

Realidades y mitos en la eliminación de sujeciones

Facts and myths in the elimination of attachments

Manuel NEVADO REY
Fundación María Wolff
manuel.nevado@cop.es

Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales, n.º 41. Mayo de 2013 (pp. 283-298)
Fechas: Entrada: 10-04-2013; Aceptado: 21-04-2013 / ISSN: 2254-724X

RESUMEN

Las personas mayores que viven sometidos a algún tipo de dispositivo de limitación física acaban metiéndose en una espiral en la que se enfrentan a una pérdida de autonomía, dignidad y autoestima.

En efecto, el uso de estos dispositivos, que desde los centros residenciales se venden como elementos de seguridad, acaban oponiéndose con los propios objetivos del centro, es decir, lograr el máximo nivel de independencia, capacidad funcional y calidad de vida.

En el presente artículo se hace un repaso a los mitos y realidades de las sujeciones, se profundiza en conceptos importantes y se hace una revisión sobre los efectos secundarios de las mismas y su erradicación definitiva.

PALABRAS CLAVE

Sujeción, caídas, mitos, programas, investigación, motivos, familia.

ABSTRACT

The use of physical restraints on elders leads to an unavoidable spiral of loss of autonomy, dignity and self esteem.

Indeed, their prescription is promoted by residential care facilities under the assumption that restraints warrant their residents safety. Conversely, one of the goals of any nursing home is to provide residents with high standards of independence, functional capacity and quality of life, thus creating a conflict between safety and independence.

In the current article, some outstanding concepts are revisited as well as the myths and real facts surrounding the use of restraints. Moreover, the author reviews the adverse effects related to the use of restraints and how to eradicate them.

KEY WORDS

Anger, caregivers, dementia, spirituality, religiosity

1. INTRODUCCIÓN

Existe una conciencia social según la cual las sujeciones son necesarias para el funcionamiento de las residencias y las restricción física son consideradas por muchos profesionales como una medida necesaria para garantizar la seguridad de los ancianos más frágiles, así lo destacan en diferentes artículos (Hughes 2010, Meyers 2009) Se usa principalmente para tratar de evitar caídas, impedir la manipulación de equipos médicos y controlar problemas de conducta (Ludwick R, 2009)

Las personas mayores que viven sometidos a algún tipo de dispositivo de limitación física acaban metiéndose en una espiral en la que se enfrentan a una pérdida de autonomía, dignidad y autoestima.

En efecto, el uso de estos dispositivos, que desde los centros residenciales se venden como elementos de seguridad, acaban oponiéndose con los propios objetivos del centro, es decir, lograr el máximo nivel de independencia, capacidad funcional y calidad de vida.

Por tanto, el objetivo de eliminar o reducir al mínimo el uso de sujeciones se ha convertido en una clave de la práctica clínica.

Antes de entrar en profundidad con la temática del artículo imagínese por un momento dentro de un tiempo, "usted tiene 80 años, y en los últimos tiempos ha comenzado a perder la memoria, se encuentra desorientado y dentro de su confusión le da por deambular de un lado a otro de la residencia donde vive, comienza a ser una molestia, otros residentes se quejan de que no para de caminar todo el día y el equipo del centro considera que la situación no puede seguir así. Comienzan por darle un psicotrópico para ver si se le quitan las ganas de caminar, de repetir las preguntas repetitivas que hace usted una y otra vez, el uso de psicotrópicos comienza a hacer estragos en la deambulación, sus pasos se hacen cortos, la marcha inestable y de repente se cae, la caída es fuerte pero no muy importante, en ese momento el equipo informa a su familia de que es necesario sujetarle, por su bien, por su seguridad, desde ese día usted va a pasar los últimos años de su vida atado en una silla de ruedas, al principio intentara levantarse, se defenderá ante esta situación, poco a poco usted ira perdiendo musculatura, potencia de piernas, tendrá incontinencia. Un día cuando le intenten quitar el cinturón usted ya



no podrá caminar y el equipo socio sanitario verán como normal esta situación”.

Como se sentiría usted en esa situación, se imagina dormir todas las noches con un cinturón abdominal, vivir atado a una silla o con las manos sujetas para evitar que se arranque una vía que trata de prolongar una vida en la que poco a poco ha sido privado de la dignidad que tenía como ser humano, con una historia de vida, con una historia que contar.

Hasta qué punto es ético el uso de las sujeciones en los centros residenciales. Esta es una de las preguntas que se sugieren a fin de concienciar a los profesionales y a los familiares cuando un centro se propone desatar a los residentes y pasar a ser un centro libre de sujeciones.

2. ESPAÑA Y LAS SUJECIONES

El uso de las sujeciones en España supera con creces a la media de los datos procedentes del resto de la Unión Europea y del resto de países occidentales.

Por ello a principios del presente siglo el Doctor Antonio Burgueño a través de CEOMA comenzó a trabajar en la erradicación de las mismas, poniendo de manifiesto la imperiosa necesidad de avanzar en este tema a fin de potenciar la calidad de vida de las personas mayores que viven en residencias y la imperiosa necesidad de dar a conocer medidas alternativas al uso de sujeciones.

Uno de los primeros estudios epidemiológicos sobre el uso de las sujeciones se realizó en el año 1997. EN este estudio se puso de manifiesto que España tenía un problema con respecto al uso de sujeciones físicas en personas mayores en residencias y otros centros de cuidados prolongados

Tabla 1: Prevalencia de uso en 8 países. Porcentaje de residentes con sujeciones físicas usadas diariamente y no diariamente

Dinamarca	2,2
Francia	17,2
Islandia	8,5
Italia	16,6
Japón	4,5
España	39,6
Suecia	15,2
EE.UU.	16,5

Age an ageing 1997, suplemento de verano

En la tabla se puede apreciar que países como Dinamarca, Islandia y Japón, presentaban ya por aquel entonces una baja tasa de sujeciones con menos de un 9% de sujetos. Entre el 15 y 17% sufren sujeciones en Francia, Italia, Suecia y EE.UU, mientras que en España casi el 40% de la muestra presenta sujeciones.

Desde aquel año hasta la actualidad se ha ido avanzando en la materia y entidades como Maria Wolff, Fundación Cuidados Dignos y CEOMA luchan por dar a conocer y erradicar las sujeciones en los distintos centros. Gracias a ellos se ha conseguido pasar en apenas dos años de apenas seis centros libres de sujeciones a más de 50 en la actualidad, con la perspectiva de su definitiva erradicación en los próximos años.

3. MOTIVOS

Se usan sujeciones por motivos múltiples, no siempre aceptables. La búsqueda de la tranquilidad moral fácil ha inducido a muchos a pensar que solo se usan cuando la persona las necesita. Las evidencias científicas muestran que son procedimientos poco convenientes y es necesario admitir que se usan cuando no somos capaces de manejar riesgo de caídas, o problemas de conducta, de otra manera.

Los principales motivos son los siguientes



- a) Proteger al residente de caídas y accidentes. Se consideran que con ellas los residentes tendrán menor riesgo de caídas y por lo tanto estarán más seguros.
- b) Preocupación por las posibles reclamaciones: De los familiares como consecuencia de las posibles caídas que puedan aparecer en los mayores más vulnerables a las caídas y de las posibles demandas judiciales que podrían resultar de las mismas.
- c) Como elemento de apoyo postural. En aquellos casos en los que el residente va perdiendo la capacidad de control del tronco.
- d) Facilitar tratamientos. Como las sondas nasogástricas u otro tipo de vías.
- e) Controlar las conductas agitación. Consideran que es una medida adecuada para aquellas personas con agitación, agresividad o deambulación errante.

4. DEFINICIONES

Sujeción física: "cualquier dispositivo, material o equipo aplicado a una persona, unido a ella o cerca de su cuerpo, que no puede ser controlado o retirado con facilidad por ella misma y que deliberadamente evita o intenta evitar su libertad de movimiento y/o el natural acceso a su cuerpo"

Sujeciones Químicas se definen como "el uso de fármacos, fundamentalmente aquellos que actúan a nivel del Sistema Nervioso Central, que reducen la movilidad de la persona, de manera que quedan inhibidas sus actividades (salir de la cama, ir al cuarto de baño, participar en actividades sociales,...) con el objetivo de manejar o controlar una conducta inadecuada o molesta (p. e.: vagabundeo, agresividad verbal, no colaboración en los cuidados, etc.), que no tiene base en un desorden psiquiátrico diagnosticado. Dicho de otro modo, es el uso de fármacos (psicotrópicos o no) para manejar un problema para el cual existe un tratamiento mejor". Adaptado de Rein Tideiksaar, Ph. D., President of Fall Prevent, LLC (2005) y Antonio Burgueño, Coordinador del Programa Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer de CEOMA).

Sujeción: Se trata de cualquier método manual o físico, instrumento mecánico, material o equipamiento adjunto al cuerpo del paciente, que impide su movilidad y/o el acceso a parte de su cuerpo.

Tipos de sujeciones (Cinturón abdominal, pijama fantasma, sabana fantasma, cinturón torácico, mesas en la silla de ruedas, manoplas, muñequeras...)

Restricción: Se trata de cualquier acción (médica, química, física, psicológica, social o de cualquier otro tipo), palabra u obra que se utiliza con el propósito o la intención de limitar o constreñir la libre circulación o capacidad de toma de decisiones de uno/a mismo/a o de una tercera persona.

Tipo de restricciones; barandillas, palabras tipo "Quieto, no te levantes..."

5. MITOS

En torno a las sujeciones existen muchos mitos que entorpecen la puesta en marcha de programas de intervención en sujeciones

1. **Previene caídas:** Las personas con sujeciones presentan el mismo riesgo, o mayor de caídas que aquellas que no las utilizan. Los centros donde se utilizan sujeciones experimentan una mayor incidencia de lesiones graves como consecuencia de caídas. El uso de sujeciones aumenta la fragilidad del paciente, aumentando el riesgo de caídas.
2. **Sirven para corregir posturas:** Otro de los mitos, la mejor alternativa para la corrección de posturas es precisamente un mobiliario correctamente diseñado y adaptado a las necesidades del paciente.
3. **Previenen la deambulaci3n:** Lo primero que hay que decir a esto es que la deambulaci3n no tiene por qu3 ser un problema para nadie si se realizan y dise±an espacios "seguros" Los pacientes a los que se les permite deambular mejoran la potencia muscular, mejoran el equilibrio y "caen mejor" con da±os menores.
4. **Falta m3s personal:** Los centros libres de sujeciones que actualmente se encuentran en Espa±a no han aumentado su



personal y son a día de hoy aproximadamente unos 50. Lo que si se ha realizado con ellos son actividades de formación y cambios en la organización de las residencias (distribución de auxiliares por plantas y espacios...)

5. **Es más fácil cuidar con sujeciones:** Las sujeciones presentan más de 25 efectos adversos, por lo que a la larga se crean personas más dependientes y que van a necesitar mucho más recursos por parte del centro para atender a sus necesidades.
6. **Los familiares pueden denunciar al centro por el No Uso de las Sujeciones:** Son pocas las demandas judiciales que se presentan y menos aun las que prosperan. Hay que tener en cuenta que una correcta gestión y documentación del "control de sujeciones" o de su "no uso" protege frente a posibles denuncias. Cada vez son más las comunidades autónomas que comienzan a regular el uso de las sujeciones (Navarra, Madrid, Aragón o País Vasco son algunas de ellas)
7. **Familias: "Las familias lo piden"** Esta afirmación cae por su propio peso. Cuando una familia decide ingresar en el centro a un familiar, la sujeción es vendida como una herramienta más en el cuidado, como un elemento de seguridad, la familia firma al considerar que es una prescripción médica.
8. **Son para momentos puntuales:** La realidad es que los momentos puntuales se convierten en días, semanas o meses, donde el residente pasa la mayor parte del tiempo sujeto, con los consiguientes efectos secundarios que ello conlleva.
9. **No hacen daño:** Otro mito en la actualidad hay descritos más de quince efectos secundarios del uso de las sujeciones, que se citaran más adelante, y no hay ninguno beneficioso para el residente.
10. **El enfermo no se entera:** El dolor es una de las últimas funciones que pierde un enfermo de Alzheimer por ello se agitan cuando se la ponen creando vulnerabilidad psicológica, agitación y depresión.



6. PERSONAS CON MAYOR RIESGO DE SUJECIONES

Se utilizan sujeciones físicas en sujetos que necesitan mucha ayuda y en sujetos más difíciles de dominar. Se observa que los sujetos con problemas de equilibrio que necesitan mucha ayuda para realizar las AVD tenían más probabilidades de estar utilizando restricciones físicas.

- A. **Deterioro funcional físico.** Tener marcha inestable, necesidad de ayuda en las actividades de la vida diaria y necesidad de supervisión por parte de una tercera personal
- B. **Ser mujer.** Normalmente suelen ser mayoría en los centros residenciales lo cual acentúa el riesgo de sujeción
- C. **Deterioro cognitivo.** Sufrir algún tipo de demencia, factores como la desorientación los problemas de memoria o las conductas inapropiadas como consecuencia de la demencia suponen uno de los principales elementos de riesgo de sufrir una sujeción en una institución geriátrica
- D. **Necesidad de cuidados médicos instrumentales.** Pacientes con GDS avanzados que necesitan cuidados especiales como sondas para la alimentación.
- E. **Riesgo de caídas.** Marcha inestable, posturas encorvadas, generan en los centros y en los familiares miedos a caídas con consecuencias importantes y por lo tanto suele ser uno de los riesgos para la sujeción
- F. **Uso de drogas psicotrópicos.** Algunos fármacos como las benzodiacepinas triplican el riesgo de caídas y por lo tanto el riesgo de ser sujetado.
- G. **Localización geográfica del centro:** Según la literatura científica se tiende a sujetar más en centros rurales que en centros urbanos, también la distancia donde reside el cuidador principal o el resto de familiares incrementan el riesgo del uso de sujeciones
- H. **Desarraigo familiar.** Residentes sin redes sociales o familiares presentan mayor riesgo de sujeciones
- I. **Déficit de formación de los cuidadores.** Falta de información por parte de los profesionales de los centros sobre el uso de las sujeciones, de los efectos secundarios que se presentan y de las consecuencias de las mismas

7. EFECTOS DEL USO DE SUJECIONES EN LAS PERSONAS

Las sujeciones físicas presentan una serie de efectos secundarios evidenciados a través de la literatura científica. Los efectos de las mismas se pueden dividir en efectos físicos y psicológicos.

El conocimiento de estos efectos adversos es uno de los principales elementos a tener en cuenta a la hora de desarrollar acciones formativas con los profesionales de los centros, que ellos sean capaces de ver el daño que pueden originar a un residente con este tipo de herramienta. Así mismo es importante que estos efectos sean notificados a los familiares cuando se les ofrezca la alternativa de la sujeción ante situaciones como deambulación, agitación u otros síntomas asociados a las demencias

1. Mayor predisposición a las caídas	2. Aumento de las úlceras por presión
3. Disminución del apetito con el consiguiente riesgo de desnutrición	4. Osteoporosis y osteomalacia. (Riesgo de Fractura)
5. Atrofia muscular	6. Retracciones articulares y musculares.
7. Incontinencia fecal y urinaria	8. Alteración de la ventilación pulmonar: menor eficacia para expulsar secreciones
9. Aumento del riesgo de infecciones respiratorias (atelectasias)	10. Hipoxia, al alterarse la relación ventilación/ perfusión
11. Pérdida de volumen sanguíneo	12. Decondicionamiento cardio- respiratorio
13. Disminución gasto cardiaco	14. Intolerancia a la actividad
15. Posibilidad de aparición de trombosis venosa profunda	16. Hipotensión postural
17. Retención urinaria	18. Infecciones del tracto urinario
19. Deshidratación, aumento riesgo de litiasis urinaria.	20. Deprivación sensorial
21. Atrofia corteza motora	22. Muerte súbita
23. Ira	24. Vergüenza
25. Depresión	26. Ansiedad
27. Apatía	28. Agitación física y verbal
29. Aislamiento	30. Insomnio

8. NORMATIVA RESPECTO A SUJECIONES

Las sujeciones se regulan directa o indirectamente en muchos textos: artículo 3 y 5 de la Carta de Derechos Humanos, normativas europeas, estatales y autonómicas, entre otras. También, el código deontológico médico del 2011 incluye aspectos muy importantes tanto sobre sujeciones físicas como químicas. Resumiendo, se puede decir de las sujeciones físicas están indicadas si con ellas se evita un daño grave e inmediato al paciente o un tercero. Su uso es indebido, si hay medidas alternativas a las sujeciones. Casos donde la sujeción a diario sea la única opción son casi inexistentes, se estarían hablando de un caso por cada 10 o 20 residencias/año. En España cabe destacar las normativas autonómicas de Navarra, Aragón o País Vasco

9. ESTUDIOS SOBRE SUJECIONES CAÍDAS

Existen innumerables estudios que demuestran que cuando se llevan a cabo programas de sujeciones en centros residenciales las caídas tienden a disminuir y sobre todo las consecuencias de las caídas son mucho menores. Por citar alguno de ello destacamos el de Werner 1994, en el que como principal conclusión pudo observarse que el número de caídas en centros geriátricos se mantenía similar (7% caídas pre y 7% post intervención) con sujeciones o sin sujeciones, por lo que se consideró necesario la eliminación de las mismas dado que no aportaba ninguna ventaja a los residentes. Otro estudio relevantes son los de Capezuti 1998, en este estudio se demostraba como en caso de caídas las personas sin sujeción presentaban lesiones mucho más memoras que las personas que tenían caídas con sujeciones, presentando también menor número de caídas en centros sin sujeciones que en centros con sujeciones. En 1999 y 2004 Capezuti demostró como la eliminación de barandillas en centros no incrementaban el número de caídas. En la misma línea cabe destacar la investigación de Wang & Moyle, 2005 según la cual sujeciones no protegen de lesiones ni minimiza los riesgos de caídas. Más moderno es el estudio de Rask 2007 según el cual tras realizar intervenciones en las que se entremezclan los programas de desatar con programas de prevención en caídas disminuyen tanto el uso de sujeciones como el número de caídas



10. RECOMENDACIONES EN CASO DE USO

Por todo lo anteriormente expuesto no se recomienda nunca utilizar sujeciones dado que a día de hoy no se conoce ninguna ventaja sobre los residentes de los centros geriátricos. Aun así Fariña (2011) estableció las siguientes recomendaciones y precauciones en caso de tener que seguir utilizándolas

1. Seguir un protocolo que, desde una perspectiva multidisciplinar, establezca todos los cuidados que deberán realizarse.
2. Formar a los profesionales encargados de aplicarlas, haciendo especial hincapié en los riesgos que entraña su uso
3. Utilizar dispositivos homologados, evitando los artilugios caseros.
4. En el caso de cinturones o chalecos que son asegurados a la estructura de la cama, comprobar que la fijación se hace en la zona correcta; en caso contrario podría tensar el dispositivo y comprimir el cuerpo de la persona
5. En los pacientes de riesgo no usar barras laterales; para minimizar las consecuencias de una caída, situar el somier en su posición más baja.
6. Hacer lo mismo cuando se apliquen chalecos o cinturones de sujeción en pacientes encamados; con ello, si la persona quedase suspendida del dispositivo en el lateral de la cama, su cuerpo apoyaría en el suelo, disminuyendo la tensión y el riesgo de asfixia
7. Mantener una supervisión frecuente y sistemática del paciente sometido a restricción (cada 30-60 min). No aislarlo en una habitación con la puerta cerrada; ubicarlo en un lugar visible (p. ej., cerca del control de personal)
8. Satisfacer todas las necesidades del paciente con el fin de minimizar su intranquilidad (eliminación, alimentación, dolor, etc.). Acudir con prontitud a sus llamadas, ya que puede encontrarse en una situación de peligro
9. Las personas agitadas o inquietas no deberían ser sometidas a un procedimiento de sujeción; en el caso de aplicársele, la vigilancia tiene que ser extrema. Colocar alarmas electrónicas que adviertan de su intención de salir de la cama



10. Dado que el uso prolongado de la restricción incrementa los riesgos, valorar periódicamente la conveniencia de seguir aplicándola. Un dispositivo que fue eficaz en un momento dado puede resultar inapropiado a medida que cambian las condiciones del paciente

10. CONCLUSIONES

Desde nuestro punto de vista, en España se sujeta sobre todo por desconocimiento y falta de formación como principales conclusiones podrían afirmarse que:

1. Trabajar sin sujeciones es más seguro y se producen menos caídas que en los centros donde si hay sujeciones
2. Hay que dar a conocer los efectos secundarios que las sujeciones producen en los residentes.
3. Hay que dar a conocer las normativas y regulaciones autonómicas que comienzan a regular el uso de las sujeciones y limitarlas a momentos puntuales
4. Cada vez son más los centros y cadenas de residencias que comienzan a trabajar sin sujeciones y que esta práctica se extenderá a la casi totalidad de centros en los próximos años
5. Las familias no tienen por qué ser un obstáculo sino un aliado en el cuidado de los familiares y por lo tanto en la eliminación de las sujeciones

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- BURGUEÑO, A.A., Iborra, I. Prevalencia comunicada de sujeciones físicas. Resultado de la aplicación de un sistema de información para un benchmarking anónimo entre residencias españolas del Programa desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer. En revisión para su publicación en la revista Agathos de Atención sociosanitaria y bienestar (2008) nº 1

BURGUEÑO, AA. (2003) Análisis del uso de restricciones físicas y químicas en personas mayores institucionalizadas. *Agathos: Revista de Atención Sociosanitaria y Bienestar* (1); 14-25.

CAPEZUTI E, Evans L, Strumpf N. Physical restraint use and falls in nursing home residents *Journal of the American Geriatrics Society* 1996;44:627-33

CAPEZUTI E, STRUMPF NE, EVANS LK, GRISSO JA, MAISLIN G. The relationship between physical restraint removal and falls and injuries among nursing home residents. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 1998 Jan;53(1):M47-52.

CAPEZUTI E, STRUMPF NE, EVANS LK, GRISSO JA, Maislin G. The Relationship Between Physical Restraint Removal and Falls and Injuries Among Nursing Home Residents. *Journal of Gerontology: Medical Sciences.* 1998a; 53A(1): M47-M52.

CAPEZUTI E, TALERICO KA, COCHRAN E, BECKER H, STRUMPF N, Evans L. Individualized Interventions to Prevent Bed-Related Falls and Reduce Siderail Use. *Journal of Gerontological Nursing.*1999; 25(11): 26-34.

CAPEZUTI E, TALERICO KA, STRUMPF N, EVANS L. Individualized Assessment and Intervention in Bilateral Siderail Use. *Geriatric Nursing.*1998b; 19(6): 322-330.

CAPEZUTI, E. (2004) Minimizing the use of restrictive devices in dementia patients at risk for falling. *Nursing clinics of North America.* 39, 625-647.

CASTLE, NG. Mor, V. Physical restraints in nursing homes: A review of the literature since the nursing home reform act of 1987. *Medical Care research and review.* (1998): vol 55 (2): 139-170.

EVANS LK, STRUMPF NE. Myths about Elder Restraint. *J Nurs Schol* 1990 22(2):124-29.

EVANS, LK. STRUMPF, N. Tying down the elderly: A review of the literature on physical restraints. *J Am Geriatr Soc* (1989); 37: 65 -74..

FARIÑA-LÓPEZ E, CAMACHO AJ, ESTÉVEZ-GUERRA GJ, BROS M. Accidentes asociados al uso de restricciones físicas en ancianos con trastornos cognitivos: estudio de tres casos. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2009;44:262-5.

FARIÑA-LÓPEZ, EMILIO. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2011;46:36-42. - vol.46 núm 01

HUGHES R, editor. *Rights, risks and restraint-free care of older people.* Londres: Jessica Kingsley Publishers; 2010.

LJUNGGREN, G. PHILLIPS, CD. SGADARI; A. Comparisons of restraint use in nursing homes in eight countries. *Age and Ageing* (1997); 26-S2: 43-47.

LUDWICK R, MEEHAN A, ZELLER R, O'TOOLE R. Safety work: initiating, maintaining, and terminating restraints. *Clin Nurse Spec.* 2008;22:81-7.

MARKS W. Physical restraints in the practice of medicine. *Arch Intern Med* (1992); 152: 2203-2206.

MEYER G, KÖPKE S, HAASTERT B, MÜHLHAUSER I. Restraint use among nursing home residents: cross-sectional study and prospective cohort study. *J Clin Nurs.* 2009;18:981-90. Medline

PHILLIPS, CD. HAWES, C. MOR, V. FRIES, BE. Facility and area variation affecting the use of physical restraint in nursing homes. *Medical Care* (1996); vol 34 (11): 1149-1162.

Problemas de seguridad relacionados con la aplicación de dispositivos de restricción física en personas mayores

Programa Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer. Confederación Española de Organizaciones de Mayores - CEOMA

RASK K, PARMELEE P, TAYLOR JA, GREEN D, BROWN H, HAWLEYJ, et al. Implementation and evaluation of a nursing home preventing fall management program. *J Am Geriatr Soc* 2007; 55:342-9

RUBENSTEIN LZ, JOSEPHSON KR, TRUEBLOOD PR, LOY S, HARKERJO, PIETRUSZKA FM, et al. Effects of a group exercise



program on strength, mobility, and falls among fall-prone elderly men. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2000; 55:317-21

The University of Texas MD Anderson Cancer Center Restraints Improvement Group: Alternatives for Physical Restraint: Myths and Truths about Physical Restraints; Including a Nursing Survey on Restraint Practices. *The Internet Journal of Advanced Nursing Practice*. 1999. Volume 3 Number 1.

WANG, W., MOYLE, W. (2005) Physical Restraint use on people with Dementia: A review of the literature *Australian Journal of Advance Nursing* 22 (4) 46-52.

WERNER P, MANSFIELD IC BRAUN 1, AND MARX MS. Physical Restraint and Agitation in Nursing Home Residents (Restricción física y agitación en residentes de residencias asistidas). *J Am Geriatr Soc* 1989; 37:1122-6.