistemológica de que la naturaleza de una investigación está determinada por valores sociales (Denzin & Lincoln, 1994). Por lo tanto, cualquier discurso sólo puede entenderse en el contexto del desarrollo histórico de una sociedad dada y bajo las relaciones de poder entre sus miembros (Gastaldo & Holmes, 1999).

El post-estructuralismo interrelaciona el lenguaje, la subjetividad, la organización social y el poder. La pieza central es el lenguaje, que no refleja la realidad social, sino que aporta significados y crea las realidades sociales (Denzin & Lincoln, 1994, p. 518). Según lo recogido por Miró (2008), hace referencia a un conjunto de posiciones teóricas que desafían la idea de que el lenguaje es neutral, objetivo y libre de valores respecto a la realidad. Enfatiza que la verdad está socialmente construida, y que hay muchos discursos que compiten para producir lo que nosotros/as tomamos como realidad. El lenguaje no es resultado de la propia individualidad,

sino que construye la realidad subjetiva, entendiendo que está contextualizada histórica y localmente. Por lo tanto, el significado para cada individuo depende de los discursos que los haya tenido acceso (Denzin & Lincoln, 1994, p. 518; Gastaldo & Holmes, 1999). De esta forma, se establece una relación directa entre el poder, el conocimiento y los discursos, entendiendo discursos como formas de pensar y de hacer, pues la práctica y el pensamiento son indisolubles.

Al rechazar la idea de “verdad objetiva”, aceptan la existencia de múltiples significados, por lo que cualquier interpretación puede ser correcta, pudiendo coexistir diferentes interpretaciones que son a su vez “verdad” (Denzin & Lincoln, 1994, pp. 315–316). Los post-estructuralistas argumentan que todo el conocimiento está tan comprometido epistemológicamente que es imposible saber o hacer algo acerca de algo (Denzin & Lincoln, 2003, p. 144). Según Segarra (2000, p. 32), en el Post-Estructuralismo no se trata de sacar a la luz el significado oculto del texto, sino estudiarlo como el resultado, y a su vez como el producto, de los sistemas de representación.

La crítica post-estructuralista trata de cuestionar la relación entre poder y conocimiento y cómo esta relación está enclavada en las prácticas cotidianas. El post-estructuralismo no cuestiona la verdad o falsedad del conocimiento, sino que explora las fuentes que hacen que algo sea verdadero o falso, en concreto, los efectos y las implicaciones del conocimiento aprobado (Miró, 2008). En este sentido, esta teoría permitirá comprender cómo conciben los profesionales las sujeciones y las implicaciones que esto tiene en la práctica.

Para los autores post-estructuralistas, uno de los temas de interés es la ética de los cuidados (Denzin & Lincoln, 2003, p. 15). Este interés refuerza que nuestro fenómeno de estudio sea abordado desde esta perspectiva.

Así pues, desde la perspectiva post-estructuralista, los discursos son considerados formas de pensamiento y prácticas integradas dentro de una amplia estructura social. Hacen referencia a lo que puede ser dicho, pensado y hecho, pero también quién puede hablar, cuándo y con qué autoridad. Los discursos se pueden solapar, complementar o incluso oponer. Por dominantes se entienden aquellos que se encuentran arraigados en la sociedad y son considerados incuestionables. Por transformadores los que pretenden crear resistencias, construir nuevas identidades y al hacerlo buscan la transformación de la estructura social (Gallo, 2011; Ponsell, 2012). Esta perspectiva me servirá para tratar los diferentes discursos como producto de una realidad histórica.

El poder es entendido como fluido, dinámico, inestable y no perteneciente a una clase privilegiada (Gastaldo & Holmes, 1999). Esto va a ayudar a entender las múltiples relaciones de poder que se desarrollan en estos entornos, comprendiendo el uso ocasional de las contenciones como mecanismo de poder.

Esta teoría entiende que el sujeto tiene múltiples ‘yo’ (‘self’). Estas múltiples identidades son resultado de una construcción histórica, social y cultural, más allá de una construcción individual. Estos diferentes ‘yo’ pueden permitir la aproximación a la ambivalencia que describe la literatura ante la que se encuentran los profesionales respecto al fenómeno.

Para la aproximación a los diferentes conceptos clave que permitirán una mejor comprensión del fenómeno, he recurrido a las teorías de Michel Foucault. Se han analizado conceptos como la disciplina, la seguridad, la normalización y la resistencia para abordar y comprender el fenómeno de la cultura de las contenciones. Estos van a ser abordados según estén relacionados con procedimientos institucionales o con actitudes individuales.

5.2.2.1. Los conceptos de Foucault relacionados con los procedimientos institucionales: Seguridad y Disciplina

Foucault (2002, p. 83) define en *Vigilar y Castigar* las disciplinas como aquellos “métodos que permiten el control minucioso de las operaciones del cuerpo, que garantizan la sujeción constante de sus fuerzas y les imponen una relación de docilidad-utilidad”. El uso del término disciplina hace referencia al conjunto de técnicas en virtud de las cuales los sistemas tienen por objetivo la singularización de los individuos (Castro, 2011, p. 102). La disciplina analiza, descompone a los individuos, los lugares, los tiempos, los gestos, los actos, las operaciones en elementos que son suficientes para percibirlos y modificarlos. De esta forma intenta establecer los elementos mínimos de percepción y suficientes de modificación (Foucault, 2006, p. 75). Tal y como recoge Moreno (2016), la disciplina es la reglamentación de las cosas más pequeñas de la vida cotidiana; de esta forma se llega a controlar a los “átomos sociales mismos, es decir, los individuos”. La disciplina funciona “aislando un espacio dentro del cual su poder y los mecanismos de éste actuarán plenamente y sin límites”. Lo reglamenta todo, controlando las acciones y los comportamientos de los individuos.

Esta visión de la disciplina favorece la comprensión sobre cómo las contenciones pueden ser utilizadas como mecanismos de disciplina para mantener el orden y el control en los entornos residenciales.

La disciplina parte de una norma y a continuación es posible distinguir lo normal de lo anormal en relación con el ordenamiento efectuado por ella. Ésta fija los procedimientos de adiestramiento progresivo y control permanente (Foucault, 2006, pp. 75, 83). El filósofo francés entiende que la disciplina “no puede identificarse ni con una institución ni con un aparato. Es un tipo de poder, una modalidad para ejercerlo, implicando un conjunto de instrumentos, de técnicas, de procedimientos, de niveles de aplicación, de metas” (Foucault, 2002, pp. 130, 132). Ésta es asumida por instituciones que la utilizan como instrumento esencial para un fin determinado, como los hospitales, o por aparatos que han hecho de la disciplina su principio de funcionamiento interno. La sociedad disciplinaria se ha formado a partir de infiltración generalizada de la modalidad disciplinaria. La disciplina tiene que “hacer jugar las relaciones de poder no por encima, sino en el juego mismo de la multiplicidad, de la manera más discreta que pueda, la mejor articulada sobre las demás funciones de estas multiplicidades, la menos dispendiosa también”. Esta idea muestra cómo se integra la disciplina en la rutina de la institución, como forma de garantizar la seguridad y permitir otras actividades (por ejemplo, que el paciente se pueda mover al estar vigilado).

En la década de los 70, Foucault se dedicó a explorar las tecnologías de dominación, especialmente la disciplina en entornos como hospitales, pues no sólo la cárcel resulta de la aplicación de la disciplina (Castro, 2011; Foucault, 2002; Moreno, 2016). En ámbitos locales, concibe la disciplina como técnicas de individualización del poder en grupos concretos. En las instituciones sanitarias, especialmente los hospitales, según Foucault, la introducción de los mecanismos disciplinarios ha permitido su medicalización. Por consiguiente, gracias a la introducción de una disciplina hospitalaria esta se ha transformado en una disciplina terapéutica (Moreno, 2016). La disciplina “fabrica cuerpos sometidos, cuerpos dóciles”. Esta idea coincide con la concepción de las contenciones como mecanismos, además de disciplinarios al permitir mantener el orden, terapéuticos. Sin embargo, muchos procedimientos disciplinarios han llegado a fórmulas generales de dominación (Foucault, 2002, p. 83). Esta idea podría ser

trasladable, en nuestro caso, a la disciplina aplicada al grupo de personas mayores en las instituciones sanitarias y residenciales mediante el uso de procedimientos como las sujeciones.

Gastaldo (1999) analizó la relación de Foucault con las investigaciones en enfermería, recogiendo el uso que se le ha dado al concepto de disciplina: como resultado de la observación jerárquica, del juicio normalizador o de la examinación.

Los mecanismos disciplinarios, bajo una apariencia inocente, esconden objetivos no siempre éticamente aprobables. Los mecanismos disciplinarios desprenden a los individuos de su carácter individual y los hacen a todos perfectamente intercambiables (Foucault, 2002, pp. 84, 85). Esto podría explicar cómo las contenciones atacan a la dignidad y a otros principios básicos inherentes a cualquier persona.

La tercera parte de *Vigilar y Castigar* está enteramente dedicada al análisis del poder disciplinario (Castro, 2011, p. 103; Foucault, 2002). El poder disciplinario tiene como función principal la de “enderezar conductas”, a menudo a través de procedimientos menores (Foucault, 2002, p. 104). Esto podría ser trasladado a cómo las restricciones son dispositivos disciplinarios dirigidos a buscar la docilidad de quien es sometido a ellas mediante el control de sus problemas conductuales y de esta forma mantener el orden de las instituciones.

Como describe Castro (2011, p. 104), se trata de una forma de poder que tiene por objetivo los cuerpos en sus detalles, en su organización interna, en la eficacia de sus movimientos. La disciplina mantiene con el cuerpo una relación analítica. Para Foucault, hay una anatomía política del cuerpo cuya finalidad es producir cuerpos útiles y dóciles o, más concretamente, útiles en la medida de su docilidad. En este sentido, la disciplina busca aumentar la fuerza económica del cuerpo a la vez que reducir su fuerza política.

Desde un punto de vista productivo, la disciplina es concebida como generadora de individualidad. Entre las técnicas de poder disciplinario destacan la distribución de los cuerpos en el espacio, el control de la actividad horaria, la organización de la génesis y la composición de las fuerzas (Castro, 2011, p. 104; Foucault, 2002, pp. 86–87). Según Foucault “la disciplina procede ante todo a la distribución de los individuos en el espacio”. Ésta exige la clausura de un lugar, que esté cerrado sobre sí mismo. Entiende como necesario evitar los desplazamientos incontrolados que impidan saber dónde y cómo están los individuos en cada instante. En definitiva, la disciplina organiza el espacio analítico. En este sentido se pueden entender las contenciones como mecanismo para controlar espacialmente a los mayores en entornos residenciales en los que el contacto con el exterior para ellos resulta casi imposible. Los emplazamientos funcionales son espacios útiles disponibles en los que se pueden desarrollar diferentes actividades manteniendo la vigilancia (Foucault, 2002, pp. 85, 87, 119). En el entorno residencial, podríamos identificar las zonas comunes como emplazamientos funcionales pues permiten la vigilancia de los residentes a la vez que la realización de otras actividades.

Para generar la individualidad disciplinada, se recurre a instrumentos como la vigilancia, entre las que destacan las estructuras panópticas; la sanción normalizadora y el examen (Castro, 2011, p. 104; Foucault, 2002, p. 104). Para poder ejercer la vigilancia, se precisa de estructuras físicas que hagan visibles a quienes están dentro e intervenir sobre ellos. El hospital se organiza así como instrumento de acción médica pues permite observar a las enfermeras y ajustar los cuidados que se les da. De esta forma, las instituciones sanitarias funcionan como un “microscopio de la conducta” (Foucault, 2002, p. 105). Por ello, ante la imposibilidad para vigilar en estas instituciones, las contenciones surgen como sustitutos de esta necesidad. El poder disciplinario, gracias a la vigilancia, se convierte en un sistema integrado en la institución. La

posibilidad de vigilar permite evitar el uso de técnicas más físicas o violentas (Foucault, 2002, pp. 105, 108). Esto puede trasladarse a cómo la vigilancia puede permitir la retirada de dispositivos como las sujeciones y cómo esta incapacidad para vigilar es utilizada para justificar su uso.

La disciplina lleva consigo una manera específica de castigar. Este castigo debe ser correctivo, entendiendo que “castigar es ejercitar” (Foucault, 2002, pp. 109, 110). Las contenciones son a veces utilizadas como castigo/amenaza. Sin embargo, se llevan a cabo en paciente que han perdido su capacidad de aprendizaje por lo que el objetivo correctivo no debería buscarse. Foucault entiende que la disciplina, por regular e institucional que sea, es un “contraderecho” (Foucault, 2002, p. 134)

Foucault describe las características panópticas de las instituciones como las prisiones o los hospitales. Entiende que la prisión se convierte en una especie de observatorio permanente (Foucault, 2002, p. 77). La disciplina institucional establece así dispositivos de control y vigilancia para garantizar el seguimiento de las normas disciplinarias (Foucault, 2002, p. 121). Castro entiende, en base a la obra de Foucault, el panóptico como un modelo generalizable de vida, una tecnología política que es necesario separar de todo uso específico. Se trata de una máquina de dissociar el ver del ser visto por lo que reduce el número de quienes ejercen el poder, a la vez que aumenta el número de aquellos sobre quienes se ejerce. De esta forma se automatiza el poder y se desindividualiza pues no se sabe quién vigila (Castro, 2011). Las características panópticas no son totalmente aplicables al entorno residencial pues en ellas no tratan de separar o evitar el contacto colectivo. Sin embargo, sí se asemejan a los sistemas panópticos al ser mecanismos de control. La idea de “ver sin ser visto” no es aplicable pues la finalidad de estas instituciones es que la vigilancia sea terapéutica y como mecanismo preventivo de accidentes. La idea del panoptismo iluminará cómo las contenciones son utilizadas como sustitutivos ante la incapacidad de vigilar y supervisar a los mayores y seguir manteniendo su seguridad.

En *Vigilar y Castigar*, Foucault (2002, p. 141) describe las prisiones como aparatos disciplinarios exhaustivos, entre otros motivos, por el hecho de ocuparse de todos los aspectos del individuo. Desarrolla una disciplina incesante, ejerciendo un poder casi total sobre los detenidos, disponiendo de mecanismos internos de represión y de castigo, es decir, desarrollando una disciplina despótica. En las prisiones se regula el tiempo de vigilia y sueño, la actividad y el reposo, el número y la duración de las comidas, la calidad y ración de los alimentos, entre otros. Muchas características de las prisiones pueden ser trasladadas a las residencias u hospitales, donde a través de las rutinas establecidas, se despoja a la persona de su autonomía y su poder de decisión. Foucault (2002, p. 149) describe cómo el exceso es una constante en el funcionamiento de las prisiones, haciendo uso de prácticas abusivas que llega a definir de “violencias inútiles”. En nuestro fenómeno también puede ser aplicable por las diferentes prácticas abusivas que se desarrollan. Concibe las prisiones como “el lugar donde el poder de castigar, que ya no se atreve a actuar a rostro descubierto, organiza silenciosamente un campo de objetividad donde, el castigo podrá funcionar en pleno día como terapéutica, e inscribirse la sentencia entre los discursos del saber” (Foucault, 2002, p. 155).

Foucault (2002, p. 151) entiende que en la prisión no es suficiente conocer la decisión judicial y aplicarla, sino que es necesario obtener información constantemente del detenido para transformar la medida penal en una operación penitenciaria, de tal forma que la pena que debe cumplir resulte útil para la sociedad: “el delincuente se convierte en individuo a quien conocer”. Esta concepción es útil con el paciente geriátrico al no bastar conocer su motivo de ingreso o las

indicaciones biomédicas, es necesaria la valoración integral para desarrollar intervenciones que potencien las posibles habilidades del paciente.

En *Vigilar y Castigar* se describen los principios de las prisiones, algunos de los cuales son aplicables en los hospitales y las residencias. Uno de ellos es el principio de corrección por el que la detención penal debe tener como función esencial la transformación del comportamiento del individuo (Foucault, 2002, p. 163). Éste sirve para entender los centros residenciales como entornos para potenciar las habilidades y posibilidades de las personas. Otro de los principios es el de clasificación que defiende que los detenidos sean repartidos, más que por delito, por su edad, sus disposiciones, las técnicas de corrección que se pretenden utilizar y las fases de su transformación (Foucault, 2002, p. 163). En los hospitales y residencias es aplicable en cuanto a la distribución de los pacientes debería ir más allá de sus diagnósticos médicos y atender a sus necesidades, habilidades y posibilidades, entre otros. En tercer lugar, describe el principio de la modulación de las penas, según el cual las penas deben modificarse según la individualidad de los detenidos, los resultados obtenidos, los progresos o las recaídas (Foucault, 2002, p. 165). Siguiendo este principio, los procedimientos terapéuticos, o no, que se llevan a cabo con los residentes deben adaptarse constantemente a su situación. Atendiendo al principio de la educación penitenciaria, la educación es una precaución indispensable en interés de la sociedad a la vez que una obligación frente al detenido (Foucault, 2002, p. 164). Podemos entender por educación la rehabilitación multidisciplinar que resulta indispensable para su proceso de envejecimiento a la vez que un compromiso institucional con sus usuarios. Por último, el principio del control técnico de la detención defiende que el régimen de la prisión debe ser controlado y desarrollado por un personal especializado con capacidad moral y técnica para velar por la buena formación de los individuos (Foucault, 2002, p. 164). En el caso de hospitales y residencias, es necesario personal especializado y formado para atender la salud biopsicosocial de los usuarios.

Foucault describe cómo los directores deben tener vigilados a los detenidos y están obligados a justificar todo aquello que les ocurra (2002, p. 151). Los profesionales sanitarios deben igualmente controlar a los residentes y responder de lo que les pueda ocurrir.

La seguridad es entendida como el mecanismo regulador del poder del Estado en relación a la salud de la población, identificativo de las nuevas formas de gubernamentalidad. Ésta trata de regular y normalizar, es decir, hacer normales los aspectos vinculados a las poblaciones (Moreno, 2016).

El concepto de seguridad entendido por Foucault me servirá para comprender cómo los profesionales entienden que la seguridad de los pacientes es su responsabilidad y cómo son utilizadas las contenciones como mecanismos para garantizarla. Esta mentalidad es propia del modelo biomédico, en el que se prioriza la salud física de las personas sobre los aspectos psicosociales.

Foucault (2006, p. 73,74) insiste en *Seguridad, Territorio y Población* en diferenciar el concepto de seguridad y disciplina, que se oponen a veces, pero siempre son distintos. Una y otra abordan de distinta manera lo que cabe denominar normalización.

Describe las características de los “dispositivos de seguridad” que se utilizaron con la epidemia de la viruela y las campañas de inoculación del siglo XVIII. Estos deben tener una finalidad preventiva y demostrar su eficacia con un éxito casi total. Estos deben poder generalizarse a la totalidad de la población pues no deben suponer grandes dificultades materiales o económicas. Finalmente, estos dispositivos eran completamente ajenos a toda teoría médica. Estos

mecanismos tratan de evitar la denominada “enfermedad reinante”, es decir, una enfermedad consustancial, que se confunde entre otros elementos, con un grupo de gente. Entiende que hay riesgos diferenciales según la edad, las condiciones, los lugares o los medios (Foucault, 2006, pp. 77, 80, 81). Estas características de los dispositivos de seguridad también lo son de las contenciones mecánicas. Su principio fundamental es igualmente la prevención de caídas y suponen un gasto económico menor que otras medidas de supervisión que implican más personal. Asimismo, éstas son utilizadas en gran variedad de pacientes como los psiquiátricos, pediátricos, discapacitados o geriátricos. Por último, también son ajenas a la evidencia médica, pues se ha demostrado no son eficaces en la reducción de los eventos que pretenden evitar. Podríamos decir pues que en nuestro caso la “enfermedad reinante” serían las caídas, entendidas como complicación habitual y propia de la población geriátrica.

Los mecanismos de seguridad no deben establecerse en el eje de la relación “entre el soberano y los súbditos” para garantizar la obediencia total y en cierto modo pasiva de los segundos al primero. Estos mecanismos tienden a una anulación de los fenómenos, pero no a la manera de la prohibición, se trata de una anulación progresiva de los fenómenos por obra de los fenómenos mismos. Por lo consiguiente, los mecanismos de seguridad “no eligen para actuar el eje soberano-súbditos, y tampoco adoptan para ello la forma de prohibición” (Foucault, 2006, p. 86). En este sentido, mediante el uso de las contenciones, se evita la deambulación errante.

Finalmente, Foucault (2006, p. 95) defiende que para que se dé una relación justa de la población con los recursos y las posibilidades de la institución, es necesario actuar sobre una multitud de factores y elementos que ocasionalmente pueden estar lejos de la población misma y su comportamiento inmediato. En este sentido, concuerda con la necesidad de intervenciones multidimensionales y multidisciplinarias que no necesarias para una retirada exitosa de las contenciones.

5.2.2.2. Los conceptos de Foucault relacionados con las actitudes individuales: Normalización y Resistencia

El concepto de normalización trata el proceso de regulación de la vida y las conductas de los individuos y las poblaciones (Castro, 2011, p. 281; Moreno, 2016). La normalización describe el funcionamiento y la finalidad del poder. En este sentido, nuestras sociedades son sociedades de normalización, no sólo de disciplinarización (Castro, 2011, p. 281).

Es necesario entender cómo se normaliza el uso de las contenciones en los entornos residenciales, llegando a concebirlas como elementos terapéuticos. Dicha normalización es clave para comprender su uso tan extendido como dispositivo de seguridad y es necesario abordarla para modificar las prácticas.

Según Foucault y como recoge Moreno (2016), el cometido del sistema sanitario es la normalización, muy relacionado con los mecanismos de seguridad. En este sentido, la biopolítica trata de regular y normalizar; es decir, hacer normales los aspectos vinculados a las poblaciones (Moreno, 2016). Esta idea coincide con la concepción generalizada socialmente que las contenciones son elementos necesarios para evitar las caídas.

La normalización disciplinaria consiste en plantear un modelo al que la gente, los gestos y los actos deben ajustarse. De esta forma, lo normal es lo que es capaz de adecuarse a esa norma, y

lo anormal, lo que es incapaz de hacerlo. Por lo tanto, lo fundamental en la normalización disciplinaria no es lo normal y lo anormal, sino la norma (Foucault, 2006, pp. 75, 76).

En *Vigilar y Castigar*, Foucault (2002, p. 181) describe cómo “la práctica que normaliza por fuerza la conducta de los indisciplinados o los peligrosos puede ser, a su vez, por una elaboración técnica y una reflexión racional, “normalizada”. La técnica disciplinaria se convierte en una “disciplina que también tiene su escuela”. Esta descripción puede ser útil para entender cómo los profesionales han normalizado el uso de las contenciones, llegando a concebirlas como mecanismos terapéuticos para el control de la conducta.

Foucault (2002, pp. 184, 185) detalla el efecto del sistema carcelario en la normalización y legitimación del poder de castigar, rebajando el umbral de tolerancia a la penalidad, tendiendo a suprimir aquello exorbitante en el ejercicio del castigo. Para él, “la continuidad carcelaria y la difusión de la forma-prisión permite legalizar, o en todo caso legitimar, el poder disciplinario que de esta manera elude lo que puede llevar en sí de exceso o de abuso”. De esta forma, se infligen castigos legales en un contexto en el cual aparecen como liberados de todo exceso y de toda violencia. En definitiva, lo carcelario naturaliza el poder legal de castigar a la vez que legaliza el poder técnico de disciplinar. Foucault acaba describiendo cómo nos encontramos ante un “profesor-juez, médico-juez, educador-juez, trabajador social-juez que hacen reinar la universalidad de lo normativo”, sometiendo cada uno desde su espacio de acción a la persona para la que trabajan. En este sentido, los sistemas de inserción, de distribución, de vigilancia, de observación han sido el soporte del poder normalizador. Esta normalización se ve ante determinadas prácticas, llegando a considerar terapéuticos mecanismos punitivos.

Castro entiende, a partir del análisis de Foucault (2011, p. 105), que, en la sociedad de la normalización, se cruzan la norma de la disciplina de los individuos y la norma de la regulación de la población, la disciplina y el biopoder. Nos encontramos de este modo ante un triángulo formado por soberanía-disciplina-gestión gubernamental cuyo objetivo fundamental es la población y sus mecanismos esenciales son los dispositivos de seguridad. Esta idea permitirá entender como las contenciones son utilizados como dispositivos desde las instituciones como mecanismos de gestión de los cuidados para la cual es imprescindible el mantenimiento de la disciplina.

La resistencia hace referencia a las acciones y luchas que se establecen en torno a las relaciones de poder, especialmente cuando están dirigidas a luchar contra los discursos opresores (Castro, 2011, p. 357).

Utilizaré este concepto para entender cómo, desde las instituciones, hay profesionales que se resisten al uso de las contenciones y así iluminar su discurso emergente.

Foucault, a diferencia del Humanismo, no comparte la disociación entre saber y poder ya que está en contra de la concepción de un saber sobre el sujeto de carácter metafísico o universalista. Prefiere una concepción del sujeto que se construya a través de la historia y que integre las relaciones de poder que lo envuelven (Moreno, 2016). En este sentido, para Foucault poder y saber están articulados, a pesar de no ser idénticos. Es imposible que uno funcione sin el otro y tampoco se debe buscar esta separación. Es saber es una forma de poder; poder y saber constituyen las dos caras de una misma moneda pero sin llegar a ser lo mismo (Moreno, 2016).

Los poderes son “las formas de dominación, de sujeción, que funcionan localmente”. Los poderes locales, según Foucault, en su conjunto, forman el aparato del poder central (Moreno, 2016). Por tanto, desde esta perspectiva, comprender cuáles son las prácticas particulares de

los profesionales permitirá aproximarse a conocer cómo es la cultura de las contenciones desde la perspectiva de los profesionales.

En *Vigilar y Castigar*, Foucault (2002, pp. 48–49) describe cómo “el mal funcionamiento del poder remite a un exceso-central: lo que podría llamarse el “sobrepoder” monárquico que identifica el derecho de castigar con el poder personal del soberano”. El sobrepoder monárquico resulta de la combinación de los privilegios de la justicia, su arbitrariedad, su arrogancia arcaica, sus derechos sin control, los criticados, sus debilidades y excesos, sus exageraciones y sus lagunas. Esta idea podría ser trasladable al exceso de autoridad ejercido por parte de las instituciones y que está estrechamente relacionado con el ejercicio de prácticas que pueden ser concebidas como formas de castigo. El filósofo francés entiende que el poder de juzgar no debe depender de los privilegios de la soberanía, sino de los efectos atribuidos a la fuerza pública (Foucault, 2002, p. 49). La prisión aparece marcada por los abusos del poder, incompatibles con una buena justicia, actuando en nombre de los principios jurídicos clásicos (Foucault, 2002, p. 73).

En cuanto a las relaciones de poder, Foucault las define como aquellas relaciones que impregnan nuestra sociedad mediante rituales sutiles y finos constituyendo una microfísica del poder de la que forman parte todos aquellos mecanismos que no se ven (Moreno, 2016). Foucault (1992) entiende que estas relaciones son extraordinariamente numerosas e intencionales y están presentes en el día a día, apoyándose y oponiéndose unas a otras y siendo intencionales. Destaca que “el poder se ejerce a partir de innumerables puntos, y en el juego de relaciones móviles y no igualitarias” y “el poder viene de abajo”, por lo que “donde hay poder, hay resistencia y, no obstante, ésta nunca está en posición de exterioridad respecto del poder”.

Todas estas características de las relaciones de poder van a ser útiles a la hora de analizar las actitudes y las prácticas respecto al uso de las contenciones.

Para el filósofo francés, los ilegalismos están tan profundamente anclados y son tan necesarios para la vida de cada capa social, que tienen “en cierto modo su coherencia y su economía propias” (Foucault, 2002, pp. 50–54). Esta concepción puede ser trasladable a las contenciones, en cuanto éstas han conseguido establecerse como elementos rutinarios y necesarios para el día a día en el entorno residencial. Foucault describe cómo es valorado de forma u otra un mismo acto según la intencionalidad o la forma en que se realice. En este sentido, la valoración de las contenciones varía según si son usadas para perseguir la seguridad o como sustituto de la vigilancia. Se concibe que el ciudadano ha aceptado las leyes de la sociedad, incluyendo aquellas que pueden castigarlo. Es necesario pues, plantearse el problema de la “medida” del poder de castigar. Siguiendo esta idea, los pacientes aceptan las normas de las residencias, incluidas las restricciones, de ahí la importancia de la “medida” en su uso.

Dentro del ejercicio del poder, destaca la idea del castigo. Éste, para que sea útil, debe tener como objetivo las consecuencias del delito, entendidas como la serie de órdenes que es capaz de iniciar. La justificación del castigar recae en la prevención. En este sentido, las contenciones, son muchas veces utilizadas como dispositivos para evitar agitaciones psicomotrices que son las que inician su uso. Otra de las características de los castigos es que deben parecer no sólo naturales, sino interesantes. Las leyes que prescriben los delitos deben ser absolutamente claras para así poder distinguir las acciones criminales de las virtuosas. Hablando de las contenciones, es imprescindible conocer las indicaciones y las consecuencias de las mismas antes de utilizarlas. Para Foucault, “el castigo y la corrección que debe obrar son procesos que se desarrollan entre el preso y aquellos que lo vigilan” (Foucault, 2002, pp. 56–57, 66, 77).

Como recoge Castro (2011, p. 357), Foucault entiende que para que exista poder es necesario que haya resistencia. Desde esta perspectiva, las posibilidades reales de resistencia comienzan cuando dejamos de preguntarnos si el poder es bueno o malo, legítimo o ilegítimo, e interrogamos sus condiciones de existencia. La condición indispensable para que se produzcan acciones de resistencia es la libertad (Moreno, 2016).

La resistencia al poder no proviene de un exterior a él, sino que es contemporánea e integrable a las estrategias de poder (Castro, 2011, p. 357). En *Vigilar y Castigar*, describe “el principio de moderación de las penas ... surge como un grito del cuerpo que se rebela ante la vista o ante la imaginación de un exceso de crueldades” (Foucault, 2002, p. 55). En esta idea, se encuadrarían las críticas a las contenciones que surgen ante la injusticia. Foucault explica que “cada lucha se desarrolla alrededor de un centro particular de poder”, por ejemplo, en cualquier lugar de trabajo. Denunciar públicamente lo que sucede en estos núcleos, romper el silencio, forzando la red de información institucional, es la primera forma de lucha, es la primera inversión de poder (Moreno, 2016). Esta forma de lucha puede que sea identificada en los discursos emergentes de los profesionales contrarios a esta práctica. En este sentido, a Foucault le interesan especialmente las luchas menos visibles, más difíciles de conocer, que también deben ser objeto de análisis porque hacen referencia a la “trama de la vida cotidiana” de las personas (Moreno, 2016). Podemos entender que el fenómeno de estudio puede pertenecer a este tipo de luchas, por su cotidianidad y la invisibilidad del problema que conlleva.

Según Foucault en la sociedad contemporánea se está produciendo un posicionamiento que hace que determinadas personas, sin llegar a luchar de forma explícita contra las normas del Estado, tampoco aceptan su imposición; por lo tanto, al “no jugar” con las normas impuestas, impiden “que el juego continúe” (Moreno, 2016). Esto podría ser trasladable a la resistencia que desarrollan algunos profesionales frente a las normas de las instituciones y la realización de determinadas prácticas.

Para Foucault (2002), una de las características de las formas de luchas de poder o resistencias es que se oponen a la realización de ciertas acciones cuyo ejercicio resulta insoportable para el individuo al que se las imponen. Estas resistencias no tienen por qué mejorar la situación individual de quien las realiza, sino que basta que el individuo se oponga a la realización de determinadas prácticas. Esta idea coincide con la revisión de la literatura, cuando señala el dilema ético que supone el uso de las contenciones para aquellos profesionales que las conciben como un procedimiento que atenta a la dignidad de los usuarios.

La medicina fue una de las grandes herederas del pastorado, que se desplegó a través del saber, las instituciones y las prácticas. A las rebeliones de conducta que se desarrollaron en esta área Foucault las denominó “dissent médico”. Se refiere así al rechazo de ciertas medicaciones, ciertas medidas preventivas, a la impugnación de un tipo determinado de racionalidad médica (Foucault, 2006, p. 235). Este concepto permitirá entender las resistencias que se producen contra aquello considerado poco ético o contrario a la evidencia.

Para acabar, es importante el término contraconducta, que Foucault entiende por una acción determinada que lleva a cabo una persona determinada, convirtiéndose en una rebelión individual de la conducta (Moreno, 2016). Tal y como lo define en *Seguridad, Territorio y Población*, contraconducta en el sentido de lucha contra los procedimientos puestos en práctica para conducir a los otros (Foucault, 2006, p. 238). Ésta tiende a redistribuir, invertir, anular y descalificar parcial o totalmente el poder establecido (Foucault, 2006, p. 243). Este concepto

podrá ser apropiado para hacer referencia a aquellos profesionales que desarrollen una práctica diferente a la establecida en sus centros de manera individual.

6. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

Después de la revisión de la literatura, paso a exponer los motivos por los que es necesario realizar este estudio, presentando finalmente los objetivos del estudio.

En este apartado se van a abordar las razones que explican la necesidad de llevar a cabo un estudio como el que se plantea. La relevancia de este trabajo recae en la ineficacia de las contenciones para evitar las caídas y en su atentado a los principios éticos de la persona. Debido a que esta evidencia no está evitando su uso y a que la cultura de los profesionales es identificada como un determinante de esta práctica y una barrera para su retirada, es necesario prestar atención a su perspectiva.

Son numerosos los motivos que justifican llevar a cabo un estudio como el que se propone. Se han publicado muchos estudios cuantitativos en los que se ha analizado el impacto de la retirada de las sujeciones, sin embargo, falta evidencia cualitativa que aborde la perspectiva de los profesionales de enfermería. En su estudio cuantitativo sobre las actitudes, conocimientos y prácticas de los profesionales de enfermería, Fariña (2013) concluye que es necesario profundizar en las opiniones de los profesionales desde un abordaje cualitativo. Sin esta perspectiva, las intervenciones dirigidas a reducir el uso de las contenciones pueden no resultar efectivas y fracasar.

La atención sin restricciones debe ser el objetivo de la atención geriátrica de alta calidad. En este sentido y respaldados por la bibliografía revisada, es necesario entender la perspectiva de los profesionales y tenerla en cuenta en el proceso de retirada.

La mayoría de los estudios se han llevado a cabo en centros residenciales. Sin embargo, falta evidencia que aborde el fenómeno en unidades de subagudos o centros de media estancia. Pese a que sean los mismos profesionales e incluso, los mismos pacientes que se encuentran en diferentes momentos en los diferentes entornos, las características propias de los pacientes geriátricos en la atención sociosanitaria puede modificar su concepción y su práctica respecto a las contenciones.

Actualmente, a nivel nacional existen multitud de iniciativas que abogan por la retirada de contenciones, como son el programa “Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer” de la Confederación Española de Organizaciones de Mayores, el Programa “no Sujetes” desarrollado por Dignitas Vitae, o el Modelo de Cuidado Libera-Care, promovido por la fundación Cuidados Dignos. A nivel político, la proposición de ley de la comisión de sanidad en el Congreso de los Diputados promueve la eliminación progresiva de sujeciones en centros asistenciales (Martínez & Gómez, 2017).

En las Islas Baleares también se ha convertido en un tema de actualidad. Por ejemplo, el Colegio Oficial de Enfermería de las Islas Baleares (2017) llevó a cabo una sesión debate en noviembre de 2017 sobre el Modelo de Cuidado Sin Sujeciones. Para dicha sesión, se preparó un vídeo³ en el que varios voluntarios relataron su experiencia tras haber pasado una noche contenidos.

³ Se puede consultar en web: <https://www.youtube.com/watch?v=7hZVsXbqmeo&feature=youtu.be>.

Además, a nivel de los medios de comunicación también es un tema de actualidad. El diario el Periódico publicó una entrevista⁴ a un trabajador social diagnosticado trastorno de bipolar que alertaba del uso de las contenciones (Catanzaro, 2017).

6.1. Pregunta y objetivos de la investigación

Según Cuesta-Benjumea (2008), la pregunta de investigación ha de ser congruente con la metodología que se propone en un estudio y esta pregunta refleja el paradigma en el que el investigador está situado. La pregunta se construye combinando intereses sociales, teóricos, profesionales y personales. Por tales motivos, el tema debe ser factible, relevante, con resonancia social, profesional y práctica (de la Cuesta-Benjumea, 2008; Moreno, 2016).

En el planteamiento de esta investigación, la cuestión básica del estudio es:

¿Cuál es la cultura⁵ de la contención física del paciente geriátrico entre los profesionales de la salud (médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería) de instituciones sociosanitarias en Mallorca?

A fin de responder a la pregunta realizada, se han formulado cuatro objetivos específicos con la intención de orientar adecuadamente el estudio. Los objetivos planteados son:

- Explorar los discursos y las prácticas de los profesionales en relación al uso de las contenciones físicas en los centros sociosanitarios
- Analizar los factores institucionales que, según los profesionales, influyen en el uso de las contenciones en el paciente geriátrico en el entorno sociosanitario.
- Identificar las similitudes y diferencias en el discurso de los profesionales según su disciplina respecto al uso de las contenciones.

⁴ La entrevista puede leerse en web: <https://www.elperiodico.com/es/ciencia/20171106/entrevista-a-edgar-vinyals-activista-con-diagnostico-psiquiatrico-6406170>.

⁵ Por cultura de las contenciones entenderemos aquellos aspectos relacionados con los conocimientos, las actitudes y las prácticas de los profesionales sanitarios respecto al uso de contenciones físicas en el paciente geriátrico.

7. METODOLOGÍA

Según Bover (2004), toda investigación es un proceso por el cual se enfrentan y resuelven los problemas de forma planificada y con un determinado fin, la generación de conocimiento. El proceso se dirige hacia la comprensión de los fenómenos que constituyen nuestra realidad y que producen inquietud en el investigador hacia la búsqueda de respuestas que interpreten o expliquen tales acontecimientos. Para ello, es necesario establecer un plan que conduzca el proceso de búsqueda desde la reflexión hasta la obtención de resultados con un método que permita el mejor abordaje del fenómeno.

7.1. Diseño de la investigación

Para tratar de resolver estos objetivos propuestos, se plantea realizar un diseño cualitativo de enfoque etnometodológico con análisis crítico del discurso. Por un lado, la etnometodología permite describir las acciones que las personas realizan en un determinado contexto e interpretar los significados que atribuyen a sus comportamientos en circunstancias cotidianas o excepcionales. Una de las características de esta metodología es su carácter holístico y contextual (Monticelli, Cruz, & Villareal, 2008). Por otro lado, el análisis crítico del discurso se presenta como una herramienta para explorar otras formas de conciencia de la sociedad a través de sus prácticas, rechazando la posibilidad de una ciencia “libre de valores” ya que estos son parte inherente de la estructura social y de la interacción social (Moreno, 2016).

Los investigadores cualitativos se acercan a la perspectiva de los actores a través de técnicas conversacionales u observacionales para explorar un fenómeno en profundidad. A diferencia de los investigadores cuantitativos que buscan una evidencia con la que hacer inferencias, los cualitativos prestan atención a la especificidad de los casos particulares (Denzin & Lincoln, 2003, p. 16).

La metodología cualitativa permite analizar el fenómeno del uso de las contenciones físicas en el paciente geriátrico a través del discurso de los participantes mediante técnicas conversacionales. Por discursos se hace referencia a las formas específicas de hablar sobre determinadas cosas que están mayoritariamente aceptadas y que no son cuestionadas (Crossley, 2005, p. 60). Foucault define el discurso como el “conjunto de enunciados que provienen de un mismo sistema de formación” (Castro, 2011, p. 109). De esta forma, podremos profundizar en el fenómeno y contextualizarlo para así poder generar crítica al respecto.

La aplicación de esta metodología está justificada pues la cultura de las contenciones resulta de construcciones personales y culturales y está determinada por numerosos factores contextuales que se pretenderán explorar. Gracias a la comprensión de la experiencia de los profesionales podremos comprender cómo es la toma de decisiones que finaliza con la utilización de las contenciones.

Como es propio de los estudios cualitativos, se va a llevar a cabo mediante un proceso inductivo-deductivo. Además, como protagonistas que son, es prioritario dar voz a los profesionales sanitarios para, a través de lo narrado, comprender el fenómeno.

7.2. Ámbito del estudio y perfil de los participantes

Los participantes del estudio serán médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería que trabajan en centros sociosanitarios de Mallorca. Por un lado, algunos centros son propios del IbSalut, el servicio de Salud de las Islas Baleares: el Hospital Joan March y el Hospital General. Por otro lado, algunos hospitales privados tienen convenio con el IbSalut, como el Hospital Sant Joan de Déu de Palma o Hospital Cruz Roja. Finalmente, hay una residencia del Institut Mallorquí d'Afers Socials que dispone de 10 camas para atención sociosanitaria por concierto con el IbSalut, la Residencia de Felanitx.

En un primer momento valoré la posibilidad de no incluir en el estudio al centro concertado Sant Joan de Déu, pues, además de ser donde yo trabajo, se encuentra sumido en un proceso de cambio hacia la retirada de las contenciones. Por ello, probablemente los profesionales que ahí trabajen no compartan la mentalidad ni realicen las mismas prácticas que sus compañeros de centros en los que no se ha iniciado dicho proceso. Sin embargo, y teniendo en cuenta la actualidad del fenómeno de estudio, considero que puede ser interesante atender a estos discursos, que posiblemente puedan identificarse como emergentes.

Por otro lado, se ha considerado como participantes, a partir de lo recogido en la bibliografía revisada, a los médicos, las enfermeras y las auxiliares de enfermería. Por un lado, se ha decidido incluir a los profesionales médicos debido a su participación en la toma de decisiones respecto al uso o no de contenciones. Por otro lado, las enfermeras formarán parte del estudio debido a su papel como responsables en el plan de cuidados del paciente y a su relación directa con la aplicación de estos procedimientos (Möhler & Meyer, 2014; Saarnio & Isola, 2010). Finalmente, las técnicas en cuidados auxiliares de enfermería se tendrán en cuenta pues son ellas las que en muchas ocasiones acaban poniendo en práctica estos mecanismos, tal y como quedó reflejado en la revisión de la literatura a través del trabajo de Fariña (2013). La variable que se plantea explorar es la disciplina profesional por sus relaciones de poder en el ámbito sanitario, tal y como se plantea como objetivo específico.

Una vez identificada la población de estudio, es necesario establecer el perfil de los participantes. Éste se ha diseñado teniendo en cuenta su profesión y balanceando según la distribución de género de los profesionales colegiados en Baleares (médicos: 60% hombre y 40% mujeres; profesionales de enfermería: 80% mujeres y 20% hombres; auxiliares de enfermería: 90% mujeres, 10% hombres) y el centro en el que trabajan. Para segmentar la muestra, se han analizado el número de profesionales que trabajan en las unidades sociosanitarias a partir de los ratios de personal. A partir de estas proporciones, se ha obtenido el número de participantes necesarios procedentes de cada centro⁶. Entre todos los participantes de cada disciplina, el perfil de los participantes será segmentado por sexo y centro de trabajo. Estos datos pueden verse en la siguiente tabla:

	Hospital Joan March	Hospital General	Hospital Sant Joan de Déu	Hospital Cruz Roja	Residencia de Felanitx	Total		
						V	M	Total
Médicos	2-3	2-3	2	1	1	4	4	8-10
Enfermeras	2-4	2-4	2-3	1	1	4	4	8-11
Auxiliares	2-4	2-4	2-3	1	1	4	4	8-11

⁶ El Hospital Joan March, el Hospital General tiene 4-5 veces más personas que el Hospital Cruz Roja o la Residencia de Felanitx.

Se ha considerado el número de 6-8 participantes por cada grupo focal, por lo que teniendo en cuenta que se llevarán a cabo 4 grupos focales (uno por cada disciplina y uno mixto) y que los participantes participarán en el disciplinario o el mixto, serán necesarios 24-32 profesionales para garantizar suficiente riqueza discursiva. Pese a que por defecto se ha diseñado este perfil de la muestra, ésta variará según sea preciso para conseguir la saturación de los datos. La intención es que la muestra sea suficiente para obtener la saturación discursiva.

7.2.1. Criterios de inclusión y exclusión

Una vez realizado el balanceo, se han establecido los criterios de inclusión y exclusión de los centros y los profesionales que se muestran en la siguiente tabla:

Criterios de las instituciones	
Criterios de inclusión	<ul style="list-style-type: none"> * Centro sociosanitario: aquellos con mayor atención a pacientes con deterioro cognitivo y/o físico * Unidades en las que se atiende a pacientes geriátricos (mayores de 65 años) en situación de media o larga estancia
Criterios de exclusión	<ul style="list-style-type: none"> * Centros en los que se haya retirado las contenciones de forma completa
Criterios de los participantes	
Criterios de inclusión	<ul style="list-style-type: none"> * Experiencia superior a 2 años * En ejercicio asistencial * Voluntariedad
Criterios de exclusión	

7.2.2. Muestreo

En la investigación cualitativa, el tipo de muestreo utilizado es determinado por la metodología seleccionada y por el fenómeno de investigación, no por teorías de probabilidad estadística o la necesidad de hallar resultados generalizables (Curtis, Gesler, Smith, & Washburn, 2000; Higginbottom, 2004). La selección de la muestra tiene un importante efecto en la calidad de las investigaciones cualitativas (Coyne, 1997). Por ello, el rigor de los estudios cualitativos se consigue explicando de forma clara cuál ha sido el proceso de muestro y estableciendo cómo se han generado los resultados a partir de los hallazgos empíricos (Higginbottom, 2004).

El muestreo será de carácter teórico-intencional. Tal y como explica Coyne (1997), en un primer lugar se llevará a cabo un muestreo intencional que permitirá seleccionar a los casos ricos en información para estudiarla en profundidad. En la fase de muestreo teórico se recogerán, codificarán y analizarán los datos simultáneamente con la intención de decidir qué nuevos datos es necesario seguir explorando. Este tipo de muestreo permitirá seleccionar a los profesionales con mayor capacidad para responder a la pregunta de investigación, al tiempo que incluir aquellas personas con perfiles típicos y otras con perfiles extremos para poder conocer las fronteras del fenómeno.

7.2.3. Reclutamiento

El reclutamiento se llevará a cabo mediante contacto directo a través de los responsables de las unidades, que actuarán como informantes clave. La intención es conseguir que las personas seleccionadas posean la capacidad de explicar e ilustrar el fenómeno y el contexto (Curtis et al., 2000; Moreno, 2016). De ellas se espera que faciliten tanto la entrada al campo como la captación de los profesionales asistenciales con mayor capacidad para ilustrar el fenómeno gracias a su conocimiento y cercanía y finalmente, hagan de puente con estos, facilitando los datos de contacto de la investigadora principal. Para ello, se les enviará un correo electrónico (anexo 4) a los coordinadores explicándoles la finalidad del estudio y solicitándoles que hagan difusión del proyecto a los profesionales asistenciales. Se aprovechará este medio para solicitarles colaboren en la identificación de los profesionales que son más idóneos como participantes en el estudio.

Posteriormente, el investigador principal se pondrá en contacto personalmente con los profesionales que así lo han solicitado al informante clave para resolver las dudas que puedan tener. En caso de que confirmen estar interesados en participar en el estudio, se les enviará el documento de información para el participante (anexo 5) y el documento de consentimiento informado (anexo 6).

Además, se realizará un reclutamiento en forma de “bola de nieve” solicitando la colaboración a los participantes del estudio. Estos profesionales actuarán como altavoces de la investigación y de puente entre otros profesionales que cumplan los criterios y estén interesados en participar en el estudio. A ellos, se les enviará igualmente el documento de información para el participante y el documento de consentimiento informado.

7.3. Técnicas de recogida de datos

En este apartado se van a presentar las diferentes técnicas de recogida de datos. Como técnica primaria se ha optado por la realización los grupos focales, cuyos resultados serán complementados por entrevistas individuales, la técnica secundaria. Asimismo, durante todo el proceso investigador, se llevará a cabo un diario de campo, que representará la técnica terciaria.

Tanto la técnica primaria como la secundaria pertenecen a las técnicas conversacionales o narrativas. Berenguera (2014) las define como conversaciones o diálogos con una o más personas, con un propósito y un diseño orientados a la investigación social, que exige de la persona que realiza la entrevista gran preparación, habilidad conversacional y capacidad analítica. El objetivo es establecer un diálogo que permita obtener información profunda y contextualizada, sin inducir ni forzar las respuestas.

Al inicio de las entrevistas individuales y de los grupos de discusión, a todos los participantes se les invitará a rellenar una ficha de carácter sociodemográfico en la que se recojan los siguientes datos: edad, sexo, disciplina, años de experiencia profesional, años de experiencia ámbito sociosanitario. A todos los participantes se les preguntará si están dispuestos a participar en los dos tipos de técnica y se les distribuirá buscando la mayor representatividad en los discursos. Será necesario que este consentimiento quede reflejado en el documento de consentimiento informado.

Por otro lado, se propondrá a todos los participantes que realicen un diario reflexivo, denominado 'diario de contención' en el que puedan escribir sus reflexiones sobre los aspectos relacionados con el fenómeno, así como narrar episodios de contención.

Paralelamente, se llevará a cabo un diario de campo de la investigadora como elemento de rigor para recoger su reflexividad durante el proceso investigador.

La recogida de datos comenzará con entrevistas individuales exploratorias, cuyos resultados servirán para la configuración del guion de los grupos focales y finalmente se llevarán a cabo entrevistas individuales con una intención aclaratoria. A continuación, cada técnica va a describirse en el orden cronológico en el que van a realizarse y puede verse en el cronograma del anexo 7.

7.3.1. Entrevistas individuales exploratorias

En primer lugar, se procederá a realizar entrevistas individuales en profundidad con una intención de explorar el fenómeno de estudio. Tal y como recoge Berenguera (2014), estas entrevistas permitirán describir e interpretar aspectos subjetivos, como creencias, experiencias, opiniones y actitudes que servirán para confeccionar el guion de los grupos de discusión e identificar, conjuntamente con la revisión de la literatura, los aspectos claves a abordar.

Se pretende realizar unas entrevistas en profundidad por cada disciplina, con una duración aproximada de 30-45 minutos. A través del análisis preliminar de los resultados obtenidos en ellas, se configurará el guion de los grupos de discusión.

A todos los participantes se les propondrá realizar el diario de contención, más adelante se explicará cómo se recogerá.

7.3.2. Grupos focales

En segundo lugar, se realizarán los grupos de discusión. La elección de la metodología, el fenómeno de estudio que es la cultura compartida de los profesionales sobre las contenciones y los objetivos del estudio que están relacionados con los discursos, las prácticas, y los factores institucionales llevan a elegir esta técnica como la primaria para la recogida de los datos.

Según Berenguera (2014), son entrevistas en las que participan un grupo de personas con el objetivo de entender los discursos de un determinado grupo social. Mediante esta entrevista, se trata de captar e interpretar vivencias colectivas y explorar el discurso en un contexto social y así entender los múltiples significados-realidades de los grupos-colectivos-sociedad (Amezcuza, 2003; Berenguera Ossó et al., 2014; McLafferty, 2004). Lo importante es la circulación de discursos, que adquieren su máximo valor como representación simbólica del grupo frente al fenómeno de social estudiado y, por lo tanto, expresan la norma del grupo ante tal fenómeno (Callejo Gallego, 2002). Para ello, es fundamental la interacción entre los participantes, de tal forma que el grupo enriquece las aportaciones individuales y ayuda a cada uno de los participantes a explorar y clarificar sus ideas (Berenguera Ossó et al., 2014; McLafferty, 2004).

Berenguera (2014) describe las ventajas e inconvenientes de los grupos de discusión. Entre las ventajas destaca la capacidad de obtener mucha información en poco tiempo. Además, se recopila información más profunda utilizando la interacción y la influencia del grupo y permite

la libertad de puntos de vista. A través de estas entrevistas, se capta información de la vida real en un ambiente que busca reflejar la experiencia social cotidiana, evidenciando las diferencias de opinión y las contradicciones entre los participantes. Sin embargo, la percepción de unos hacia otros puede afectar a sus contribuciones, inhibir la participación o condicionar la respuesta al juicio emitido por otros. Por este motivo, para evitar que pueda haber discursos que queden escondidos por las relaciones de poder que existen en el sistema sanitario, se han formado grupos de discusión según la disciplina de los profesionales, aunque se propone realizar un grupo mixto para analizar las relaciones interdisciplinarias que reflejen la práctica en estos entornos. Por otro lado, creo que algunos participantes partidarios del uso de las contenciones se pueden sentir presionados e inhibir sus pensamientos si en las entrevistas se critica su uso. Por ello, creo que, en la formación de los grupos focales, hay que tener en cuenta el origen de los profesionales, es decir, si trabajan o no en centros en los que las contenciones con utilizadas y aceptadas.

El principal motivo que me ha llevado a elegirla es que se pretende conocer la cultura compartida de los profesionales sobre el uso de las contenciones, no se trata de las creencias individuales sino de los aspectos compartidos, así como identificar las divergencias que puedan haber. Se pretende explorar aspectos de la práctica y abordar áreas problemáticas de la práctica profesional en los que varios conflictos éticos pueden estar confrontados. En la siguiente tabla se muestran otras técnicas cuya utilización se ha barajado, pero finalmente se ha rechazado como técnica primaria.

Técnica	Motivos por los que se rechaza
Entrevista individual	<ul style="list-style-type: none"> * La cultura de las contenciones es un fenómeno grupal, no individual. * No permite la interacción entre los participantes. <p>Por todo ello, se ha optado utilizar esta técnica como secundaria, con un fin exploratorio o aclaratorio, lo que servirá para triangular los datos obtenidos en los grupos de discusión.</p>
Observación etnográfica	<ul style="list-style-type: none"> * El fenómeno se quiere conocer a través de la construcción de los discursos, en lugar de mediante un análisis más naturalista. * La práctica es uno de los aspectos que se pretenden analizar, pero otros como las actitudes y la barrera para la retirada de las contenciones no puede ser estudiado únicamente mediante técnicas observacionales.

En el diseño del estudio, es necesario analizar aspectos relacionados con los participantes y la formación de los grupos, la duración de los grupos focales o los recursos humanos necesarios para su desarrollo.

A través de los participantes, se buscará descubrir los discursos hegemónicos y emergentes de los profesionales que trabajan en entornos sociosanitarios sobre el uso de las contenciones. Los grupos deberán tener cierta homogeneidad que permita y favorezca el debate, y también lo suficientemente heterogéneos para que se den diferentes opiniones (Amezcu, 2003; Berenguera Ossó et al., 2014). Por ello, los grupos, tal y como se ha explicado anteriormente, estarán compuestos por profesionales de la misma disciplina, a excepción del grupo mixto en el que habrá profesionales de cada, pero trabajando en diferentes centros, con tal de obtener la suficiente heterogeneidad. El tamaño de los grupos ha de garantizar un nivel de diálogo y discusión suficientes para producir la información grupal (Amezcu, 2003; Berenguera Ossó et

al., 2014). Tal y como recomiendan Berenguera (2014) y Callejo (2002), los grupos estarán compuestos por entre seis y ocho personas, lo que permitirá la dinámica grupal.

Se prevé formar dos grupos por cada disciplina y dos mixtos. En primer lugar, se desarrollarán los grupos focales de cada disciplina. A partir del análisis preliminar de los resultados en ellos obtenidos, se elaborará el guion del grupo de discusión mixto, que se convocará aproximadamente un mes después. Igualmente, a partir de estos resultados se prepararán los segundos grupos de discusión disciplinares (dos meses después del primer encuentro) y un mes más tarde se realizará el último grupo focal mixto.

La formación de los grupos se hará en base al número de profesionales de cada disciplina, intentando que un mismo participante no esté en el grupo disciplinar y mixto, pudiendo, sin embargo, participar en los grupos de discusión y las entrevistas individuales. A todos los participantes se les ofrecerá en el primer grupo de discusión que realicen el diario de contención que será recogido en el segundo grupo focal.

La duración de la entrevista será variable, pero será aproximadamente de una hora o una hora y media, y los participantes serán conocedores de ella con antelación, tal y como recomienda Berenguera (2014).

El grupo focal se llevará a cabo en la Universidad de les Illes Balears, para poder distanciar el estudio de las posibles influencias del entorno laboral y por tratarse de un lugar cómodo, de fácil acceso y que permita la confidencialidad, aspectos a valorar según Berenguera (2014). Asimismo, permite unas condiciones técnicas adecuadas al ser un sitio agradable y sin ruidos, libre de interrupciones, dispone de salas que permiten que los participantes se sitúen alrededor de una mesa redonda pequeña, baja y cuidando que la disposición de los asientos sea lo más neutral posible y no dificulte la comunicación (Amezcuá, 2003).

Se requerirán dos personas para llevar el grupo: la que modera y la que observa. El moderador será la investigadora principal. McLafferty (2004) describe el papel del moderador: éste debe “crear un clima de apoyo que aliente a todos los participantes a compartir puntos de vista; facilitando la interacción entre los miembros, interponiendo comentarios de sondeo, preguntas transitorias y resúmenes sin interferir demasiado bruscamente con el diálogo; cubriendo temas y preguntas importantes mientras se basa en juicios para abandonar aspectos del bosquejo, notando respuestas no verbales”. El observador, otro miembro del equipo investigador, permanece en un segundo plano, sin intervenir nada en la discusión, pues su trabajo consiste en observar la dinámica grupal y tomar nota sobre lo que dicen, sus posiciones y sus fracciones discursivas (Berenguera Ossó et al., 2014). Todos los grupos de discusión van a ser registrados en una grabadora digital para su posterior transcripción.

Se ha elaborado un guion de carácter semiestructurado en el que se recogen los objetivos del estudio que puede verse en el anexo 8. En el caso que sea necesario para promover el debate y la discusión, se podrán emplear algunos recursos como noticias de prensa, imagen o algún material audiovisual, especialmente en el segundo grupo de discusión.

7.3.3. Entrevistas individuales

Una vez realizados todos los grupos de discusión y tras el análisis preliminar de los resultados en ellos obtenido, se llevarán a cabo entrevistas individuales semiestructuradas con una intención aclaratoria. En ellas, se explorarán los silencios discursivos y se profundizarán en algunos

aspectos relevantes en relación a los objetivos cuyos datos no se hayan saturado suficientemente.

Los profesionales que participen en estas entrevistas pueden ser aquellos que participaron en las entrevistas individuales o los de los grupos de discusión, según la disponibilidad y buscando aquellos que mejor puedan ilustrar los aspectos a tratar. En el caso que los participantes hayan escrito sus reflexiones en el diario de contención, éste se recogerá en este encuentro.

7.3.4. Diario reflexivo

Como ya se ha comentado previamente, para asegurar que la reflexividad es una técnica de rigor durante todo el proceso, como investigadora principal escribiré un diario de campo, reflejando en él todo aquello relacionado con la investigación.

7.4. Aspectos éticos

Desde el punto de vista ético, la investigación cualitativa debe cumplir un conjunto de requisitos que son comunes a cualquier tipo de investigación (Martín Arribas et al., 2012). Por ello, en el desarrollo del diseño de este estudio, se han valorado los aspectos éticos, especialmente los principios básicos del Informe Belmont, reflexionando sobre cómo podrían afectar a los participantes y ofreciendo medidas para minimizar dicho impacto. Todo ello está recogido en la siguiente tabla:

Principio	Contenido	Procedimiento
Respeto por las personas	Los participantes en este estudio son profesionales mayores de edad, autónomos y con capacidad de decisión. El estudio no dañará a los individuos no autónomos, que en este caso son los pacientes a los que se contiene.	* Consentimiento informado * Voluntariedad
No Maleficencia / Beneficiencia	La participación en este estudio no conlleva ningún perjuicio ni se prevé los participantes tengan conflicto de intereses. No se han identificado beneficios de la participación en este estudio.	* Evaluación de la relación riesgo-beneficio
Justicia	Puesto que no hay un beneficio directo de la participación, no resulta necesario seleccionar a los participantes por el principio de justicia. En todo caso, podría quedar olvidada la cultura de un centro si sus profesionales no participan.	* Selección de participantes de todos los centros sociosanitarios de Mallorca.
Relación de poder	Tras la reflexividad y la posicionalidad, la participación de profesionales de diferentes disciplinas en el mismo grupo de discusión podría recrear relaciones de poder presentes en la práctica asistencial.	* Grupos homogéneos según disciplina

Para poder llevar a cabo el estudio, será necesario solicitar la aprobación de diferentes comités éticos. En primer lugar, al ser un estudio desarrollado en la Universitat de les Illes Balears, será necesario obtener su aprobación. En segundo lugar, será necesario solicitar la aprobación al comité ética de la investigación de la Conselleria de Salut de les Illes Balears. En tercer lugar, se pedirá el permiso al comité ético de los centros y, en caso de que no tengan dicha comisión, se solicitará a la Dirección.

Se enviará, tal y como se describió en el proceso de reclutamiento, se enviará una hoja de información a los centros (anexo 4) para que participen en el estudio. Asimismo, se distribuirá un documento de consentimiento informado para aquellos participantes que estén interesados en participar que incluirá la hoja de información al participante (anexo 5), junto con el formulario de consentimiento (anexo 6). La participación en la investigación requerirá que se haya prestado previamente el consentimiento voluntario, expreso y escrito una vez recibida la información adecuada (Martín Arribas et al., 2012). En el documento de consentimiento informado que se prestará a los participantes, se incluyen los siguientes aspectos:

- La participación en el estudio es voluntaria y previamente habrán sido informados de los aspectos relevantes para otorgar su consentimiento como los objetivos del estudio y la metodología que se utilizará, tal y como establece la legislación.
- Los participantes habrán sido informados sobre la posibilidad de que en cualquier momento del estudio podrán revocar su consentimiento en la participación del mismo sin dar explicaciones y sin que esto pueda suponer un perjuicio para ellos. Asimismo, podrán ejercer su derecho a la cancelación, acceso y cesión de sus datos.
- La participación en este estudio no supondrá remuneración alguna, económica o de cualquier otro tipo.

De acuerdo con lo que establecen la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal y la Directiva 95/46/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 24 de octubre de 1995, relativa a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, se garantizará la confidencialidad de los datos e identidad de los participantes entrevistados, así como los datos obtenidos en el transcurso de las entrevistas. Todos los miembros del equipo de investigación se comprometerán a salvaguardar la confidencialidad de los datos, garantizando que no se dañará a integridad física, psicológico y/o la dignidad de quienes han participado en el estudio. En este sentido, es necesario que los participantes se comprometan a mantener la confidencialidad de todo lo manifestado por los otros participantes durante el transcurso de los grupos focales. Se ofrecerá a los participantes de los grupos de discusión utilizar pseudónimos en su presentación.

Por último, las conclusiones derivadas del análisis serán utilizadas por la investigadora exclusivamente para redactar documentos de carácter divulgativo y/o artículos de carácter científico y académico. Teniendo en cuenta el fenómeno estudiado, será necesario tener especial cuidado en la publicación de los resultados para evitar la estigmatización de los profesionales sanitarios que hayan participado en el estudio.

7.5. Análisis de los datos

El análisis de los datos es una fase clave y compleja en las investigaciones cualitativas (Berenguera Ossó et al., 2014). En este apartado se va a describir la forma en que se analizarán los datos que se obtendrán.

Como estudio cualitativo, Berenguera (2014) recomienda que el análisis será un proceso dinámico y creativo que se nutrirá de la experiencia directa del equipo investigador, por lo que es el mismo equipo que realiza el estudio y recoge los datos el que deberá realizar su análisis.

En este estudio, la recolección y el análisis de los datos se llevarán a cabo de forma simultánea, con la intención de que estas fases se retroalimenten y el análisis preliminar de los primeros datos sirva para mejorar la recolección de los siguientes (Berenguera Ossó et al., 2014). De esta forma, se podrá modificar el guion de los grupos focales o entrevistas individuales siguientes. Por lo tanto, a partir de los resultados de las entrevistas individuales exploratorias se podrá reorientar las siguientes y elaborar el guion de los grupos de discusión. En análisis de los primeros grupos de discusión permitirá marcar los aspectos que deben ser abordados o aclarados en el segundo encuentro. Finalmente, tras realizar el análisis de los grupos focales, en las entrevistas individuales aclaratorias podremos suplir las carencias encontradas. En el anexo 9 puede verse esta relación entre la recogida y el análisis de los datos.

Previo al análisis de los datos, será necesario transcribir las entrevistas junto con las notas del diario de campo, componiendo el material a analizar. Entre los diferentes tipos de análisis que existen, se llevará a cabo un análisis temático. Como recoge Berenguera (2014), este análisis enfatiza el sentido del texto y la descripción y/o interpretación del contenido temático de los datos (“qué se dice”). Se parte de una fragmentación del texto y después se integran las partes para llegar a la comprensión global del fenómeno.

Con los datos obtenidos, se llevará a cabo un proceso inductivo-deductivo de análisis crítico del discurso que se compondrá de varias etapas, tal y como recoge Berenguera (2014).

En un primer lugar, se procederá a la lectura y codificación de los datos. Consiste en buscar e identificar segmentos de texto que tengan sentido o expliquen algo sobre el fenómeno de estudio para posteriormente proceder a su codificación, es decir, etiquetar cada cita con un código que hace referencia a lo tratado en la cita. Posteriormente, se reducirán los datos mediante estrategias que permitan identificar códigos, como la repetición, diferencias y similitudes o las relaciones entre conceptos... Por ejemplo, las citas que hacen referencia a lo mismo habrán sido etiquetadas con el mismo código, de tal forma que en esta etapa se podrán agrupar.

En segundo lugar, se construirán las categorías, que agruparán por similitud los códigos del mismo tema y conformarán una primera línea de interpretación. Para esta construcción será necesario definir las propiedades de cada una y saturar sus propiedades, estableciendo distinciones y esclareciendo relaciones entre categorías. La categorización que se utilizará es la abierta, pues las categorías se construirán simultáneamente a la realización del análisis

Por último, en tercer lugar, se lleva a cabo la *fase interpretativa*. En ella, se conectarán e interpretarán las categorías, transformando los datos para facilitar su comprensión. Una vez analizada cada categoría, se establecerán las relaciones existentes entre ellas, así como el tipo y la dirección de las mismas, lo que permitirá generar un marco explicativo.

Todo este proceso de análisis de datos se sistematizará y optimizará mediante la ayuda de programas informáticos como el Atlasti. Berenguera (2014) recoge las funciones de estos programas: organización del trabajo, manejo de distintos tipos de datos cualitativos, incorporación y segmentación de los documentos, codificación, facilitación de la búsqueda en los documentos, soporte en la elaboración de informes finales de resultados, permite la realización de mapas contextuales y facilita el trabajo en equipo.

7.5.1. Elementos de rigor

Para conseguir que el estudio tenga validez y rigor metodológico, se utilizarán varias estrategias, siendo las más destacables la reflexividad, la saturación de los datos y la triangulación.

En primer lugar, se ha realizado un trabajo previo de reflexividad de la investigadora que continuará durante todo el proceso investigador. Según Bover (2013), estos procesos aportan coherencia teórico-metodológica y contribuyen a la capacidad de transferencia de los resultados para la mejora de las prácticas y políticas en salud. El hacer público estos elementos permite entender la influencia de las circunstancias personales, sociales, culturales y políticas en los sesgos y asunciones en la propuesta de investigación.

En segundo lugar, se recogerán datos hasta alcanzar la saturación de los mismos. En este sentido, destaca el papel de las entrevistas individuales aclaratorias que se llevarán a cabo como última técnica de recogida de datos.

En tercer lugar, se llevará a cabo la triangulación de los datos, de las técnicas, de los autores del marco teórico y entre los investigadores para la validación de los resultados. Según Berenguera (2014), el objetivo de este procedimiento es aumentar la validez de los resultados de una investigación confrontando distintos aspectos del proceso desde diferentes ángulos. En primer lugar, se analizarán los datos obtenidos en los diferentes grupos de discusión, para posteriormente triangularlos con los obtenidos en las otras técnicas. En un segundo lugar, los datos se triangularán en base al marco teórico elegido, muy especialmente los conceptos de campo, *habitus* y capital de Bourdieu y seguridad, disciplina, normalización y resistencia de Foucault. Finalmente se complementará con la triangulación entre investigadores, es decir, entre la investigadora principal y algunos investigadores expertos en el fenómeno de la atención geriátrica en los centros sanitarios y en metodología cualitativa. En el caso que el diseño que se plantea sea la propuesta de tesis doctoral, serán los directores de la tesis quienes realizarán la triangulación. En este sentido, quien realice el análisis inicial con la codificación preliminar podría no ser la investigadora principal, por ejemplo, para posteriormente discutir el mapa de codificación hasta conseguir un consenso sobre categorías y subcategorías.

Además de estas tres estrategias de rigor, se han utilizado otros elementos secundarios para aportar calidad al estudio. Por un lado, la coherencia estructural, que se ha obtenido gracias a que la pregunta de investigación (cultura colectiva) y los objetivos (discursos, prácticas y factores institucionales) precisan de un entorno como el que facilita el grupo focal. Por otro lado, se ha expuesto claramente la selección de los participantes, mostrando cuáles han sido los criterios de inclusión y exclusión y cómo se llevará a cabo el muestreo. Si los hubiese, se buscarán los casos extremos, negativos y los críticos que pudiesen aportar un enfoque diferente al fenómeno estudiado.

7.6. Limitaciones del estudio

Tras el diseño del estudio que se propone, se han analizado las posibles limitaciones que se prevén, valorando posibles estrategias para solventarlas o minimizarlas.

En primer lugar, destacar el uso de las entrevistas y el diario de campo como técnicas de recogida de datos. Estas técnicas no son de carácter naturalista, por lo que informarán de lo que los profesionales piensan y dicen sobre los mecanismos de contención física, en lugar de reflejar su comportamiento real. Pese a que es una limitación propia de la técnica utilizada, es posible que

el diario reflexivo permita una mayor aproximación a su comportamiento real. Además, hay estudios de nuestro entorno como el de Fariña (2013) que han tratado el mismo fenómeno desde una metodología cuantitativa, por lo que ambos resultados se podrían complementar. Sin embargo, (pese a que inicialmente puede parecer una limitación, al ser el objetivo del estudio conocer la cultura y, por tanto, los discursos, esta limitación queda minimizada.

En segundo lugar, puede que los profesionales que participen en el estudio se sientan cohibidos de expresar públicamente en los grupos de discusión sus actitudes y prácticas favorables a las contenciones. Sin embargo, se ha valorado que, como su uso está muy extendido y normalizado en nuestro entorno, el grupo focal permitirá obtener riqueza de datos. Además, mediante la triangulación comparando los resultados de los grupos de discusión con los de las entrevistas individuales se minimizará esta limitación. Además, los participantes habrán decidido en qué técnica de recogida de datos quieren participar.

8. VIABILIDAD DEL ESTUDIO

A continuación, se presenta el cronograma de trabajo que se propone para la realización de este estudio.

Actividad	Duración	Planificación
Fase conceptual: profundización marco teórico y revisión de la literatura	4 meses	Octubre 2018 – febrero 2019
Solicitud de los permisos	2-3 meses	Marzo – mayo de 2019
Fase de reclutamiento	1-2 meses	Junio – julio de 2019
Fase de investigación de campo/ recogida de datos	6 - 7 meses	Septiembre 2019 – marzo 2020
Fase de transcripción de los datos	3 meses	Abril – junio 2020
Fase de análisis de los resultados	Continuo desde el inicio de la recogida de datos + 4 meses	Septiembre 2019 – diciembre 2020
Difusión de los resultados	Continuo + 3 meses	durante todo el proceso + enero – marzo 2020

9. IMPLICACIONES Y TRANSFERENCIA DE LA INVESTIGACIÓN

En este apartado van a presentarse cuáles son las implicaciones del estudio y cómo va a llevarse a cabo la transferencia de los resultados.

Este estudio aportará la perspectiva de los profesionales a la literatura actual. La mayoría de los estudios, sobre todo los realizados en nuestro país, se interesan en describir la situación actual del uso de las contenciones y la influencia de la cultura de la seguridad en su uso. Por otro lado, numerosos estudios han planteado diferentes intervenciones para disminuir su utilización, sin embargo, sigue siendo una práctica extendida, en parte por no tener en cuenta la perspectiva de quienes la ejercen. Por lo tanto, el estudio que se va a realizar permitirá explorar los discursos y prácticas de los profesionales que permitirán entender por qué se siguen utilizando e identificar elementos que actúan como barrera para su retirada.

Los resultados de este estudio serán difundidos en diferentes ámbitos, adaptando el contenido, el tipo de informe y el formato de las transferencias a las diferentes audiencias, todo ello con la intención de explicar los factores que influyen en la contención física del paciente geriátrico para que en un futuro se puedan establecer relaciones para mejorar su calidad de vida.

Por un lado, los resultados serán transferidos a la comunidad científica, lo que permitirá aumentar los conocimientos sobre el uso de las contenciones en el anciano hospitalizado o institucionalizado y, en concreto, los aspectos relacionados con los discursos y las prácticas de los profesionales. La comunidad científica podrá utilizar los resultados del estudio como complemento a la literatura ya existente. Todo ello es importante de cara a la puesta en marcha de programas de retirada de contenciones físicas, pues la evidencia hasta ahora ha reflejado la necesidad de tener en cuenta a los profesionales en estas intervenciones para que sean exitosas. La publicación de estos resultados se hará en formato de informe científico a través de artículos en revistas o ponencias en congresos.

Por otra parte, se deberán dar a conocer a los profesionales los resultados del estudio. Esta difusión permitirá a los profesionales una toma de conciencia, para crear pensamiento crítico y reflexivo sobre el uso de las contenciones físicas, mejorando así la comprensión de este uso. De esta forma, se espera en un futuro mejorar sus prácticas y reducir el uso de estos mecanismos, mejorando la atención de los pacientes geriátricos. Para ello, se desarrollarán sesiones y conferencias o ponencias en congresos en los que se publique el informe técnico con la intención de llegar a los profesionales asistenciales.

Por otro lado, se hará especial hincapié en que los gestores de políticas públicas sean conocedores de los resultados de esta investigación. La literatura existente hasta el momento reconoce el papel de los gestores, las instalaciones, los valores de las organizaciones, los protocolos y la falta de recursos humanos y materiales como determinantes del uso de las contenciones físicas. Por lo tanto, las deficiencias tanto formativas como de recursos humanos y materiales que sean identificadas por los profesionales en el estudio deberán ser abordadas para que la retirada de las contenciones físicas en estas instituciones sea una realidad. Estos informes técnicos serán transferidos en sesiones técnicas a las que se invite a los supervisores de las unidades y gestores de las instituciones. A nivel político, será también imprescindible trasladar los resultados obtenidos, pues la legislación vigente es un determinante del uso de las contenciones.

Por último, se harán informes divulgativos que se publicarán en notas de prensa para que los resultados obtenidos puedan ser transferidos a la ciudadanía. Esto permitirá a las familiares tomar conciencia de los conflictos éticos derivados del uso de las contenciones, lo que les podrá empoderar para reclamar un cuidado libre de restricciones para sus familiares dependientes. También se podrán hacer entrevistas en medios de comunicación para difundir estos resultados.

BIBLIOGRAFÍA

- Abellán García, A., Ayala García, A., & Pujol Rodríguez, R. (2017). *Un perfil de las personas mayores en España, 2017. Indicadores estadísticos básicos. Informes Envejecimiento en red* (Vol. 15). Retrieved from <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos17.pdf>
- Amezcuca, M. (2003). La entrevista en grupo. Características, tipos y utilidades en investigación cualitativa. *Enfermería Clínica*, 13(2), 112–117. [https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(03\)73791-7](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(03)73791-7)
- Aristin Ortega, M. C., Fernández Corral, S., Lavín Meruelo, L., Lebrero Martínez, I., & Martín Gutiérrez, V. (2017). “La sujeción no es un cuidado”: impacto de la formación sobre los profesionales de enfermería. *Nuberos Científica*, 3(20), 12–16.
- Astigarraga Suárez, A., Aristín Ortega, M. C., Fernández Rivera, E., & García Aja, B. (2012). Estudio sobre la utilización de la contención mecánica en una población geriátrica. *Nuberos Científica*, 1(7), 31–41.
- Berenguera Ossó, A., Fernandez de Sanmamaed Santos, M. J., & Pons Vigués, M. (2014). *Escuchar, Observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud*. Barcelona: Institut Universitari d’Investigació en Atenció Primària Jordi Gol. <https://doi.org/B.21918-2014>
- Biblioteca Virtual en Salud. (n.d.). Descriptores en Ciencias de la Salud. Retrieved from <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>
- Borrell, C., & Artazcoz, L. (2008). Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. *Gaceta Sanitaria*, 22(5), 465–473. <https://doi.org/10.1157/13126929>
- Bourdieu, P., & Wacquant, L. (2008). *Una invitación a la sociología reflexiva* (2nd ed.). Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Bover, A. (2004). *Cuidadores informales de salud del ámbito domiciliario: percepciones y estrategias de cuidado ligadas al género y la generación*.
- Bover, A. (2013). Herramientas de reflexividad y posicionalidad para promover la coherencia teórico-metodológica al inicio de una investigación cualitativa. *Enfermería Clínica*, 23(1), 33–37. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2012.11.007>
- Callejo Gallego, J. (2002). Observación, entrevista y grupo de discusión: el silencio de tres prácticas de investigación. *Rev Esp Salud Pública*, 76(5), 409–422.
- Castro, E. (2011). *Diccionario Foucault. Temas, conceptos y autores*. (1ª ed). Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Catanzaro, M. (2017). “La solución no es atar al paciente.” *el Periódico*. Retrieved from <https://www.elperiodico.com/es/ciencia/20171106/entrevista-a-edgar-vinyals-activista-con-diagnostico-psiquiatico-6406170>
- Chuang, Y. H., & Huang, H. T. (2007). Nurses’ feelings and thoughts about using physical restraints on hospitalized older patients. *Journal of Clinical Nursing*, 16(3), 486–494. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01563.x>
- COIBA Col·legi Oficial d’Infermeria de les Illes Balears. (2017). Tenir cura dignament, sense

subjecciones, és possible. Retrieved from <https://www.infermeriabalear.com/registro.php?idgrupo=20171120094246&lan=2>

- Coyne, I. (1997). Sampling in qualitative research. Purposeful and theoretical sampling; merging or clear boundaries? *Journal of Advanced Nursing*, 26(3), 623–630. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.t01-25-00999.x>
- Crossley, N. (2005). *Key Concepts in Critical Social Theory*. Sage Publication Inc.
- Curtis, S., Gesler, W., Smith, G., & Washburn, S. (2000). Approaches to sampling and case selection in qualitative research: Examples in the geography of health. *Social Science and Medicine*, 50(7–8), 1001–1014. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00350-0](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00350-0)
- de la Cuesta-Benjumea, C. (2008). ¿Por dónde empezar?: la pregunta en investigación cualitativa. *Enfermería Clínica*, 18(4), 205–210. [https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(08\)72197-1](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(08)72197-1)
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (Eds.). (1994). *Handbook of qualitative research*. Sage Publication Inc.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (Eds.). (2003). *The Landscape of Qualitative Research: Theories and Issues*. (2nd ed.). Sage Publication Inc.
- Elsden De Digon, C., Fernández Guarda, C., Nicolás Dueñas, M., Rodríguez Díaz, M. T., Soldevilla Agreda, J. J., Toronjo Gómez, A., & Zanza Castro, M. J. (2003). *Hacia una cultura sin restricciones: las restricciones físicas en ancianos institucionalizados*.
- Estévez, G. J. (2017). Restricción física: cultura de seguridad en centros de mayores. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10347/15452>
- Estévez, G. J., Fariña-López, E., Núñez-González, E., Gandoy-Crego, M., Calvo-Francés, F., & Capezuti, E. A. (2017). The use of physical restraints in long-term care in Spain: A multi-center cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 17(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0421-8>
- Estrada, J., Valencia, M., & Betancurth, D. (2015). Teoría crítica en salud. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 33(1), S87–S89. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v33s1a15>
- Fariña, E. (2011). Problemas de seguridad relacionados con la aplicación de dispositivos de restricción física en personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol.*, 46(1), 6–42.
- Fariña, E. (2012). *La restricción física en personas mayores. Actitudes, conocimientos y práctica profesional relacionados con su aplicación*. Universidad de Santiago de Compostela.
- Fariña, E., & Estévez-Guerra, G. J. (2011). La restricción física de los pacientes: Abordaje hasta la era moral. *Rev ROL Enferm*, 34(3), 174–181.
- Fariña, E., Estévez-Guerra, G. J., González, E. N., Fernández, M. M., & Santana, E. S. (2008). Estudio descriptivo sobre la actitud de la familia ante el uso de restricciones físicas en mayores: Resultados preliminares. *Revista Espanola de Geriatria Y Gerontologia*, 43(4), 201–207. [https://doi.org/10.1016/S0211-139X\(08\)71183-1](https://doi.org/10.1016/S0211-139X(08)71183-1)
- Fariña, E., Estévez-Guerra, G. J., Núñez González, E., Calvo Francés, F., & Penelo, E. (2016). Adaptación y validación española del Perception of Restraint Use Questionnaire (PRUQ) sobre el uso de restricciones físicas en personas mayores. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 39(1), 13–22. <https://doi.org/10.4321/S1137-6627/2016000100003>
- Fariña, E., Estévez-Guerra, G. J., Núñez González, E., Pérez Hernández, D. de G., & Gandoy Crego,

- M. (2013). Actitudes, conocimientos y práctica de los profesionales de enfermería en el uso de restricciones físicas con personas mayores. *Revista Española de Geriatria Y Gerontología*, 48(5), 209–215. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2013.01.005>
- Fariña, E., & Estévez, G. J. (2011). La restricción física de los pacientes: siglos XIX y XX. *Rev ROL Enferm*, 34(3), 182–189.
- Fernández Rodríguez, Á., & Zabala Blanco, J. (2014). Restricción física: Revisión y reflexión ética. *Gerokomos*, 25(2), 63–67. <https://doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200003>
- Foucault, M. (1992). *La voluntad de saber*. (F. Álvarez Uría & J. Varela, Eds.). Madrid: La Piqueta.
- Foucault, M. (2002). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Foucault, M. (2006). *Seguridad, territorio, población: Curso en el Collège de France: 1977-198* (1st ed.). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Fundación Cuidados Dignos. (2012). *Como se eliminan las sujeciones. Guía para la eliminación de sujeciones físicas y químicas en centros de atención sociosanitaria y domicilios*. Retrieved from <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/eliminarsujecionescuidadosdignos.pdf>
- Galán Cabello, C. M., Trinidad Trinidad, D., Ramos Cordero, P., Gómez Fernández, J. P., Alastruey Ruiz, J. G., Onrubia Pecharroman, A., ... Hernández Ovejero, H. (2008). Uso de sujeciones físicas en una población anciana ingresada en residencias públicas. *Revista Espanola de Geriatria Y Gerontologia*, 43(4), 208–213. [https://doi.org/10.1016/S0211-139X\(08\)71184-3](https://doi.org/10.1016/S0211-139X(08)71184-3)
- Gallo, J. (2011). *Dependencia y entorno residencial y familiar de las personas mayores de 75 años que viven solas: Autopercepción y comportamiento*. Universitat de les Illes Balears. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10803/52177>
- García Inda, A. (2000). Introducción. In *Poder, Derecho y Clases Sociales*. Pierre Bourdieu (p. 232). Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.
- Gastaldo, D., & Holmes, D. (1999). Foucault and nursing: A history of the present. *Nursing Inquiry*, 6(4), 231–240. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1800.1999.00042.x>
- Goethals, S., Dierckx de Casterlé, B., & Gastmans, C. (2012). Nurses' decision-making in cases of physical restraint: A synthesis of qualitative evidence. *Journal of Advanced Nursing*, 68(6), 1198–1210. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05909.x>
- González-Expósito, J., Carbajo-Payo, M., Sirvent-Navarro, V., García-Toca, N., González-Garzón, J., & Pariente-Rodrigo, E. (2017). Uso de contenciones en el anciano: la perspectiva de familiares y cuidadores. *Rev ROL Enferm*, 40(12–13), 754–760.
- Guba, E., & Lincoln, Y. (2000). Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. In C. Dennen & J. Haro (Eds.), *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social*. Colegio de Sonora: Sonora.
- Gulpers, M. J., Bleijlevens, M. H., Van Rossum, E., Capezuti, E., & Hamers, J. P. (2010). Belt restraint reduction in nursing homes: Design of a quasi-experimental study. *BMC Geriatrics*, 10. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-10-11>
- Gulpers, M. J. M., Bleijlevens, M. H. C., Ambergen, T., Capezuti, E., Van Rossum, E., & Hamers, J. P. H. (2011). Belt restraint reduction in nursing homes: Effects of a multicomponent intervention program. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(11), 2029–2036.

<https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03662.x>

- Gulpers, M. J. M., Bleijlevens, M. H. C., Capezuti, E., van Rossum, E., Ambergen, T., & Hamers, J. P. H. (2012). Preventing belt restraint use in newly admitted residents in nursing homes: A quasi-experimental study. *International Journal of Nursing Studies*, *49*(12), 1473–1479. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.07.013>
- Hamers, J. P. H., Meyer, G., Köpke, S., Lindenmann, R., Groven, R., & Huizing, A. R. (2009). Attitudes of Dutch, German and Swiss nursing staff towards physical restraint use in nursing home residents, a cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, *46*(2), 248–255. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.06.007>
- Haut, A., Kolbe, N., Strupeit, S., Mayer, H., & Meyer, G. (2010). Attitudes of relatives of nursing home residents toward physical restraints. *Journal of Nursing Scholarship*, *42*(4), 448–456. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2010.01341.x>
- Higginbottom, G. M. A. (2004). Sampling issues in qualitative research. *Nurse Researcher*, *12*(1), 7–19. <https://doi.org/10.7748/nr2004.07.12.1.7.c5927>
- Karagozoglu, S., Ozden, D., & Yildiz, F. T. (2013). Knowledge, attitudes, and practices of Turkish intern nurses regarding physical restraints. *Clinical Nurse Specialist*, *27*(5), 262–271. <https://doi.org/10.1097/NUR.0b013e3182a0baec>
- Kong, E. H., & Evans, L. K. (2012). Nursing staff views of barriers to physical restraint reduction in nursing homes. *Asian Nursing Research*, *6*(4), 173–180. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2012.10.007>
- Martín Arribas, M., Feito Grande, L., Judez Gutiérrez, J., Pámpols Ros, T., Terracini, B., Fernández Soria, J., ... Morales Piga, A. (2012). Recomendaciones sobre aspectos éticos de la investigación cualitativa en salud. *Metas de Enfermería*, *15*(4), 58–63.
- Martínez, A., & Gómez, J. (2017). Uso y abuso de las contenciones y sujeciones mecánicas. *Ética de Los Cuidados*, *10*(19). Retrieved from <http://www.index-f.com/eticuidado/n19/et1902.php>
- McLafferty, I. (2004). Focus group interviews as a data collecting strategy. *Journal of Advanced Nursing*, *48*(2), 187–194. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03186.x>
- Miró, M. (2008). *¿ Por qué somos como somos ? Continuidades y transformaciones de los discursos y las relaciones de poder en la identidad de las/os enfermeras/os en España (1956-1976)*. Universitat de les Illes Balears. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/233811617_Thesis%5Cnhttps://www.educacion.es/teseo/mostrarRef.do?ref=545343
- Möhler, R., Richter, T., Köpke, S., Meyer, G., Möhler, R., Richter, T., ... Meyer, G. (2011). Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints in long-term geriatric care - a Cochrane Review. *Journal of Clinical Nursing*, *21*(2). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007546.pub2>. Copyright
- Möhler, & Meyer, G. (2014). Attitudes of nurses towards the use of physical restraints in geriatric care: A systematic review of qualitative and quantitative studies. *International Journal of Nursing Studies*, *51*(2), 274–288. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.10.004>
- Monticelli, M., Cruz, J., & Villareal, M. (2008). Etnografía: Bases teórico-filosóficas y metodológicas y sus aplicaciones en enfermería. In *Investigación cualitativa en Enfermería* (pp. 131–147). Washington: Organización Panamericana de la Salud.

- Moreno, C. (2016). *Conflictos éticos y acciones de resistencia: los profesionales de atención primaria de Mallorca frente a los recortes en el sistema público de salud*. Universitat de les Illes Balears.
- Muñiz, R., Gómez, S., Curto, D., Hernández, R., Marco, B., García, P., ... Olazarán, J. (2016). Reducing Physical Restraints in Nursing Homes: A Report From Maria Wolff and Sanitas. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(7), 633–639. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.03.011>
- Øye, C., Jacobsen, F. F., & Mekki, T. E. (2017). Do organisational constraints explain the use of restraint? A comparative ethnographic study from three nursing homes in Norway. *Journal of Clinical Nursing*, 26(13–14), 1906–1916. <https://doi.org/10.1111/jocn.13504>
- Paterson, B. (2011). How corrupted cultures lead to abuse of restraint interventions. *Learning Disability Practice*, 14(7), 24–28.
- Pellfolk, T. J. E., Gustafson, Y., Bucht, G., & Karlsson, S. (2010). Effects of a restraint minimization program on staff knowledge, attitudes, and practice: A cluster randomized trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(1), 62–69. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2009.02629.x>
- Ponsell, E. (2012). *Percepciones de los diferentes profesionales de la salud ante el manejo del dolor infantil y atención a la familia en el ámbito de la atención hospitalizada en Mallorca*. Universitat de les Illes Balears.
- Saarnio, R., & Isola, A. (2010). Nursing staff perceptions of the use of physical restraint in institutional care of older people in Finland. *Journal of Clinical Nursing*, 19(21–22), 3197–3207. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03232.x>
- Scheepmans, K., Dierckx de Casterlé, B., Paquay, L., & Milisen, K. (2018). Restraint use in older adults in home care: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 79(July 2017), 122–136. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.11.008>
- Scheepmans, K., Dierckx de Casterlé, B., Paquay, L., Van Gansbeke, H., & Milisen, K. (2017). Restraint Use in Older Adults Receiving Home Care. *J Am Geriatr Soc.*, 65(8), 1769–1776.
- Segarra, M., & Carabí, À. (2000). *Feminismo y crítica literaria*. Icaria. Mujeres y culturas.
- SEGG. (2000). *La Atención Sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos. Recomendaciones del defensor del pueblo e informes de la sociedad de geriatría y gerontología y de la asociación multidisciplinaria de gerontología*. Retrieved from <https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2015/05/2000-01-La-atención-sociosanitaria-en-España-perspectiva-gerontológica-y-otros-aspectos-conexos.pdf>
- Thomas, K. S., Hyer, K., Castle, N. G., Branch, L. G., Andel, R., & Weech-Maldonado, R. (2012). Patient safety culture and the association with safe resident care in nursing homes. *Gerontologist*, 52(6), 802–811. <https://doi.org/10.1093/geront/gns007>
- Urrutia Beascoa, A. M. (2015). *MODELO DE CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA CON REDUCCIÓN DEL USO DE SUJECIONES FÍSICAS Y QUÍMICAS: CONCEPTUALIZACIÓN E IMPLANTACIÓN*. Universidad Complutense de Madrid.
- Urrutia Beaskoa, A., & Ávila Balcno, H. (2017). “ EVOLUCIÓN DE LAS CAÍDAS DE UN GRUPO DE PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS TRAS LA REDUCCIÓN DE LAS SUJECIONES FÍSICAS Y QUÍMICAS .” Retrieved from <http://www.cuidadosdignos.org/wp-content/nuevo/Investigación-Eliminación-Sujeciones.pdf>

Wazen Hervás, M. J. (2012). Aspectos del uso de restricciones físicas en ancianos institucionalizados. *Rev Etica de Los Cuidados*, 5(10). Retrieved from http://www.index-f.com/new/cuiden/extendida.php?cdid=682457_1

Anexo 1: Resultados de la estrategia de búsqueda bibliográfica

Base de datos	Nursing Ovid (Journals@Ovid, Ovid –MEDLINE y Ovid Nursing Database)
Combinaciones: Resultados	1er Nivel: 31 resultados
Límites introducidos	2007-2018
Resultados	Sin interés para mi tema de investigación: 26 artículos Resultado final: 5 artículos
	<ul style="list-style-type: none"> - Knowledge, attitudes, and practices of Turkish intern nurses regarding physical restraints. Karagozoglu S; Ozden D; Yildiz FT - Nurses' decision-making in cases of physical restraint: a synthesis of qualitative evidence. [Review] Goethals S; Dierckx de Casterle B; Gastmans C - Attitudes of relatives of nursing home residents toward physical restraints. Haut A; Kolbe N; Strupeit S; Mayer H; Meyer G(Sí) - Nurses' feelings and thoughts about using physical restraints on hospitalized older patients. Chuang YH; Huang HT

Base de datos	Cuiden Plus
Combinaciones: Resultados	1er Nivel: 0 resultados Restricción Física (adaptación): 71
Límites introducidos	Seleccionados los artículos respetando el criterio temporal de inclusión.
Resultados	Sin interés para mi tema de investigación: 65 artículos Resultado final: 6 artículos (+1 artículo en bola de nieve)
	<ul style="list-style-type: none"> - Uso de contenciones en el anciano. La perspectiva de familiares y cuidadores. González-Expósito, Josefina. Rev ROL Enferm 2017 40(11-12):754-760 - “La Sujeción no es un Cuidado”. Impacto de la formación sobre los profesionales de enfermería. M^a Carmen Aristín Ortega, Sara Fernández Corral, Lorena Lavín Meruelo, Isabel Lebrero Martínez, Vera Martín Gutiérrez. Nuberos Científica 2016-2017 3(20):12-16. CDID 700367_1 - Restricción física: revisión y reflexión ética. Fernández Rodríguez, A; Zabala Blanco, J Aspectos del uso de restricciones físicas en ancianos institucionalizados. Wazen Hervás, María José. <ul style="list-style-type: none"> o Galán Cabello CM, Trinidad Trinidad D, Ramos Cordero P, Gómez Fernández JP, Alastruey Ruiz JG, Onrubia Pecharroman A, et al. Sección Clínica. Uso de sujeciones físicas en una población anciana ingresada en residencias públicas. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2008; 43:208213 - Estudio sobre la utilización de la contención mecánica en una población geriátrica. Astigarra Suárez, Arrate; Aristón Ortega, M^a Carmen; Fernández Rivera, Esther; García Aja, Beatriz. Nuberos Científica 2012 1(7):31-41. CDID 678072_1 - Uso de la restricción física: Abordaje hasta la era moral. Fariña-López, Emilio; Estévez-Guerra, Gabriel J. Rev ROL Enferm 2011 34(3):14-21 - La restricción física de los pacientes: siglos XIX y XX. Fariña-López, Emilio; Estévez-Guerra, Gabriel J. Rev ROL Enferm

Base de datos	EBSCOhost (PsycINFO, CINAHL, Abstracts in Social Gerontology)
Combinaciones: Resultados	1er Nivel: 11 resultados Nivel 1.B: 41 resultados Nivel 2.B: 0 resultados
Límites introducidos	2009-2018
Resultados	Sin interés para mi tema de investigación: 45 artículos Resultado final: 7 artículos
<ul style="list-style-type: none"> - Actitudes, conocimientos y práctica de los profesionales de enfermería en el uso de restricciones físicas con personas mayores. Emilio Fariña-López, Gabriel J. Estévez-Guerra, Eduardo Núñez González, Domingo de Guzmán Pérez Hernández, Manuel Gandoy Crego - Nurses' decision-making in cases of physical restraint: A synthesis of qualitative evidence. Goethals, Sabine (REPETIDO) - Attitudes of relatives of nursing home residents toward physical restraints. Haut, Antonie; Kolbe, Nina; Strupeit, Steve; Mayer, Herbert; Meyer, Gabriele (REPETIDO) - Effects of a Restraint Minimization Program on Staff Knowledge, Attitudes, and Practice: A Cluster Randomized Trial. Pellfolk, Tony J.-E.; Gustafson, Yngve; Bucht, Gösta; Karlsson, Stig. - Do organisational constraints explain the use of restraint? A comparative ethnographic study from three nursing homes in Norway.) Øye, Christine; Jacobsen, Frode Fadnes; Mekki, Tone Elin. - Nursing staff perceptions of the use of physical restraint in institutional care of older people in Finland. Reetta Saarnio and Arja Isola - How corrupted cultures lead to abuse of restraint interventions. Paterson, Brodie. 	

Base de datos	Cochrane Library Plus
Combinaciones: Resultados	1er Nivel: 0 resultados Physical restraint (adaptación): 1 resultado
Límites introducidos	-
Resultados	Resultado final: 1
<ul style="list-style-type: none"> - Möhler R, Richter T, Köpke S, Meyer G. Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints in long-term geriatric care. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011 Issue 2. 	

Base de datos	Pubmed
Combinaciones: Resultados	1er Nivel: 20 resultados Nivel 1.B: 16 resultados
Límites introducidos	2009-2018
Resultados	Sin interés para mi tema de investigación: 15 Resultado final: 5 artículos
<ul style="list-style-type: none"> - Actitudes, conocimientos y práctica de los profesionales de enfermería en el uso de restricciones físicas con personas mayores. Emilio Fariña-López. (REPETIDO) - Nurses' decision-making in cases of physical restraint: a synthesis of qualitative evidence. Goethals S, Dierckx de Casterlé B, Gastmans C. (REPETIDO) - Attitudes of relatives of nursing home residents toward physical restraints. Haut, Antonie; Kolbe, Nina; Strupeit, Steve; Mayer, Herbert; Meyer, Gabriele (REPETIDO) 	

<ul style="list-style-type: none"> - Effects of a restraint minimization program on staff knowledge, attitudes, and practice: a cluster randomized trial. Pellfolk TJ, Gustafson Y, Bucht G, Karlsson S. (REPETIDO) - Patient safety culture and the association with safe resident care in nursing homes. Thomas KS, Hyer K, Castle NG, Branch LG, Andel R, Weech-Maldonado R.

Base de datos	Science Direct
Combinaciones: Resultados	1er Nivel: 1567 resultados 2do Nivel: 521 resultados 3er Nivel: 41 resultados Nivel 1.B: 841 resultados
Límites introducidos	2009 - 2018
Resultados	Sin interés para mi tema de investigación (desde 3er nivel): 35 artículos Resultado final: 6 artículos
<ul style="list-style-type: none"> - Actitudes, conocimientos y práctica de los profesionales de enfermería en el uso de restricciones físicas con personas mayores. Emilio Fariña-López, Gabriel J. Estévez-Guerra, Eduardo Núñez González, Domingo de Guzmán Pérez Hernández, Manuel Gandoy Crego (REPETIDO) - Attitudes of nurses towards the use of physical restraints in geriatric care: A systematic review of qualitative and quantitative studies. Ralph Möhler, Gabriele Meyer (REPETIDO) - Attitudes of Dutch, German and Swiss nursing staff towards physical restraint use in nursing home residents, a cross-sectional study. Jan P.H. Hamers, Gabriele Meyer, Sascha Köpke, Ruth Lindenmann, Rald Groven, Anna R. Huizing - Restraint use in older adults in home care: A systematic review. Kristien Scheepmans, Bernadette Dierckx de Casterlé, Louis Paquay, Koen Milisen - Nursing Staff Views of Barriers to Physical Restraint Reduction in Nursing Homes. Eun-Hi Kong, Lois K. Evans - Attitudes of nurses towards the use of physical restraints in geriatric care: A systematic review of qualitative and quantitative studies. Ralph Möhler, Gabriele Meyer 	

Base de datos	Teseo
Combinaciones: Resultados	1er Nivel: 0 resultados Restricción física (adaptación – en título): 4 resultados
Límites introducidos	-
Resultados	Sin interés para mi tema de investigación: 1 tesis Dificultad para la obtención de fuentes primarias: 1 tesis Resultado final: 2 tesis
<ul style="list-style-type: none"> - Restricciones físicas en mayores institucionalizados. prevalencia, factores asociados e impacto sobre la funcionalidad del anciano. Wazen Hervas, Maria Jose - Restricción física: cultura de seguridad en centros de personas mayores. Estévez Guerra, Gabriel Jesús. 	

Anexo 2: Resultados de la búsqueda bibliográfica

Autor	Año	Título	Objetivo	Metodología	Técnica	Resultado
Aristín, MC	2017	“La sujeción no es un Cuidado”. Impacto de la formación sobre los profesionales de enfermería	Valorar el impacto que tiene el curso ‘Sujeciones en el anciano y en paciente con enfermedad de Alzheimer’ sobre los profesionales de enfermería	Cuantitativa	Encuesta pre-post formación	Tras la formación, la actitud de los profesionales ante el uso de sujeciones cambia. En un pequeño porcentaje existen varias situaciones en las que se otorga bastante importancia al uso de la sujeción física después de la formación.
Astigarraga, A	2012	Estudio sobre la utilización de la contención mecánica en una población geriátrica	Conocer el uso de la contención mecánica en una población geriátrica, así como los principales motivos que llevan al uso de este tipo de dispositivos.	Diseño de un estudio cuantitativo	Estudio observacional transversal – uso de una hoja de recogida de datos (incluyendo datos personales, escalas y datos sobre el uso de la contención)	Diseño del estudio, sin resultados.
Chuang, Y	2007	Nurses’ feelings and thoughts about using physical restraints on hospitalized older patients	Explorar los sentimientos y las creencias de las enfermeras sobre las contención físicas en el paciente geriátrico hospitalizado	Cualitativa	Entrevistas individuales	La mayoría de las enfermeras tenían sentimientos negativos hacia el uso de restricciones físicas y presentan una lucha con la autonomía de los pacientes al realizar esta práctica.
Estévez-Guerra, GJ	2017	Restricción física: cultura de seguridad en centros de personas mayores	Describir las prácticas de los profesionales en el uso de la restricción física en centros sociosanitarios	Cuantitativa	Observación directa	Es necesario mejorar la formación del personal en el cuidado de residentes con deterioro cognitivo y funcional. El bajo coste de este procedimiento puede afectar a la seguridad de los residentes.
Fariña-López, E	2011	Uso de la restricción física: Abordaje hasta la era moral	Analizar la contención física del enfermo en la historia	Revisión de la literatura	Búsqueda bibliográfica	Historia del uso de la contención física en el enfermo.

Fariña-López, E	2011	La restricción física de los pacientes: siglos XIX y XX	Analizar la contención física del enfermo en la historia	Revisión de la literatura	Búsqueda bibliográfica	Historia del uso de la contención física en el enfermo.
Fariña-López, E	2013	Actitudes, conocimientos y práctica de los profesionales de enfermería en el uso de restricciones físicas con personas mayores	Explorar las actitudes, los conocimientos y la práctica relacionada con el uso de restricciones físicas en profesionales de enfermería que trabajan con ancianos.	Cuantitativa	Cuestionarios: Karlsson (actitudes) Janelli (Conocimientos) Suen (práctica profesional)	La actitud de los profesionales ante la restricción física es ambigua, y en sus conocimientos y prácticas se han detectado creencias erróneas, lo que refleja que es necesario mejorar su formación.
Fernández Rodríguez, Á	2014	Restricción física: revisión y reflexión ética	Revisar los aspectos normativos, profesionales y éticos relacionados con la restricción física.	Búsqueda bibliográfica	Revisión de la literatura	Es necesario que los profesionales conozcan las bases legales y las implicaciones éticas de estas medidas terapéuticas, así como las técnicas y los protocolos existentes, para lo cual se hace imprescindible la formación e información de los profesionales.
Goethals, S	2011	Nurses' decision-making in cases of physical restraint: a synthesis of qualitative evidence	Revisar la evidencia sobre el proceso de tomas de decisiones que relizan las enfermeras en cuanto al uso de las contenciones	Cualitativa (revisión secundaria de la literatura)	Búsqueda bibliográfica	La toma de decisiones se centra busca la seguridad del paciente y está influido por factores relacionados con el contexto y con los profesionales.
González-Expósito, J	2017	Uso de contenciones en el anciano. La perspectiva de familiares y cuidadores	Explorar los conocimientos y actitudes ante las contenciones en el anciano en el ámbito doméstico, dada la escasez de datos en este aspecto.	Cuantitativa	Cuestionario	Los familiares y cuidadores presentan desconocimientos sobre las indicaciones y las consecuencias de la contención.
Hamers, J	2009	Attitudes of Dutch, German and Swiss nursing staff towards physical restraint use in nursing home residents, a cross-sectional study	Investigar las actitudes de las enfermeras sobre las contenciones físicas en las residencias y evaluar si hay disciplinas según el país	Cuantitativa	Cuestionario Maastricht Attitude Questionnaire on restraint use	Las enfermeras europeas tienen actitudes diferentes respecto al uso de las contenciones físicas, por lo que hay que adaptar las intervenciones de retirada a los aspectos culturales.
Karagozolu, S	2013	Knowledge, Attitudes, and Practices of Turkish Intern	Determinar el conocimiento, actitudes y prácticas de las	Cuantitativa	Cuestionario: Demographic	Las enfermeras son identificadas como un elemento clave en la toma

		Nurses Regarding Physical Restraints	enfermeras residentes sobre el uso de las contenciones físicas		Characteristics Questionnaire and the Levels of Knowledge, Attitudes and Practices of Staff Regarding Physical Restraints Questionnaire	de decisiones sobre el uso de las contenciones.
Kong, E	2012	Nursing staff views of barriers to physical restraint reduction in nursing homes	Identificar las barreras para la reducción del uso de las contenciones desde la perspectiva de los profesionales	Cualitativa	Entrevistas individuales	Se identificaron como barreras el exceso de trabajo, la falta de recursos, las creencias y la falta de formación, entre otros.
Möhler, R	2011	Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints in long-term geriatric care	Evaluar la efectividad de las intervenciones para prevenir y reducir el uso de las contenciones físicas en las personas mayores que requieren cuidados de larga estancia	Revisión de la literatura	Búsqueda bibliográfica	Los estudios revelaron resultados inconsistentes.
Möhler, R	2014	Attitudes of nurses towards the use of physical restraints in geriatric care: a systematic review of qualitative and quantitative studies	Examinar las actitudes de las enfermeras respecto al uso de las contenciones físicas en la atención al paciente geriátrico	Revisión de la literatura	Búsqueda bibliográfica	Pese a la falta de evidencia sobre el uso de las contenciones, las enfermeras a menudo optan por utilizarlas cuando dudan y utilizan diferentes estrategias para afrontar los sentimientos negativos que su uso les provoca.
Øye, C	2016	Do organisational constraints explain the use of restraint? A comparative ethnographic study from three nursing homes in Norway	Investigar qué tipo de contención se utiliza en las residencias y cómo éstas son utilizadas por los profesionales bajo las condiciones organizacionales	Mixta: cuantitativa y cualitativa	Técnicas cuantitativas: Cuantificación de la prevalencia y tipo de restricción usadas y agitación de los pacientes	El uso de las restricciones se relaciona con las características individuales de los residentes, pero también con las condiciones de la organización, la cultura del personal y los recursos humanos disponibles.

					Técnicas cualitativas: entrevistas individuales	
Paterson, B	2011	How corrupted cultures lead to abuse of restraint interventions	Analizar cómo la organización influye en las prácticas que se ejercen	Revisión de la literatura	Búsqueda bibliográfica	Las organizaciones que permiten el uso de medidas coactivas se convierten en disfuncionales y esto daña a quienes trabajan en ella y a quienes reciben sus servicios.
Pellfolk, T	2010	Effects of a restraint minimization program on staff knowledge, attitudes, and practice: a cluster randomized trial	Evaluar los efectos de un programa educativo para la reducción del uso de las contenciones en el conocimiento y las actitudes de los profesionales	Cuantitativa	Ensayo clínico aleatorizado – uso de un cuestionario: datos sobre carga de trabajos, conocimientos sobre legislación y el Perceptions of Restraint Use Questionnaire	La formación de los profesionales puede aumentar sus conocimientos, cambiar sus actitudes y reducir el uso de las contenciones sin un incremento en la incidencia de caídas o uso de drogas psicoactivas.
Saarnio, R	2010	Nursing staff perceptions of the use of physical restraint in institutional care of older people	Describir la percepción de las enfermeras en el uso de las contenciones físicas en el cuidado de las personas mayores	Cualitativa	Grupos focales	Los factores que contribuyen al uso de las contenciones incluyen la petición de los familiares para garantizar la seguridad de la persona mayor y aspectos sociales como la falta de legislación. Su uso provoca sentimientos de culpa en los profesionales a la vez que sienten que sus pacientes están más seguros.
Scheepmans, K	2018	Restraint use in older adults in home care: A systematic review	Describir el uso de las contenciones físicas en el entorno domiciliario: definición, prevalencia, tipos y razones de su uso	Revisión de la literatura	Búsqueda bibliográfica	La prevalencia de uso oscila entre el 5-25% y se utilizan dispositivos muy dispares. Las familias tienen un papel importante en la toma de decisiones y la aplicación, buscando la seguridad del mayor.

Thomas, K	2012	Patient Safety Culture and the Association with Safe Resident Care in Nursing Homes	Examinar la relación entre un programa de cultura de seguridad del paciente y el cuidado (por ejemplo, el número de caídas)	Cuantitativa	Cuestionario: "Agency for healthcare research and quality nursing home survey on patient safety culture"	los centros que tienen una mayor cultura de seguridad del paciente presentan una menor prevalencia en el uso de las contenciones y menor índice de caídas.
Wazen, MJ	2017	Restricciones físicas en mayores institucionalizados. Prevalencia, factores asociados e impacto sobre la funcionalidad del anciano	Describir la prevalencia de restricciones físicas 5 residencias de Valencia, los factores asociados su uso y su impacto sobre la funcionalidad, el estado cognitivo, el riesgo de úlceras, el riesgo de caídas y el estado nutricional de los residentes.	Cuantitativo	Estudio observacional – variables: prevalencia de uso de las contenciones y se realizaron escalas de valoración (Barthel, MEC, Norton, Tinetti y MNA)	Existe una asociación entre el uso de restricciones y el deterioro avanzado de los residentes con relación a su funcionalidad, estado cognitivo, riesgo de úlceras, riesgo de caídas y estado nutricional.

Anexo 3: Beneficios para la salud de la persona cuidada de la retirada de la contención física

Beneficios Físicos:	Beneficios Psicoemocionales:	Beneficios Sociales:
<p>Disminución de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Riesgo de caídas - Úlceras por presión - Autolesiones - Infecciones - Estreñimiento - Atrofia y debilidad - Riesgo de traumatismos en la piel - Riesgo de contracturas musculares - Riesgo de edema - Riesgo de disminución de la densidad ósea (con menor susceptibilidad para las fracturas) - Riesgo de sobrecarga cardíaca <p>Mejora de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apetito - Tono muscular - Movilidad, coordinación y equilibrio 	<p>Desaparición de estados psicoemocionales ligados al uso de sujeciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Agitación - Agresividad - Angustia - Ansiedad - Apatía - Confusión - Depresión - Desesperanza - Deterioro cognitivo - Ira - Miedo-pánico - Trastorno confusional - Vivencias y recuerdos traumáticos - Sensación de atrapamiento 	<p>Desaparición de vivencias sociales ligadas al uso de sujeciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vergüenza – humillación - Sentimientos de Aislamiento y Deshumanización - Pérdida de autonomía – dependencia <p>Recuperación del rol social dentro del grupo de personas usuarias (recuperación de la imagen social).</p>

Anexo 4: Correo electrónico para reclutamiento de centros

Estimado/a responsable/ coordinador/a de centro:

El motivo de este mail es poderle explicar que estoy desarrollando una investigación titulada “La cultura de la contención física en el paciente geriátrico: perspectiva de los profesionales de centros sociosanitarios en Mallorca.”.

El objetivo principal es conocer cuáles son los discursos y las prácticas de los médicos, las enfermeras y las auxiliares de enfermería en cuanto al uso de las contenciones en el paciente geriátrico e identificar los factores institucionales que influyen en este uso. Al mismo tiempo, también me interesa conocer cómo influye la disciplina de los profesionales en el uso de estas restricciones.

Esta investigación es de carácter cualitativo y como técnica de recogida de datos principal emplea los grupos de discusión y, en algunos casos, la entrevista individual.

Por ello quisiera solicitarle que pudiera difundir entre los profesionales de salud de su centro (médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería) que lleven más de 2 años trabajando el documento de información de la investigación, de forma que si cualquiera de ellos/as que cumplan los criterios pudiera estar interesado se pueda poner en contacto conmigo para facilitarle la información que precise.

Le adjunto un resumen del proyecto, así como la hoja de información a los participantes.

Por otra parte, quiero informarle que este proyecto tiene el informe favorable de la Comisión ética en Investigación de las Islas Baleares, así como el de las comisiones del IB-Salut, Hospital Sant Joan de Déu y Hospital Cruz Roja.

Quedo a su disposición para cualquier duda.

Un cordial saludo,

Alba L. Carrero Planells

Máster de Investigación en Salud y Calidad de Vida (Universitat de les Illes Balears)

Teléfono 600.33.86.50

Mail: albaloreto@hotmail.com

Anexo 5: Hoja de información al participante

Hoja de información al participante para la realización de proyectos de investigación

Título del estudio: La cultura de la contención física en el paciente geriátrico: perspectiva de los profesionales de centros sociosanitarios en Mallorca.

Investigador principal: Alba L. Carrero Planells. Máster de Investigación en Salud y Calidad de Vida (UIB). Telf: 600.33.86.50; correo electrónico: albaloreto@hotmail.com

Introducción

Me dirijo a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de las Illes Balears, de acuerdo a la legislación vigente.

La intención es tan sólo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello, lea esta hoja informativa con atención y personalmente le aclararé las dudas que le puedan surgir después de la explicación. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno.

Participación voluntaria

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con la investigadora. Si usted decide revocar su consentimiento, no se recogerán nuevos datos, pero esta revocación no afectará a las investigaciones realizadas hasta el momento a no ser que usted así lo manifieste.

Descripción del estudio

Propósito de la investigación

Esta investigación tiene como objetivo cómo perciben la contención física los profesionales de la salud (médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería) de instituciones sociosanitarias en Mallorca.

Descripción de la investigación

La técnica que se utilizará para conocer la perspectiva de los profesionales es el grupo de discusión. Se formará uno por cada profesión y uno mixto, con 6-8 participantes en cada grupo. Se convocará dos veces a cada grupo, con dos meses de diferencia y, para poder dirigir de forma más adecuada la segunda entrevista, se habrán analizado, de forma provisional, los datos obtenidos en la primera. Cada entrevista tendrá una duración aproximada de 1h.

Asimismo, se realizarán entrevistas individuales de 30-45 minutos. Se llevarán a cabo dos entrevistas, con aproximadamente 5 meses de diferencia. Usted podrá participar en una u otra modalidad, o en ambas si así lo desea.

Se realizarán en la UIB fuera de su jornada laboral. Las entrevistas serán registradas mediante un sistema de audiograbación, y posterior transcripción literal. En este estudio, la investigadora precisa de su permiso si usted, finalmente, es seleccionado/a para ello.

Se le pedirá que antes de realizar la entrevista o el grupo focal rellene una ficha donde consten algunos datos sociodemográficos como: sexo, edad, años de experiencia laboral y años de

experiencia en el centro sociosanitario, así como la dirección y el teléfono de contacto. Entre ambas entrevistas, si lo desea podrá realizar un diario reflexivo sobre las situaciones vividas. En ese caso, la investigadora le facilitará el material necesario y la forma de realizarlo. El diario es completamente voluntario y opcional para cada uno de los participantes. Se puede utilizar la lengua castellana o catalana para expresarse en cualquiera de los casos.

Beneficios y riesgos derivados de su participación en el estudio

Su contribución permitirá comprender cuáles son los discursos y las prácticas de los profesionales sanitarios respecto al uso de las contenciones físicas en el paciente geriátricos en el entorno sociosanitario e identificar los factores institucionales que influyen en este uso.

La participación en este estudio le supondrá el tiempo de asistencia a las dos entrevistas.

En el caso de que decida participar en la investigación, es importante que comprenda que:

- Puede ejercer su derecho a retirarse de la investigación en cualquier momento.
- Antes de iniciar cada una de las entrevistas o grupos de discusión, se le proporcionará la oportunidad de poder aclarar dudas.
- La información obtenida servirá a la elaboración de publicaciones y presentaciones científicas, sometidas a la ley Orgánica 118 15/1999 de Protección de datos de carácter personal.

Confidencialidad

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, y en su reglamento de desarrollo. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse a la investigadora principal del estudio.

Sus datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código y solo la investigadora podrá relacionar dichos datos con usted. Por lo tanto, su identidad no será revelada a persona alguna salvo en caso de requerimiento legal.

El acceso a su información personal quedará restringido al equipo investigador y al Comité de Ética de la Investigación de las Illes Balears y personal autorizado, cuando lo precisen para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo a la legislación vigente

Compensación

Su participación en el estudio no le supone ningún tipo de compensación económica.

Otra información relevante

Cualquier nueva información que pueda afectar a su disposición para participar en el estudio, que se descubra durante su participación, le será comunicada por la investigadora principal lo antes posible.

Si desea ser informado directamente por la investigadora principal y participar en la selección de la primera entrevista sólo debe ponerse en contacto con la investigadora a través:

Correo electrónico: albaloreto@hotmail.com / Teléfono: 600.33.86.50

Anexo 6: Documento de consentimiento informado

Consentimiento informado para la realización de proyectos de investigación

Nombre del Estudio:

La cultura de la contención física en el paciente geriátrico: perspectiva de los profesionales de centros sociosanitarios en Mallorca.

Yo (nombre y apellidos)

.....

- He leído la hoja de información que se me ha entregado.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He hablado con Alba L. Carrero Planells, investigadora principal del estudio.
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio:
 - 1º Cuando quiera
 - 2º Sin tener que dar explicaciones.
 - 3º Sin que esto repercuta en mi relación con la investigadora principal.
- Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información:
 - Acepto participar en dos grupos de discusión con una duración aproximada de 1 hora cada uno de ellos. Entiendo que serán registrados en grabadora digital y que la investigadora principal tomará notas durante la entrevista.
 - Acepto participar en dos entrevistas individuales con una duración aproximada de 30-45 minutos cada una de ellas. Entiendo que serán registrados en grabadora digital y que la investigadora principal tomará notas durante la entrevista.
 - En el caso de que, de forma voluntaria, decida realizar un diario reflexivo, entiendo que los datos de mi diario serán analizados y se tratarán de forma confidencial.

Entiendo que podré mantener el contacto con ella mediante el teléfono 600.33.86.50 y el correo electrónico: albaloreto@hotmail.com

Firma del participante:

Firma de la investigadora

Nombre:

Nombre:

Fecha:

Fecha:

Anexo 7: Cronograma de recogida y análisis de datos

Día		1-15	15-30	30-45	45-60	60-75	75-90	90-105	105-120	120-135	135-150	150-170	170 -
Recogida de datos	Entrevista Individual	Entrevista exploratoria (A)	Diario de contención (C)									Entrevistas aclaratorias (J) + Entrega diario (C)	
	GF Disciplinar			1ers GFD (D)	Diario de contención (E)			2dos GFD (H) + Entrega diario (E)					
	GF Mixto					1er GFM (F)	Diario de contención (G)			2dos GFM (I) + Entrega diario (G)			
	Investigador principal	Diario de campo entrevistas y proceso reflexivo (B)											
Análisis de datos		Análisis preliminar A y B		Análisis preliminar B y D		Análisis preliminar B y F		Análisis preliminar B, E y H		Análisis preliminar B, G y I		Análisis J y C	Análisis final

Anexo 8: Guion de las entrevistas semiestructuradas de los grupos de discusión

1. Introducción: Recepción y saludo a las personas a entrevistar
<ul style="list-style-type: none">a. Presentación del entrevistador y del observador: quiénes somos, a qué institución pertenecemos, qué entidad nos avala...b. Agradecimiento por aceptar la participaciónc. Justificación y objetivos del estudio y la entrevista: de qué se va a hablar, qué se espera obtener con el proyecto, así como los beneficios para los participantes y los usuarios de los centros en los que trabajand. Solicitar permiso para grabar el grupo focal y garantizar el compromiso de confidencialidad y anonimato, así como el consentimiento informado y el permiso para la publicación de los resultadose. Presentación de las personas entrevistadas.
2. Debate a fondo: De acuerdo a lo recogido en la revisión de la literatura, se plantearán preguntas lo suficientemente abiertas para favorecer la discusión, por ejemplo:
<ul style="list-style-type: none">- ¿Pueden contar una experiencia de contención?- ¿Cómo se sintieron con esta contención?- ¿Por qué piensan que se contiene a los pacientes?
3. Clausura
<ul style="list-style-type: none">a. Breve resumen de las aportacionesb. Ofrecer a los participantes si quieren hacer alguna aportación finalc. Informar qué se hará con los resultadosd. Agradecer la participación.

Anexo 9: relación entre la recogida y el análisis de datos

