



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

FACULTADE DE CIENCIAS DA SAÚDE

GRAO EN TERAPIA OCUPACIONAL

Curso académico 2014-2015

TRABALLO DE FIN DE GRAO

**Percepción sobre la autonomía personal y la
calidad de vida en personas mayores
institucionalizadas en un centro libre de
sujeciones**

Laura Picallo García

Julio 2015

Directoras

Raquel Feal González

Emma Varela Álvarez

Índice

1. Resumen / Abstract	5
2. Antecedentes y estado actual del tema	7
2.1. Demografía	7
2.2. Servicios de atención residencial a personas mayores	8
2.3. Sujeciones	8
2.4. Relación entre sujeciones físicas, autonomía personal, calidad de vida y derechos de las personas mayores	11
2.5. Centros libres de sujeciones.....	13
2.6. Terapia Ocupacional y sujeciones físicas	15
2.7. Justificación del estudio	17
3. Bibliografía	18
4. Hipótesis	24
5. Objetivos	25
5.1. Objetivo general.....	25
5.2. Objetivos específicos	25
6. Metodología	26
6.1. Tipo de estudio	26
6.2. Contextualización	26
6.3. Entrada al campo.....	27
6.4. Selección de informantes.....	27
6.5. Técnicas de recogida de información	29
6.6. Análisis de los datos	30
6.7. Rigor y credibilidad del estudio	31
6.8. Aplicabilidad del estudio	31
6.9. Limitaciones del estudio.....	32
7. Plan de trabajo	33

8. Aspectos éticos	35
9. Plan de difusión de los resultados	36
10. Financiación de la investigación	38
10.1. Recursos necesarios	38
10.2. Posibles fuentes de investigación.....	40
11. Agradecimientos	41
12. Apéndices	42
Apéndice I. Hoja de información para la dirección del centro.....	43
Apéndice II. Consentimiento informado para la dirección del centro....	44
Apéndice III. Solicitud autorización de la investigación al CAEI de Galicia	45
Apéndice IV. Hoja de información para los participantes	47
Apéndice V. Consentimiento informado para los participantes	50
Apéndice VI. Entrevista a las personas mayores	51
Apéndice VII. Entrevista a los familiares y/o cuidadores	52
Apéndice VIII. Entrevista a los profesionales del centro.....	53
Apéndice IX. Búsqueda bibliográfica.....	54

1. Resumen / Abstract

Antecedentes: En la actualidad existe un debate sobre el uso de las sujeciones físicas ya que constituyen un tema muy controvertido, debido a sus consecuencias éticas, sociales y jurídicas. El uso de éstas tiene efectos como consecuencia de su uso rutinario, efectos físicos y psicológicos, además de que pueden atentar contra los derechos de las personas mayores.

Cuando una persona es sometida a una sujeción física está perdiendo su autonomía para decidir participar en ocupaciones en su entorno y, por lo tanto, podría ser una forma de injusticia ocupacional. Además esta falta de participación puede poner en riesgo la salud de la persona y su calidad de vida. La terapia ocupacional debe identificar posibles barreras en la participación, entre las que se encuentran las sujeciones físicas. El terapeuta ocupacional, integrado dentro de un equipo interdisciplinar, debe buscar con los diferentes profesionales las posibles alternativas a esa sujeción, estableciendo unos objetivos comunes e interviniendo desde las diferentes disciplinas para lograr esas metas.

Objetivos: El objetivo general de este estudio es describir el cambio percibido sobre la autonomía personal y la calidad de vida de personas mayores institucionalizadas que han tenido sujeciones físicas y actualmente se encuentran libres de sujeciones.

Metodología: La metodología empleada para esta investigación se trata de la metodología cualitativa, en concreto la fenomenología y las técnicas de recogida de datos utilizadas serán la entrevista semi-estructurada y un cuaderno del investigador. Se utilizará un muestreo intencional, seleccionando tres perfiles de informantes, las personas mayores, sus familiares y/o cuidadores y profesionales del centro.

Palabras clave: Personas mayores, sujeciones, terapia ocupacional, calidad de vida, autonomía personal.

Background: There is currently a debate on the use of physical restraints as they constitute a very controversial subject, because of their ethical, social and legal consequences. The use of these has effects from routine use, physical and psychological effects, besides they can infringe the rights of the elderly.

When a person is subjected to a physical restraint he is losing his autonomy to decide to participate in occupations in his environment and, therefore, could be a form of occupational injustice. In addition this lack of participation can put in risk the health of the person and his quality of life. Occupational therapy must identify potential barriers to participation, including physical restraints. Occupational therapist, integrated within an interdisciplinary team, should look to different professional possible alternatives to this restraint, establishing common objectives and intervening from different disciplines to achieve these goals.

Objective: The general objective of this study is to describe the change perceived on personal autonomy and quality of life of institutionalized elderly who have had physical restraints and are currently free of restraints.

Methodology: The methodology used in this research is qualitative methodology, specifically the phenomenology and data collection techniques are semi-structured interview and a notebook of the investigator. Intentional sampling is used, selecting three profiles informants, elderly, their families and/or caregivers and center professionals.

Key words: Elderly, restraints, occupational therapy, quality of life, personal autonomy.

2. Antecedentes y estado actual del tema

2.1. Demografía

En la actualidad España se encuentra inmersa en un proceso de cambio demográfico. Según los datos del Padrón Continuo 2014 del Instituto Nacional de Estadística (INE)¹, el 18,1% de la población son personas de 65 años o más, estimando que este porcentaje crecerá hasta alcanzar en el año 2051 el 37,8%. En concreto, Galicia es una de las comunidades autónomas con más porcentaje de personas mayores, alcanzando el 20%. Este proceso es consecuencia de la disminución de la natalidad y el aumento de la esperanza de vida al nacer, siendo actualmente 85,6 años para las mujeres y 80 años para los hombres (2013)¹.

A esta disminución de la natalidad y aumento de la esperanza de vida al nacer hay que sumarle que la generación del *baby boom*, nacida entre 1958 y 1977, en la que nacieron casi 14 millones de niños, llegará a la edad de jubilación hacia al año 2024, lo que producirá un gran aumento de la población mayor. Este proceso está resultando en un cambio en la pirámide poblacional, lo que se denomina “envejecimiento demográfico”^{1,2}.

Debido al incremento del número de personas que alcanzan mayores edades aumentan los problemas de salud y con ello las posibilidades de encontrarse en una situación de dependencia².

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia³, define la dependencia como *“el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal”*.

Este proceso de aumento de la población mayor requiere la necesidad de mejorar la calidad de vida de estas personas⁴. Por lo tanto, es importante mejorar los servicios de atención a este colectivo, para aumentar su salud y disminuir las situaciones de dependencia, logrando así una mayor calidad de vida.

2.2. Servicios de atención residencial a personas mayores

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia³ define los Servicios de Atención Residencial como un recurso que *“ofrece, desde un enfoque biopsicosocial servicios continuados de carácter personal y sanitario”*. Estos servicios dependen del tipo de dependencia, el grado de la misma y los cuidados que la persona necesite.

La atención en estos centros es sociosanitaria y tiene el objetivo de atender las necesidades de las personas mayores. Para lograr este objetivo los centros residenciales cuentan con una serie de profesionales que trabajan en equipo, entre los que se pueden encontrar médico, enfermero, auxiliar de enfermería, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, psicólogo, animador sociocultural, logopeda y trabajador social, entre otros⁵.

Según el Censo de Población y Viviendas (INE)⁶ 2011, la población que reside en establecimientos de carácter colectivo ha crecido en un 90,3% desde el año 2001, tratándose de un 60,9% de personas que viven en residencias de mayores, 14,4% en prisiones y 8,3% en instituciones para personas con discapacidad o instituciones de asistencia social.

Con el incipiente aumento del número de personas mayores, especialmente en Galicia, la demanda de este tipo de centros residenciales será cada vez mayor.

2.3. Sujeciones

En la actualidad existe un debate sobre el uso de las sujeciones físicas puesto que éstas constituyen un tema muy controvertido, debido a sus

consecuencias éticas, sociales y jurídicas⁷. Existen dos tipos de sujeciones, las sujeciones físicas y las sujeciones farmacológicas. La Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA)⁸ las define de la siguiente forma:

- ❖ Las sujeciones farmacológicas se refieren “*al uso de medicamentos psicoactivos, ya sean sedantes o tranquilizantes, para manejar o controlar una conducta supuestamente molesta o de riesgo*”.
- ❖ Las sujeciones físicas son “*cualquier método aplicado a una persona que limite su libertad de movimientos, la actividad física o el acceso a cualquier parte de su cuerpo, y del que la propia persona no puede liberarse con facilidad*”. Algunos dispositivos de sujeción física serían cinturones, chalecos y barras de sujeción en la cama, entre otros⁸⁻¹⁰.

Aunque existen dos tipos de sujeciones, el presente estudio se centra en las sujeciones físicas.

Con respecto a los motivos de uso de sujeciones físicas destacan evitar lesiones a las personas con riesgo de caídas o con riesgo de acceder a objetos o lugares peligrosos, impedir la manipulación de equipos médicos (sondas nasogástricas, vías intravenosas, etc.), en personas con alteraciones de conducta que puedan ocasionar lesiones hacia sí mismos o hacia terceras personas y, en algunas ocasiones por conveniencia de los cuidadores¹¹⁻¹⁶.

Los factores de riesgo de las personas mayores que pueden llevar al empleo de las sujeciones físicas son el deterioro cognitivo, la dependencia física y alteraciones de conducta^{11,14}.

El CEOMA⁸ refiere que el uso de sujeciones físicas tiene unos efectos como consecuencia de su uso rutinario, efectos físicos y psicológicos:

Físicos:

- ❖ Úlceras por presión
- ❖ Infecciones
- ❖ Incontinencias (urinaria y fecal)
- ❖ Disminución del apetito
- ❖ Estreñimiento
- ❖ Pérdida del tono muscular
- ❖ Atrofia y debilidad

Psicológicos:

- ❖ Miedo / Pánico
- ❖ Vergüenza
- ❖ Ira
- ❖ Agresividad
- ❖ Depresión
- ❖ Aislamiento social
- ❖ Retiro / Apatía

Diferentes autores afirman que “las sujeciones físicas están relacionadas con un mayor riesgo de caídas y que además estas caídas tengan como consecuencia lesiones más graves”^{8,10}. Además de estas consecuencias físicas y psicológicas, las sujeciones físicas pueden producir una pérdida de autonomía y autoestima, afectando directamente en la salud y calidad de vida^{8,10,16,17}.

Es importante esclarecer que *“sólo las sujeciones no voluntarias constituyen una restricción, ya que hay personas que no presentando deterioro cognitivo, en determinados momentos solicitan una sujeción como protección”*¹⁰.

Debido a la escasez de estudios sobre la prevalencia de uso de sujeciones físicas, los datos más relevantes pertenecen a un estudio en el año 1997, siendo el porcentaje de uso de sujeciones físicas en España de un 39,6%, mucho mayor que en otros países. Según este estudio la prevalencia en Francia era del 17,1%, Italia 16,6%, Reino Unido 4% y Dinamarca 2,2%^{8,10,11}.

Posteriormente la Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA)⁸ realizó un estudio en el año 2001, en el que el porcentaje de uso se reducía a un 25%. Los últimos datos que pertenecen al año 2008 estimaban que era de un 20,8% y que el empleo de estas de forma diaria era de un 17,6%. Hay que tener en cuenta que en España existen muy pocos estudios, por lo que estos datos podrían no ser representativos de toda la población^{8,10,18}.

Como podemos observar aun existiendo estudios sobre las consecuencias de las sujeciones físicas, el uso de éstas en España sigue siendo alto. Los autores han intentado explicar esta alta prevalencia y se barajan diferentes opciones. Una de ellas y la más importante es la posible existencia en nuestro país de una “*cultura de sobreprotección*”, caracterizada por la valoración negativa de las capacidades de la persona, de forma que se sobrevalora la seguridad sobre otros aspectos fundamentales como la libertad y la autonomía^{9,16}.

Otro motivo que podría llevar a esta alta prevalencia es la falta de legislación existente en nuestro país. Por último, en múltiples ocasiones las sujeciones son utilizadas de forma terapéutica y como método de seguridad, por lo que ha podido surgir la creencia de éstas como algo seguro y necesario¹⁶.

2.4. Relación entre sujeciones físicas, autonomía personal, calidad de vida y derechos de las personas mayores

La calidad de vida es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹⁹ como “*la percepción del individuo sobre la posición en la vida*”

dentro del contexto cultural y sistema de valores en el que vive y con respecto a sus objetivos, expectativas, estándares e intereses". Se establece que la calidad de vida es una percepción subjetiva de cada persona, por lo que hay que preguntarle a la persona el significado que tiene para ella. Entre estos aspectos subjetivos de la calidad de vida nos encontramos con la autonomía e independencia, la percepción de la salud y la autoestima^{20,21}.

Por lo tanto, la calidad de vida está muy relacionada con la autonomía y la autoestima. La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia³, define la autonomía personal como *"la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria"*.

También podemos observar una relación entre la autonomía personal y la dignidad de las personas. Con respecto al término dignidad, este término posee varios significados, ya que puede ser visto desde múltiples puntos de vista dependiendo de cada persona²². Por este motivo nos centramos en la visión de las personas mayores. En un estudio realizado en 2004 cuando se les preguntaba por su dignidad la relacionaban con aspectos como *"el derecho a ser tratados como iguales al margen de la edad"*, *"el derecho a tener el control en las decisiones sobre su salud"* y *"el derecho a mantener su autonomía e independencia"*²³. Por lo tanto, podemos observar que las personas mayores relacionan la dignidad con su autonomía personal.

En lo que se refiere al término autoestima, la OMS²⁴ la define como *"los sentimientos de una persona hacia sí misma con respecto a la propia eficacia, satisfacción consigo misma y control"*. Por lo que la autoestima y la toma de decisiones sobre uno mismo, es decir, la autonomía personal, tienen una estrecha relación.

Debido a la escasez de un marco normativo o legislativo a nivel estatal en nuestro país, las sujeciones físicas en ocasiones no se utilizan de la mejor forma, pudiendo incidir en derechos fundamentales para las personas como la libertad (*art. 1 y 17. Constitución Española 1978*) y valores y principios como la autonomía personal, la dignidad y la autoestima. Además el uso inadecuado o el exceso de empleo de las sujeciones o su uso sin consentimiento pueden ser considerados como una forma de abuso, negligencia o maltrato^{7,8,11,17}.

Es por este motivo que la Comunidad de Navarra ha creado el Decreto Foral 221/2011, de 20 de septiembre, por el que se regula el uso de sujeciones físicas y farmacológicas en el ámbito de los servicios sociales residenciales de la Comunidad Foral de Navarra²⁵, con el objetivo de regular su empleo debido a que son medidas que afectan de forma directa a la salud, calidad de vida y derechos de las personas.

2.5. Centros libres de sujeciones

En los últimos años han surgido diferentes movimientos y asociaciones que promueven la eliminación de las sujeciones. Entre ellos se encuentran el programa *Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer* de la Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA), Movimiento *Libera Ger* de la Fundación Cuidados Dignos y *Sujeciones Cero* de la Fundación María Wolf.

El programa *Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer* del CEOMA es una iniciativa cuyo objetivo es que las personas mayores vivan libres de sujeciones. Los motivos que llevaron a su creación fueron la elevada prevalencia de uso de éstas en España, siendo mucho mayor que en otros países, la presencia de evidencia científica sobre las alternativas a las sujeciones y que en otros países se han implementado programas “desatar” que han sido eficaces^{8,10}.

El movimiento *Libera Ger* de la Fundación Cuidados Dignos surge motivado por la percepción existente de que las sujeciones son seguras y

necesarias. Este movimiento se basa en un paradigma del cuidado basado en las necesidades y deseos de las personas y no en las de las instituciones. De esta forma proporciona pautas para eliminar las sujeciones. Sin embargo, la fundación considera cuatro excepciones en que éstas se pueden utilizar, aunque siempre de la forma menos restrictiva, con supervisión y valoración continua: prevención de autolesiones, situaciones de riesgo para la integridad física de otras personas, protección de programas terapéuticos (sondas, etc.) y necesidad de reposo¹⁶.

La *Fundación Maria Wolf* es un centro de investigación sobre las demencias y que tiene el objetivo de mejorar la calidad de los servicios de las personas mayores. Entre sus diferentes actividades se encuentran la eliminación de sujeciones, adaptando el proceso a las características y necesidades de cada institución. Además destacan que para lograrlo es fundamental un cambio en la filosofía del centro¹⁶.

La Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG) ha creado un *Comité Interdisciplinar de Sujeciones* formado por diferentes profesionales y asociaciones y en el que también se encuentran los movimientos “antisujeciones”. En 2014 este comité elaboró el *Consenso sobre sujeciones mecánicas y farmacológicas*, en el cual se establece que el uso de éstas debe producirse cuando se hayan agotado todas las alternativas posibles. Además consideran que se debe prevenir el uso de sujeciones mediante otros recursos dirigidos hacia los factores que influyen en el empleo de éstas⁷.

Estas iniciativas antisujeciones proponen diversas alternativas como la revisión del tratamiento farmacológico, dispositivos para realizar desplazamientos de forma segura (barandillas, bastones, andadores, etc.), adaptación del entorno (adaptar la altura de la cama, protectores en el mobiliario, alfombrillas con sensores, etc.) y terapias no farmacológicas¹⁶.

Los aspectos fundamentales de las alternativas deben ser²⁶:

- ❖ Abordar la causa del problema.
- ❖ Cuidado individualizado.
- ❖ Abordaje interdisciplinario: es fundamental que los diferentes profesionales trabajen en equipo para lograr objetivos comunes. Este equipo puede estar formado por médico, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, enfermero, psicólogo y logopeda, entre otros.
- ❖ Formación de los profesionales sobre las alternativas a las sujeciones.

Por último destacar dos estudios realizados en Holanda y Alemania con el objetivo de lograr la eliminación de sujeciones en centros residenciales para personas mayores. Las intervenciones consistían en el cambio de la política del centro en relación a las sujeciones, un programa educativo hacia los diferentes profesionales sobre las alternativas a éstas y la aplicación de dichas alternativas y posterior evaluación de las mismas. Ambos estudios concluyen que combinando estos tres aspectos la reducción de las sujeciones es posible^{13,15}.

2.6. Terapia Ocupacional y sujeciones físicas

La Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT)²⁷ define la Terapia Ocupacional como *“una profesión que se ocupa de la promoción de la salud y el bienestar a través de la ocupación. El principal objetivo es capacitar a las personas para participar en las actividades de la vida diaria”*.

La Asociación de Terapeutas Ocupacionales de Irlanda (AOTI)²⁸ establece como objetivo principal de la Terapia Ocupacional facilitar la independencia de las personas en sus ocupaciones diarias. La ocupación son *“actividades de la vida diaria, nombradas, organizadas y dadas por un valor y significado para los individuos y la cultura”*²⁹.

El terapeuta ocupacional debe apoyar el cumplimiento de la justicia ocupacional, definida por Christiansen y Townsen²⁹ como la *“justicia referida a las oportunidades y recursos necesarios para la participación ocupacional suficiente para satisfacer las necesidades personales y la plena ciudadanía”*. La AOTI²⁸ refiere que *“las personas tienen derecho a participar en ocupaciones significativas durante toda su vida”* y que cuando una persona es sometida a una sujeción física está perdiendo su autonomía para decidir participar en ocupaciones en su entorno y, por lo tanto, podría ser una forma de injusticia ocupacional. Además esta falta de participación puede poner en riesgo la salud de la persona y su calidad de vida.

La justicia ocupacional se puede relacionar con el modelo de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) de la OMS, la cual establece que existe relación entre el estado de salud, el funcionamiento (incluyendo las actividades y la participación) y los factores del contexto^{28,30}. Este modelo y la justicia ocupacional enfatizan la importancia de la participación y de como el entorno puede influir en ésta. Los entornos y contextos de la persona pueden ser facilitadores o barreras para la participación en ocupaciones significativas, por lo que la acción de la terapia ocupacional debe ir dirigida al entorno y no solo a la persona^{27,28}.

El terapeuta ocupacional debe identificar posibles barreras en la participación, entre las que se encuentran las sujeciones físicas, ya que éstas impiden la participación de la persona en sus ocupaciones significativas, y ésta es la base de la Terapia Ocupacional^{31,32}. Para ello el equipo interdisciplinar, entre el que se encuentra el terapeuta ocupacional, debe buscar las posibles alternativas a esa sujeción, estableciendo unos objetivos comunes e interviniendo desde las diferentes disciplinas para lograr esas metas.

Entre las intervenciones que el terapeuta ocupacional podría realizar se encuentran^{28,31}:

- ❖ Evaluación de la persona (historia de vida, ocupaciones significativas, fortalezas, desempeño ocupacional, etc.).
- ❖ Evaluación del entorno (barreras y facilitadores).
- ❖ Intervenciones sobre las diferentes áreas ocupacionales para lograr mayor autonomía e independencia.
- ❖ Adaptaciones del entorno (altura de la cama, protectores en mobiliario y suelo, adaptación del aseo, etc.), eliminando aquellas barreras que dificultan la participación en ocupaciones significativas.
- ❖ Adaptaciones de la actividad según las necesidades de la persona (productos de apoyo, graduación de la actividad, etc.).
- ❖ Formar parte del equipo de capacitación de los diferentes profesionales en las intervenciones para la reducción de las sujeciones físicas.

2.7. Justificación del estudio

Tras la literatura revisada sobre las sujeciones físicas en personas mayores se evidencia que aun conociendo los riesgos de éstas y la existencia de alternativas a su uso, el empleo de sujeciones físicas en España es alto, existiendo escasa evidencia científica en relación a los riesgos de las sujeciones, los beneficios de su retirada, así como sobre las alternativas a su uso.

Además con respecto a la Terapia Ocupacional, existe bibliografía sobre el tema en otros países, como Irlanda, pero en España apenas existe literatura sobre la contribución de la Terapia Ocupacional en la prevención y eliminación de las restricciones, ni de como estas sujeciones pueden influir en la ocupación.

Es por este motivo que se ha decidido investigar sobre la percepción de la autonomía personal y la calidad de vida de las personas mayores en relación a las sujeciones físicas.

3. Bibliografía

1. Abellán A, Pujol R. Un perfil de las personas mayores en España, 2015. Indicadores estadísticos básicos [Internet]. Madrid: Centro Superior de Investigaciones Científicas; 2015 [acceso 10 de febrero de 2015]. Disponible en:
<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos15.pdf>
2. Pérez J. El envejecimiento de la población española [Internet]. INVICYE. 2010 [acceso 10 de febrero de 2015]; 410: 34-42. Disponible en:
<http://digital.csic.es/bitstream/10261/29071/1/2010Inv%2BCiencia.pdf>
3. Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Ley 39/2006 de 14 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 299 (15 de diciembre de 2006).
4. Fernández JN. Informe 2012 Las Personas Mayores en España. [Internet]. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales; 2014 [acceso 20 de abril de 2015]. Disponible en:
<http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/infoppmm2012.pdf>
5. Jiménez S. Estudio de las necesidades formativas de los profesionales que prestan servicios de atención a la dependencia. [Internet]. Instituto de Mayores y Servicios Sociales; 2007 [acceso 20 de abril de 2015]. Disponible en:
<http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/necesiformativas.pdf>
6. Censos de Población y Viviendas 2011. Población residente en establecimientos colectivos [Internet]. INE; 2013 [acceso 20 de abril de 2015]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np777.pdf>
7. Ramos P, López JA, Maíllo H, Paz JM. Sujeciones mecánicas y farmacológicas en servicios y centros geriátricos y gerontológicos. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2015; 50(1): 35-38.

8. Burgueño A. Guía para personas mayores y familiares. Uso de sujeciones físicas y químicas con personas mayores y enfermos de Alzheimer [Internet]. Madrid; 2010 [acceso 10 de febrero de 2015]. Disponible en:
http://ceoma.org/wp-content/uploads/2014/06/04_guia_para_personas_mayores.pdf
9. Fariña-López E, Estévez-Guerra GJ, Núñez E, Montilla M, Santana E. Estudio descriptivo sobre la actitud de la familia ante el uso de restricciones físicas en mayores: resultados preliminares. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2008; 43(4): 201-207.
10. Olaizola A, Fundazioa M. Hacia Centros libres de restricciones: Identificación de factores necesarios para que los nuevos centros de atención a personas mayores dependientes desde el inicio sean centros libres de restricciones [Internet]. País Vasco. 2009 [acceso 10 de febrero de 2015]. Disponible en:
http://www.gizartelan.ejgv.euskadi.eus/contenidos/informacion/estadisticas_ss/es_estadist/adjuntos/proyecto_sujecciones_memoria_final.pdf
11. Beltrán JL. El uso de sujeciones físicas y farmacológicas en la atención residencial de ancianos: derechos fundamentales afectados y garantías. Rev Aranzadi Doctrin. 2011; 11:1-11.
12. Fariña-López E. Problemas de seguridad relacionados con la aplicación de dispositivos de restricción física en personas mayores. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2011; 46(1): 36-42.
13. Gulpers M, Bleijlevens M, Abergén T, Capezuti E, Rossum E, Hamers J. Reduction of Belt Restraint Use: Long-Term Effects of the EXBELT Intervention. JAGS. 2013; 61: 107-112.
14. Quintero-Urbe LC, Blanco-Arriola L, Zarrabeitia MT. Muertes provocadas por cinturones de contención en ancianos encamados. Elsevier [Internet]. 2011 [acceso 10 de febrero de 2015]; 38(1): 28-31. Disponible en:
<http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-medicina-legal-285-articulo-muertes-provocadas-por-cinturones-contencion-90117192>

15. Koczy P, Becker C, Rapp K, Klie T, Beische D, Büchele G et al. Effectiveness of a Multifactorial Intervention to Reduce Physical Restraints in Nursing Home Residents. JAGS. 2011; 59: 333-339.
16. García S. Centros libres de sujeciones, hacia la autonomía y libertad de los residentes. Balance de la Dependencia [Internet]. 2012 [acceso 10 de febrero de 2015]; 25: 12-15. Disponible en:
<http://www.cuidadosdignos.org/wp-content/nuevo//Enfoque.pdf>
17. Ganzenmüller C, Sánchez C. Personas mayores vulnerables: maltrato y abuso [Internet]. Madrid. 2010 [acceso 10 de febrero de 2015]. Disponible en:
<http://www.cermi.es/es-ES/Biblioteca/Lists/Publicaciones/Attachments/232/Personasmayoresvulnerables.pdf>
18. Burgueño A, Iborra I, Martínez P, Pérez V. Prevalencia comunicada de sujeciones físicas. AGATHOS [Internet]. 2008 [acceso 10 de febrero de 2015]; 1: 4-11. Disponible en:
<http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/5E315864-34F9-4236-9319-931E610416DB/107055/art080501.pdf>
19. Gómez E. Un recorrido histórico del concepto de salud y calidad de vida a través de los documentos de la OMS. TOG [Internet]. 2009 [acceso 10 de febrero de 2015]; 6(9): 1-10. Disponible en:
<http://www.revistatog.com/num9/pdfs/original2.pdf>
20. Lobo A, Paula M, Carvalho J. Anciano institucionalizado: calidad de vida y funcionalidad. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2007; 42 (Supl 1): 22-6.
21. Molina C, Meléndez JC, Navarro E. Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. Analesps [Internet]. 2008 [acceso 10 de febrero de 2015]; 24(2): 312-319. Disponible en:
http://www.um.es/analesps/v24/v24_2/14-24_2.pdf

22. Aparisi A. El principio de dignidad humana como fundamento de un bioderecho global. Cuadernos de Bioética [Internet]. 2013 [acceso 10 de febrero de 2015]; 24: 201-221. Disponible en:
<http://www.aebioetica.org/revistas/2013/24/81/201.pdf>
23. Moya A. Trabajar con personas mayores: Reflexiones desde la Bioética [Internet]. Madrid. 2006 [acceso 10 de febrero de 2015] Disponible en:
<http://envejecimiento.csic.es/documentacion/biblioteca/registro.htm?id=51710>
24. Zhang X. Pautas generales para las metodologías de investigación y evaluación de la medicina tradicional [Internet]. Ginebra. 1998 [acceso 10 de febrero de 2015]. Disponible en:
<http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4930s/s4930s.pdf>
25. Uso de sujeciones físicas y farmacológicas en el ámbito de los servicios sociales residenciales de la Comunidad Foral de Navarra. Decreto Foral 221/2011 de 28 de septiembre. Boletín Oficial de Navarra (14 de diciembre de 2011).
26. Esden C, Fernández C, Nicolás M, Rodríguez MT, Soldevilla JJ, Toronjo G et al. Hacia una cultura sin restricciones: las restricciones físicas en ancianos institucionalizados [Internet]. SEEGG. 2003 [acceso 10 de febrero de 2015]. Disponible en:
http://www.seegg.es/Documentos/doc_tec/doc_tec_03.pdf
27. World Federation of Occupational Therapists [Internet]. Australia: World Federation of Occupational Therapists (WFOT); 2012 [acceso 10 de febrero de 2015]. Definition of Occupational Therapy. Disponible en:
<http://www.wfot.org/AboutUs/AboutOccupationalTherapy/DefinitionofOccupationalTherapy.aspx>
28. Association of Occupational Therapists of Ireland [Internet]. Irlanda: Association of Occupational Therapists of Ireland (AOTI); 2010 [acceso 10 de febrero de 2015]. Towards a Restraint Free Environment in Nursing Homes- A Public Consultation. Disponible en:

<http://www.aoti.ie/attachments/8f8e8f11-0afa-4b9a-8bf0-15b835918369.PDF>

29. Ávila A, Martínez M, Matilla M, Máximo M, Méndez B, Talavera MA et al. Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. 2ª ed. [Traducción]. www.terapia-ocupacional.com [Internet]. 2010 [acceso 10 de febrero de 2015]. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/aota.esp.pdf>. Traducido de: American Occupational Therapy Association (2008). Occupational Therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.).
30. Vázquez-Barquero JL. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Madrid. 2001.
31. The American Occupational Therapy Association (AOTA) [Internet]. 2015 [acceso 19 de mayo de 2015]. Occupational Therapy's Role in Restraint Reduction or Elimination. Disponible en: <https://www.aota.org/-/media/Corporate/Files/AboutOT/Professionals/WhatIsOT/MH/Facts/Restraint%20fact%20sheet.pdf>
32. Zamarreño P. Papel del terapeuta ocupacional en la prescripción y seguimiento de la contención mecánica en las personas mayores. APETO. 2014; 54: 47-51.
33. Arantzamendi M, López-Dicastillo O, G. Vivar C. Investigación cualitativa. Manual para principiantes. España. Ediciones Eunate. 2012.
34. Salgado AC. Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. LIBERABIT. 2007; 13: 71-78.
35. González T, Cano A. Introducción al análisis de datos en investigación cualitativa: Tipos de análisis y proceso de codificación (II). Nure Investigación [Internet] 2010 [acceso 19 de mayo de 2015]; 45. Disponible en: http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/analisisdatoscodif45.pdf

36. Protección de Datos de Carácter Personal. Ley 15/1999 de 13 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 298 (14 de diciembre de 1999).
37. Reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica del paciente. Ley 3/2001 de 28 de mayo. Diario Oficial de Galicia, nº 111 (8 de junio de 2001).
38. Resolución del 6 de noviembre de 2013 del convenio del sector residencias privadas de la tercera edad de la Comunidad Autónoma de Galicia. Diario Oficial de Galicia, nº 227 (27 de noviembre de 2013).

4. Hipótesis

Debido a que el presente estudio se basa en metodología cualitativa no se plantea una hipótesis que exprese la posible relación entre varias variables³³. Se decide formular una idea previa que podría ir variando a lo largo de todo el proceso, siendo la siguiente:

Si se retirasen las sujeciones físicas a personas mayores de un centro residencial, se produciría un cambio en la percepción sobre su autonomía personal y calidad de vida.

5. Objetivos

5.1. Objetivo general

- ❖ Describir el cambio percibido sobre la autonomía personal y la calidad de vida de personas mayores institucionalizadas que han tenido sujeciones físicas y actualmente se encuentran libres de sujeciones.

5.2. Objetivos específicos

- ❖ Describir la percepción sobre la autonomía personal, calidad de vida y ocupación de las personas mayores antes y después del uso de una sujeción física, desde el punto de vista de los diferentes agentes (persona mayor, familiar y/o cuidador y profesional del centro).
- ❖ Determinar como influyen las sujeciones físicas en el desempeño ocupacional de las personas mayores institucionalizadas.
- ❖ Conocer como han valorado el cambio de tener sujeciones físicas a encontrarse libres de ellas las personas mayores, sus familiares y/o cuidadores y los profesionales del centro.
- ❖ Explorar los conocimientos sobre sujeciones físicas y alternativas a su uso de las personas mayores, sus familiares y/o cuidadores y los profesionales del centro.

6. Metodología

6.1. Tipo de estudio

Este estudio se realizará utilizando una metodología cualitativa, ya que se pretende comprender e interpretar la realidad y los significados de las personas acerca del fenómeno a estudiar. Además la investigación cualitativa es naturalista, es decir, se realiza en su contexto natural y el diseño es holístico, ya que busca la visión más completa³³.

El diseño en el que se enmarca será la fenomenología, debido a que según Mertens³⁴ la fenomenología se basa en “*describir y entender los fenómenos desde el punto de vida de cada participante*” y en el análisis de los discursos y la interpretación de sus significados.

Este tipo de metodología es fundamental para este estudio, ya que se busca describir las experiencias de los participantes sobre aspectos subjetivos como la calidad de vida y la ocupación, por lo que deben ser las propias personas las que describan el fenómeno.

6.2. Contextualización

El estudio se realizará en un Centro Residencial para personas mayores acreditado como Centros Libre de Sujeciones en la Comunidad Autónoma de Galicia.

Este centro residencial pertenece a una empresa privada con más de 40 centros residenciales para personas mayores en España, prestando servicios en régimen de estancia temporal, permanente o durante el día a personas con una edad de 60 años o más.

El objetivo principal de este centro es atender a las necesidades individuales de las personas y sus familiares. Para ello cuenta con un equipo interdisciplinar formado por médico, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, animador sociocultural, enfermería y técnicos auxiliares de enfermería.

La población de estudio serán las personas que residen en este centro de forma permanente, con una edad de 60 años o más, familiares y/o cuidadores y profesionales del centro.

6.3. Entrada al campo

El acceso al campo se realizará mediante solicitud a la dirección del centro residencial, entregándole la hoja de información de la investigación (Apéndice I), con todos los datos necesarios para firmar el consentimiento informado (Apéndice II). Además se solicitará autorización al Comité Autonómico de Ética de la Investigación de Galicia (CAEI de Galicia) (Apéndice III).

Una vez el CAEI y la dirección del centro otorguen sus autorizaciones correspondientes, se contactará con los posibles participantes, entregándoles la hoja de información (Apéndice IV) correspondiente y explicándoles en qué consistirá el estudio para que puedan dar su consentimiento informado (Apéndice V).

6.4. Selección de informantes

El tipo de muestreo utilizado será el muestreo intencional, ya que se seleccionarán los participantes según factores conocidos de antemano, buscando informadores clave³³.

Se distinguen tres tipos de informadores clave, las personas mayores, familiares y/o cuidadores y profesionales del centro. Los participantes del estudio se seleccionarán de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, expuestos en las siguientes tablas (Tabla I, II y III).

Tabla I. Criterios de inclusión y exclusión personas mayores.

Criterios de inclusión	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Tener 60 años o más. ❖ Residir en el centro en régimen de estancia permanente. ❖ Personas que hayan utilizado algún tipo de sujeción física.
Criterios de exclusión	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Personas con alteración de la comprensión y el lenguaje.

Tabla II. Criterios de inclusión y exclusión familiares y/o cuidadores.

Criterios de inclusión	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Ser familiar y/o cuidador referente en el centro. ❖ Familiares y/o cuidadores que acompañaron a la persona desde que se le colocó la primera sujeción hasta la retirada de las mismas.
Criterios de exclusión	<ul style="list-style-type: none"> ❖ No acudir al centro con regularidad (3 o menos días por semana).

Tabla III. Criterios de inclusión y exclusión profesionales del centro.

Criterios de inclusión	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Ser trabajador del centro desde el periodo en el que se usaban sujeciones hasta la actualidad.
Criterios de exclusión	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Personal que no preste atención directa a las personas mayores.

Para iniciar la recogida de datos se consideran suficientes 6 participantes. Esta muestra podrá ir aumentando si fuese necesario, permitiendo la entrada al estudio a toda persona que quiera participar, hasta alcanzar la saturación teórica, es decir, cuando los informantes no aporten información nueva, momento en el que se cerrará la muestra³³.

6.5. Técnicas de recogida de información

Las técnicas de recogida de datos utilizadas serán la entrevista y un cuaderno del investigador.

La entrevista será individual, ya que el objetivo es obtener el discurso de cada persona, además de que se trata de una experiencia subjetiva e íntima³³.

El tipo de entrevista utilizada será la entrevista semi-estructurada porque se pretende abordar unos temas en concreto, elaborando un guión sobre éstos pero permitiendo a las personas expresarse libremente sobre cada uno, aportando toda la información que consideren³³.

Al existir tres perfiles de informantes diferentes, se realizarán tres guiones de entrevista, entrevista a las personas mayores (Apéndice VI), entrevista a los familiares y/o cuidadores (Apéndice VII) y entrevista a los profesionales del centro (Apéndice VIII). Estas entrevistas serán grabadas en formato audio, con el previo consentimiento de las personas.

Debido a que algunas personas mayores podrían presentar deterioro cognitivo, pudiendo dificultar la recogida de datos mediante la entrevista (dificultades en la memoria, comprensión de algunas preguntas, etc.), se adaptará la recogida de información. Las estrategias a seguir serán la simplificación de las preguntas y la consulta de información con los familiares y/o cuidadores de referencia.

Además se utilizará un cuaderno del investigador, en el cual se anotará cualquier aspecto relevante que se pueda observar durante el transcurso de las entrevistas, como puede ser aspectos del lenguaje tanto verbal como no verbal o del entorno.

6.6. Análisis de los datos

Para el análisis de los datos, se realizará la transcripción de las entrevistas de forma textual para que los datos sean de calidad³³.

El método utilizado será el análisis de contenido³⁵, con el objetivo de “*ver más allá de los componentes visibles de los datos para interpretar, realizar una abstracción de los datos accediendo así al significado oculto de los mismos*”.

El primer paso será la codificación de los datos, que consiste en identificar palabras, frases o párrafos importantes con respecto a nuestro objetivo de investigación y asignarles un código, es decir, una etiqueta que recoja su significado³⁵.

Esta codificación se realizará siguiendo una aproximación inductiva, de forma que los códigos emerjan de la información pero siguiendo siempre el objetivo de investigación³⁵.

Tras la identificación de estos códigos puede ser que estos sean demasiados por lo que el paso siguiente será la reagrupación de los códigos con el mismo significado. Debido a que el tipo de metodología cualitativa empleada en este estudio es la fenomenología, esta reagrupación se realizará mediante la identificación de temas que describan el significado de una experiencia. En este paso debemos priorizar los temas, de forma que al finalizar tengamos un número de datos que podamos interpretar fácilmente³⁵.

Por último, se realizarán las conclusiones, identificando el significado de la experiencia y pudiendo establecer comparaciones entre los diferentes participantes y entre los diferentes temas³⁵.

El análisis de los datos concluirá en el momento que se alcance la saturación, es decir, cuando los datos ya no aporten información nueva³³.

Debido a que el proceso de análisis es subjetivo en función del investigador, se utilizará un método de triangulación del investigador³³

mediante la investigadora principal y sus tutoras del estudio, con el fin de obtener diferentes puntos de vista sobre el mismo fenómeno.

6.7. Rigor y credibilidad del estudio

La calidad de una investigación es fundamental para asegurar que sus resultados contribuyan al conocimiento. Los criterios para asegurar el rigor y credibilidad de la investigación serán la credibilidad, la transferibilidad o aplicabilidad, la consistencia y la confirmabilidad³³.

La *credibilidad*³³ hace referencia a la medida en la que el estudio refleja los significados de los participantes. Para lograrla se realizarán transcripciones textuales de las entrevistas.

La *transferibilidad* o *aplicabilidad*³³ se refiere al grado en el que los resultados se pueden aplicar en otros contextos. Para alcanzarla se realizará una descripción detallada del estudio, de la muestra y de los contextos en los que se lleva a cabo.

La *consistencia*³³ es la estabilidad y replicabilidad de los datos, es decir, que un segundo investigador pueda replicar el estudio, de forma que si este lo realizara en el mismo contexto, los resultados fueran similares. Para conseguir consistencia se realizará una descripción detallada de la investigación, de la muestra y del análisis y se utilizarán métodos de triangulación.

La *confirmabilidad*³³ consiste en que el investigador informe sobre su posición en la investigación, explicando posibles sesgos que podrían surgir por la subjetividad. Para ello se realizará una descripción detallada del estudio y del análisis, los datos se transcribirán de forma textual y el investigador informará sobre los posibles sesgos.

6.8. Aplicabilidad del estudio

La aplicabilidad de este estudio se basa en primer lugar en una aplicabilidad teórica, ya que tras realizar la búsqueda bibliográfica se han

encontrado escasas referencias desde la disciplina de Terapia Ocupacional.

Por lo tanto, si este estudio tiene una aplicabilidad teórica, también tiene una aplicabilidad profesional, proporcionando nuevos conocimientos a la Terapia Ocupacional, pero también a otras disciplinas, mejorando así la atención a las personas mayores.

6.9. Limitaciones del estudio

Una de las limitaciones del estudio podría ser que abarca un tiempo amplio, realizando preguntas a las personas mayores desde cuando se les colocó la primera sujeción hasta el momento en el que son libres de sujeciones. Algunas de estas personas podrían presentar deterioro cognitivo, por lo que podrían no recordar algunos datos debido al largo espacio de tiempo. Para solucionar esta limitación en la medida de lo posible se consultará información con los familiares y/o cuidadores de referencia, con el objetivo de conocer si ha habido algún cambio en las actividades que la persona realizaba antes, durante y después del uso de sujeciones, si han percibido algún cambio en la persona y si sabían que opinión tenía la persona sobre éstas.

Otra limitación del estudio es que en Galicia hay escasos centros residenciales para personas mayores libres de sujeciones. Si existiesen más centros podría realizarse la investigación en diferentes puntos de Galicia, permitiendo comparar resultados en diferentes contextos.

Por último, otra limitación podría ser haber elegido como muestra para comenzar la recogida de datos 6 personas, ya que podría no ser suficiente. Por este motivo se ampliará el tamaño muestral si fuese necesario hasta alcanzar la saturación teórica.

7. Plan de trabajo

La investigación tendrá lugar en un periodo de 6 meses, desde Agosto de 2015 a Enero de 2016, continuando la difusión de resultados a partir de esa fecha. La distribución de tareas se divide en búsqueda bibliográfica (Apéndice IX) y consentimiento del centro, búsqueda de informantes y firma de consentimientos, recogida de datos, análisis de datos e interpretación de resultados y elaboración del informe final (Tabla IV).

Tabla IV. Cronograma de la investigación

	AGO 2015	SEP 2015	OCT 2015	NOV 2015	DIC 2015	ENE 2016
Revisión Bibliográfica y consentimiento del centro						
Búsqueda de informantes y firma de consentimientos						
Recogida de datos						
Análisis de datos						
Interpretación de resultados y elaboración del informe final						

8. Aspectos éticos

En primer lugar se solicitará autorización al Comité Autonómico de Ética de la Investigación de Galicia (CAEI de Galicia) (Apéndice III) para la realización de la investigación, asegurándose que se cumplan todos los principios éticos.

La investigación seguirá la privacidad de datos conforme a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter personal³⁶. De esta forma para garantizar el anonimato de las personas participantes se asignará un código a cada uno de ellos. Además las grabaciones en formato audio serán destruidas al finalizar la investigación.

Además se cumplirá la Ley gallega 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes³⁷. Garantizando de esta forma que se le aporte toda la información necesaria a los participantes para que éstos puedan dar su consentimiento.

Se le entregará una hoja de información a la dirección del centro residencial (Apéndice I) y se solicitará autorización (Apéndice II), además se le facilitará una hoja de información a los participantes (Apéndice IV) y un consentimiento informado (Apéndice V).

9. Plan de difusión de los resultados

Los resultados de la investigación serán difundidos en diferentes revistas y congresos, de carácter nacional e internacional. Estas revistas y congresos serán en relación a la Terapia Ocupacional y a la geriatría y gerontología, siendo los siguientes:

Revistas internacionales:

- ❖ The American Journal of Occupational Therapy (Am J Occup Ther). Factor de Impacto JCR (2013): 1.552
- ❖ Canadian Journal of Occupational Therapy (Can J Occup Ther). Factor de Impacto JCR (2013): 0.742.
- ❖ Scandinavian Journal of Occupational Therapy (Scand J Occup Ther). Factor de impacto JCR (2013): 1.125.
- ❖ Occupational Therapy International (Occup Ther Int). Factor de impacto JCR (2013): 0.667.
- ❖ British Journal of Occupational Therapy (Brit J Occup Ther). Factor de impacto JCR (2013): 0.897.
- ❖ Geriatrics & Gerontology International (Geriatr Gerontol Int). Factor de impacto JCR (2013): 1.575.

Revistas nacionales:

- ❖ Revista de Terapia Ocupacional de Galicia (TOG).
- ❖ Revista Informativa de la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales (APETO).
- ❖ Revista Española de Geriatría y Gerontología (REGG).

Congresos

- ❖ XXVIII Congreso Internacional de la Sociedad Gallega de Geriátría y Gerontología (SGXX). 2016.
- ❖ LVIII Congreso de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG). Sevilla. 2016
- ❖ First Joint Congress of the Council of Occupational Therapist for European Countries (COTEC) and European Network of Occupational Therapy (ENOTHE). Ireland. 2016.
- ❖ 22th Annual Meeting of European Network of Occupational Therapy (ENOTHE). 2016.

10. Financiación de la investigación

10.1. Recursos necesarios

Infraestructura

La investigación se llevará a cabo en un centro residencial para personas mayores del ámbito privado.

Recursos humanos

La investigación será realizada por un terapeuta ocupacional durante 6 meses, con un salario base de 1.112,43 €/mes³⁹.

Recursos materiales

Los materiales necesarios serán una grabadora, un ordenador, impresora, tinta para la impresora y material fungible (material de oficina).

Viajes y dietas

Incluye tanto el desplazamiento al centro residencial para realizar la investigación como el desplazamiento y otros costes necesarios para la difusión de los resultados.

El presupuesto necesario se recoge en la siguiente tabla (Tabla V).

Tabla V. Presupuesto de la investigación

	Recursos	Presupuesto
Recursos humanos	1 Terapeuta Ocupacional	6.674,58€
Recursos materiales	1 Grabadora digital	50€
	1 Ordenador portátil	500€
	1 Impresora y 3 cartuchos de tinta	100€
	Material fungible (folios, bolígrafos, rotuladores, etc.)	50€
Viajes y dietas	Desplazamientos	1000€
	Dietas y alojamientos	2000€
	Inscripciones	600€
Presupuesto final: 10.974,58€		

10.2. Posibles fuentes de investigación

Algunas de las posibles fuentes para la realización de la investigación serían:

- ❖ Plan galego de investigación, innovación e cremento 2011-2015 de la Consellería de Economía e Industria de Galicia. Uno de sus objetivos es fomentar la investigación y el desarrollo científico en Galicia.
- ❖ Bolsa de la Diputación de A Coruña para la investigación.
- ❖ Becas de Introducción a la Investigación para estudiantes universitarios 2015 del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC).
- ❖ Convocatoria y ayudas de la Acción Estratégica de Salud 2015 del Instituto de Salud Carlos III, destinadas a investigaciones relacionadas con la salud de las personas.

11. Agradecimientos

En primer lugar, agradecer a mis tutoras Raquel Feal y Emma Varela la confianza depositada en mí y agradecerles el gran apoyo y dedicación que han tenido durante todo este tiempo.

En segundo lugar agradecer a Natalia Rivas por atender a mis dudas cuando lo he necesitado.

Agradecer también a todos mis compañeros por estar ahí siempre que los he necesitado y por ayudarme a crecer en este camino que hemos construido juntos.

Por último, agradecerles a mi familia y a mi pareja toda la paciencia y el apoyo que me han brindado, porque sin ellos no habría llegado hasta aquí. Gracias por confiar siempre en mí.

12. Apéndices

- ❖ Apéndice I. Hoja de información para la dirección del centro.
- ❖ Apéndice II. Consentimiento informado para la dirección del centro.
- ❖ Apéndice III. Solicitud autorización de la investigación al CAEI de Galicia.
- ❖ Apéndice IV. Hoja de información para los participantes.
- ❖ Apéndice V. Consentimiento informado para los participantes.
- ❖ Apéndice VI. Entrevista a las personas mayores.
- ❖ Apéndice VII. Entrevista a los familiares y/o cuidadores.
- ❖ Apéndice VIII. Entrevista a los profesionales del centro.
- ❖ Apéndice IX. Búsqueda bibliográfica.

Apéndice I. Hoja de información para la dirección del centro

HOJA DE INFORMACIÓN PARA LA DIRECCIÓN DEL CENTRO

Título del estudio: Percepción sobre la autonomía personal y la calidad de vida en personas mayores institucionalizadas en un centro libre de sujeciones.

Investigador: Laura Picallo García

Este documento tiene como objetivo aportar toda la información a la dirección del centro residencial sobre el estudio por el que Laura Picallo García solicita autorización para realizar en dicho centro.

El objetivo de este estudio es describir el cambio percibido sobre la autonomía personal y la calidad de vida de las personas mayores institucionalizadas que han tenido sujeciones físicas y actualmente se encuentran libres de sujeciones.

Para ello la investigación consistirá en la realización de entrevistas a las personas mayores, familiares y/o cuidadores y profesionales del centro que presten una atención directa a estas personas.

La investigación cumplirá la Ley gallega 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes. Garantizando de esta forma que se le aporte toda la información necesaria a los participantes para que éstos puedan dar su consentimiento.

Además se regirá por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter personal. De esta forma para garantizar el anonimato de las personas participantes se asignará un código a cada uno de ellos y las grabaciones en formato audio serán destruidas al finalizar la investigación.

Apéndice II. Consentimiento informado para la dirección del centro

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA DIRECCIÓN DEL CENTRO

Título del estudio: Percepción sobre la autonomía personal y la calidad de vida en personas mayores institucionalizadas en un centro libre de sujeciones.

Yo,.....,
director/a del centro residencial,

- Leí la hoja de información para la dirección del centro sobre la investigación.
- Autorizo a la investigadora Laura Picallo García la realización de la investigación en el centro residencial.

En, a.....de.....de 2015

Fdo.: El/la director/a

Fdo.: la investigadora que solicita el consentimiento

Nombre y apellidos:

Nombre y apellidos:

Apéndice III. Solicitud autorización de la investigación al CAEI de Galicia



XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE
Secretaría Xeral

Comité Autonómico de Ética da Investigación de Galicia
Secretaría técnica
Edificio Administrativo de San Lázaro
15781 SANTIAGO DE COMPOSTELA
Teléfono: 881 546425
www.sergas.es/ceic



CARTA DE PRESENTACIÓN DA DOCUMENTACIÓN Á REDE DE COMITÉS DE ÉTICA DA INVESTIGACIÓN DE GALICIA

D/Dna. Laura Picallo García

Con teléfono de contacto:

e-correo-e:

@

Dirección postal:

SOLICITA a avaliación de:

- Protocolo **novo** de investigación
- Resposta ás aclaracións** solicitadas polo Comité
- Modificación** ou **Ampliación a outros centros** dun estudo xa aprobado polo Comité

DO ESTUDO:

Título: Percepción sobre la autonomía personal y la calidad de vida en personas mayores institucionalizadas en un centro libre de sujeciones.

Promotor: Universidade da Coruña

MARCAR si procede que confirma que cumpre os requisitos para a exención de taxas segundo o art. 57 da Lei 16/2008, de 23 de decembro, de presupostos xerais da Comunidade Autónoma de Galicia para o ano 2009. DOGA de 31 de decembro de 2008)

Código do protocolo:

Versión do protocolo:

Tipo de estudo:

- Ensaio clínico con medicamentos**
- Investigacións clínicas con produtos sanitarios**
- EPA-SP** (estudo post-autorización con medicamentos seguimento prospectivo)

Outros estudos non incluídos nas categorías anteriores

Investigador/es: Laura Picallo García

Centro/s:

Xunto achégase a documentación necesaria en base aos requisitos que figuran na web da Rede Galega de CEIs, e comprométome a ter a dispor dos participantes os documentos de consentimento informado aprobados polo comité.

En _____, a _____ de _____ de _____

Asdo.:

Apéndice IV. Hoja de información para los participantes

HOJA DE INFORMACIÓN PARA LOS PARTICIPANTES

TÍTULO DEL ESTUDIO: Percepción sobre la autonomía personal y la calidad de vida en personas mayores institucionalizadas en un centro libre de sujeciones.

INVESTIGADOR: Laura Picallo García

CENTRO:

Este documento tiene por objetivo ofrecerle información sobre un **estudio de investigación** en el que se le invita a participar. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de Galicia (CAEI de Galicia).

Si decide participar en el mismo, debe recibir información personalizada del investigador, **leer antes este documento** y hacer todas las preguntas que precise para comprender los detalles sobre el mismo. Si así lo desea, puede llevarse el documento, consultarlo con otras personas, y tomarse el tiempo necesario para decidir si participar o no.

La participación en este estudio es completamente **voluntaria**. Ud. puede decidir no participar o, si acepta hacerlo, cambiar de parecer retirando el consentimiento en cualquier momento sin obligación de dar explicaciones. Le aseguramos que esta decisión no afectará a la relación con el centro ni a los servicios a los que Ud. tiene derecho.

¿Cuál es el propósito del estudio?

El propósito de este estudio es conocer el cambio que se produce en la percepción sobre la autonomía personal y la calidad de vida de las personas mayores cuando pasan de tener una sujeción a retirárseles dicha sujeción.

Los resultados de esta investigación podrán ayudar a mejorar los servicios de atención a las personas mayores y a sus familiares y/o cuidadores.

¿Por qué me ofrecen participar a mí?

Usted es invitado a participar porque es una persona mayor que reside en este centro, porque es familiar y/o cuidador de referencia de una persona que reside en esta institución o porque se trata de un profesional que presta atención directa a estas personas.

¿En qué consiste mi participación?

Su participación consistirá en la realización de una entrevista con una duración estimada de 1 hora.

¿Qué molestias o inconvenientes tiene mi participación?

Las únicas molestias o inconvenientes de su participación serán el tiempo destinado a la realización de la entrevista.

¿Obtendré algún beneficio por participar?

No se espera que Ud. obtenga beneficio directo por participar en el estudio. La investigación pretende descubrir aspectos desconocidos o poco claros sobre las sujeciones físicas. Esta información podrá ser de utilidad en un futuro para otras personas.

¿Recibiré la información que se obtenga del estudio?

Si Ud. lo desea, se le facilitará un resumen de los resultados del estudio.

¿Se publicarán los resultados de este estudio?

Los resultados de este estudio serán remitidos a publicaciones científicas para su difusión, pero no se transmitirá ningún dato que pueda llevar a la identificación de los participantes.

¿Cómo se protegerá la confidencialidad de mis datos?

El tratamiento, comunicación y cesión de sus datos se hará conforme a lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. En todo momento, Ud. podrá acceder a sus datos, oponerse, corregirlos o cancelarlos, solicitándolo ante el investigador.

Solo el investigador, que tiene deber de guardar la confidencialidad, tendrá acceso a todos los datos recogidos por el estudio. Se podrá transmitir a terceros información que no pueda ser identificada. En el caso de que alguna información sea transmitida a otros países, se realizará con un nivel de protección dos datos equivalente, como mínimo, a lo exigido por la normativa de nuestro país. Sus datos serán recogidos y conservados hasta terminar el estudio de modo:

- **Codificados**, que quiere decir que poseen un código con el que el investigador podrá conocer a quien pertenecen.

Las entrevistas serán grabadas en formato audio, siendo destruidas al finalizar el estudio.

El responsable de la custodia de los datos es Laura Picallo García.

¿Existen intereses económicos en este estudio?

Esta investigación es promovida por la Universidade da Coruña con fondos aportados por

.....

El investigador será remunerado por las actividades de búsqueda de informantes, realización de entrevistas, análisis de datos, redacción del informe final de la investigación y difusión de los resultados.

Ud. no será retribuido por participar.

¿Cómo contactar con el equipo investigador de este estudio?

Ud. puede contactar con Laura Picallo García en el teléfono o correo electrónico

Muchas gracias por su colaboración.

Apéndice V. Consentimiento informado para los participantes

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS PARTICIPANTES

TÍTULO DEL ESTUDIO: Percepción sobre la autonomía personal y la calidad de vida en personas mayores institucionalizadas en un centro libre de sujeciones.

Yo,.....

- Leí la hoja de información para el participante del estudio, pude hablar con Laura Picallo García y hacer todas las preguntas sobre el estudio.
- Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en los servicios del centro.
- Accedo a que se utilicen mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información para el participante.
- Presto libremente mi conformidad para participar en este estudio.
- Marcar la casilla si desea que se le comuniquen los resultados de esta investigación.

En, a.....de.....de 2015

Fdo.: El participante

Fdo.: la investigadora que solicita el consentimiento

Nombre y apellidos:

Nombre y apellidos:

Apéndice VI. Entrevista a las personas mayores

1. ¿Qué entiende usted por sujeción?
2. ¿Podría explicarme qué sujeciones utilizaba?
3. Describame cómo fue para usted tener una sujeción física.
4. ¿Cómo era su día a día cuando tenía las sujeciones?, ¿Podía realizar todo lo que quería?
5. Cuando tenía sujeciones, ¿necesitaba ayuda para realizar alguna actividad de su día a día? ¿Por qué? ¿Ahora sigue necesiéndola?
6. ¿Cómo definiría para usted tener calidad de vida?
7. ¿Cómo sentía que era su calidad de vida cuando tenía las sujeciones? ¿Y ahora?
8. Ahora que no tiene sujeciones, ¿Cómo es su día a día?
9. ¿Cómo se siente ahora sin sujeciones?
10. Desde que le quitaron las sujeciones, ¿Cómo siente su seguridad? ¿Qué métodos nuevos se han utilizado para mejorar su seguridad?

Apéndice VII. Entrevista a los familiares y/o cuidadores

1. ¿Podría explicarme cómo eran las sujeciones físicas que utilizaba su familiar?
2. Cuando le comunicaron que le iban a colocar las sujeciones, ¿qué información les dieron sobre ella? ¿Les hablaron de alternativas?
3. ¿Cómo era el día a día de la persona cuando tenía las sujeciones?, ¿Podía realizar todo lo que quería?
4. Cuando tenía sujeciones, ¿su familiar necesitaba ayuda para realizar alguna actividad de su día a día? ¿Por qué? ¿Ahora sigue necesiéndola?
5. ¿Considera que tener una sujeción pudo influir en la calidad de vida de la persona? ¿Por qué?
6. ¿Cómo es la calidad de vida de su familiar hoy en día?
7. Ahora sin sujeciones, ¿Cómo es su día a día?
8. ¿Cómo describiría el cambio para la persona y para usted de tener sujeciones físicas a encontrarse libre de sujeciones?
9. Descríbame qué alternativas se utilizan para que la persona no tenga que utilizar la sujeción. ¿Podría describirme más alternativas a las sujeciones?

Apéndice VIII. Entrevista a los profesionales del centro

1. Descríbame en qué consiste su trabajo en el centro.
2. Durante el periodo en el que se utilizaban sujeciones, ¿conocía alternativas a su uso? En caso afirmativo explíqueme cuáles conocía.
3. En el centro, ¿le explicaban a las familias cuales eran las alternativas al empleo de las sujeciones? ¿Por qué?
4. ¿Cree que las sujeciones pueden influir en la calidad de vida de las personas? ¿Por qué?
5. ¿Cree que la sujeción puede limitar la autonomía de las personas? En caso afirmativo, ¿puede decirme en qué?
6. ¿Cómo describiría el cambio para la persona de encontrarse con sujeciones a estar libre de ellas?
7. Explíqueme que alternativas al uso de sujeciones se emplean en el centro.

Apéndice IX. Búsqueda bibliográfica

La revisión bibliográfica se ha realizado mediante las bases de datos Dialnet, Pubmed, Scopus y Medes (Tabla VI). Además se han utilizado las bases de datos Cochrane Library Plus y OTseeker, sin encontrar referencias bibliográficas de interés para este estudio.

Las palabras clave utilizadas para la búsqueda en las bases de datos han sido: “sujeciones físicas”, “sujeciones mecánicas”, “restricciones físicas”, “contenciones mecánicas”, “gerontología”, “personas mayores”, “calidad de vida”, “physical restraint” y “nursing home”, utilizando los operadores booleanos “AND” e “y”. Se han seleccionado aquellos documentos que eran artículos de revista y pertenecientes a los últimos 10 años, es decir, desde el 2005 hasta la actualidad.

Además se han revisado diferentes revistas y libros y artículos de revista disponibles en la biblioteca de la UDC. Por último se han utilizado otras fuentes como el Centro Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), el Boletín Oficial del Estado (BOE), el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), el Instituto Nacional de Estadística (INE), la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA), la Federación Mundial de Terapia Ocupacional (WFOT) y la Asociación de Terapeutas Ocupacionales de Irlanda (AOTI).

Tabla VI. Búsqueda bibliográfica

Bases de datos	Términos búsqueda	Límites	Total artículos	Artículos seleccionados
Dialnet	Sujeciones físicas Terapia Ocupacional y contención física		29	2
	Sujeciones mecánicas y gerontología		1	1
	Restricciones físicas y personas mayores		3	2
	Sujeciones físicas y farmacológicas		21	3
	Calidad de vida y gerontología		3	1
Scopus	Sujeciones físicas		95	3
	Contención mecánica		2	1
Medes	Sujeciones físicas		5	1
Pubmed	Sujeciones físicas		7	2
	“Physical restraint” AND “Nursing home”	2005	92	2