

Adaptación y validación española del Perception of Restraint Use Questionnaire (PRUQ) sobre el uso de restricciones físicas en personas mayores

Spanish adaptation and validation of the Perception of Restraint Use Questionnaire (PRUQ) on the use of physical restraints on the elderly

E. Fariña-López¹, G.J. Estévez-Guerra¹, E. Núñez González², F. Calvo Francés¹, E. Penelo³

<http://dx.doi.org/10.4321/S1137-6627/2016000100003>

RESUMEN

Fundamento. Adaptar y estudiar las propiedades psicométricas en población española del Perception of Restraint Use Questionnaire (PRUQ), que mide la importancia que dan los profesionales al uso de restricciones físicas en personas mayores.

Material y métodos. Tras un proceso de traducción-retrotraducción y de adaptación lingüística, se obtuvo una versión en español. A continuación, se realizó un estudio multicéntrico, descriptivo y transversal para evaluar sus propiedades psicométricas. Mediante un muestreo no probabilístico se seleccionaron 20 centros de tres comunidades autónomas; aceptaron participar 830 profesionales.

Resultados. De los 17 ítems del cuestionario, 15 pudieron traducirse de manera literal; en dos hubo que realizar modificaciones menores. Un panel de expertos consideró todos aceptables (índice de validez de contenido de 0,89); un estudio piloto confirmó la adecuada factibilidad del cuestionario. El análisis en componentes principales identificó tres dimensiones que explicaban el 66,2% de la varianza. El análisis factorial confirmatorio de este modelo tridimensional mostró un ajuste aceptable [CFI = 0,936; RMSEA = 0,080], siendo las cargas y las correlaciones factoriales estadísticamente significativas ($p < 0,001$). La consistencia interna (alfa de Cronbach) de la puntuación total fue de 0,92, y la fiabilidad test-retest (CCIa) de 0,87 (IC 95%: 0,78 a 0,92) en un intervalo de tres semanas.

Conclusiones. La versión española del PRUQ muestra buenas propiedades psicométricas y se adapta al contexto cultural de este país. Puede considerarse útil para evaluar en qué situaciones se consideran más necesarias las restricciones físicas, lo que ayudaría a diseñar actividades de formación encaminadas a racionalizar su aplicación.

Palabras clave. Cuestionarios. Percepción. Restricción física. Anciano. Estudios de validación.

ABSTRACT

Background. To adapt and to validate in a Spanish population the Perception of Restraint Use Questionnaire (PRUQ), which assesses the importance that professionals give to the use of physical restraints when caring for older adults.

Methods. After a process of forward-back translation and linguistic adaptation, a Spanish version of the original questionnaire was obtained. A descriptive cross-sectional multicenter study was then carried out. Based on non-probability sampling, 20 centers from three Spanish regions were selected; 830 professionals agreed to participate.

Results. 15 of the 17 items of the original questionnaire were translated literally and two required minor modifications. All were considered acceptable by an expert panel (content validity index of 0.89); a pilot study confirmed the adequate feasibility of the questionnaire. The principal components analysis identified three dimensions that explained 66.2% of variance. The confirmatory factor analysis of this tridimensional model showed an acceptable fit [CFI = 0.936; RMSEA = 0.080], being factor loadings and factor correlations statistically significant ($p < 0.001$). The internal consistency (Cronbach's alpha) for the total score was 0.92 and the test-retest reliability (ICCa) was 0.87 (95% CI: 0.78 to 0.92) over an interval of three weeks.

Conclusions. The Spanish version of the PRUQ shows good psychometric characteristics and is adapted to the cultural context of this country. It may be considered a useful tool to assess in which situations professionals consider the use of physical restraints most necessary, helping to design training activities aimed at rationalizing its application.

Keywords. Questionnaires. Perception. Physical restraint. Elder. Validation studies.

An. Sist. Sanit. Navar. 2016; 39 (1): 13-22

1. Departamento de Enfermería. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria. España.
2. Departamento de Ciencias Clínicas. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria. España.
3. Laboratori d'Estadística Aplicada. Departament de Psicobiologia i Metodologia de les Ciències de la Salut. Universitat Autònoma de Barcelona. España.

Correspondencia:

Emilio Fariña-López
Unidad Docente de Enfermería de Lanzarote
C/ Rafael Alberti, 50
35507 Tahíche. Lanzarote
E-mail: emilio.farina@ulpgc.es

Recepción: 17-7-2015

Aceptación provisional: 22-9-2015

Aceptación definitiva: 9-11-2015

INTRODUCCIÓN

La restricción física es un procedimiento que se emplea de forma habitual en el ámbito sociosanitario y hospitalario con el fin de evitar problemas de seguridad entre las personas mayores. Las razones más habituales para su uso son la prevención de caídas y evitar la interferencia de los pacientes con los tratamientos^{1,2}.

A pesar de la frecuencia con la que se aplica, la restricción física tiene consecuencias negativas sobre la salud de los usuarios. Así, puede generar problemas derivados de la inmovilidad prolongada, como atrofia muscular, úlceras por presión o infecciones, aparte de otros graves efectos adversos al quedar los ancianos atrapados en los dispositivos. También puede ocasionar complicaciones psicológicas, como miedo, agitación o confusión, además de contravenir diversos aspectos éticos y legales^{3,5}.

Son numerosos los factores que pueden condicionar la utilización de restricciones físicas en personas mayores; entre ellos se encuentran el nivel de deterioro de los usuarios, la formación y los ratios de personal, las presiones de las familias, cuestiones arquitectónicas, aspectos legales, etc.^{2,6}. La percepción que tengan los profesionales acerca de este procedimiento también va a actuar como un factor que condicionará su aplicación^{7,8}. En este sentido, una actitud positiva ante la restricción les predispondría a emplearla con mayor frecuencia, mientras que una negativa actuaría en sentido opuesto. El análisis de esta información constituye un dato de gran valor a la hora de intentar reducir su uso^{9,10}.

Al no tratarse de acciones susceptibles de observación directa, las percepciones suelen medirse por medio de escalas donde la persona se posiciona ante una situación que se le plantea. Dada la dificultad que implica su elaboración, es habitual recurrir a instrumentos disponibles en otro idioma que ya hayan demostrado su utilidad^{11,12}, lo que permite además realizar estudios transculturales y contrastar resultados a nivel internacional¹³⁻¹⁵. La mayoría de estas escalas están publicadas en inglés, si bien

de forma reciente se ha propuesto una en español diseñada para medir la actitud hacia la liberación del uso de sujeciones¹⁶. Para este estudio se ha elegido el *Perception of Restraint Use Questionnaire* (PRUQ), creado por Strumpf y Evans¹⁷, por ser la única escala publicada que valora la importancia que dan los profesionales al uso de las restricciones físicas en personas mayores. La versión original ha sido utilizada en numerosas investigaciones previas, realizadas en países como EE.UU., Suecia o Japón, donde mostró una buena fiabilidad con valores que oscilaban entre 0,91 y 0,94^{7,8,18}.

El objetivo de este trabajo es realizar la traducción y adaptación lingüística y cultural del PRUQ, así como estudiar sus propiedades psicométricas en población española.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó la traducción y adaptación lingüística y cultural del cuestionario, así como un estudio instrumental de carácter multicéntrico, descriptivo y transversal para determinar su validez y fiabilidad.

El cuestionario PRUQ es un instrumento autoinformado cuya versión original, en inglés, contiene 17 ítems con las razones más citadas para el uso de restricciones físicas en personas mayores¹⁷. Se valoran mediante una escala tipo Likert, que oscila entre el 1 (nada necesario) y el 5 (muy necesario). Las puntuaciones se obtienen por promedio de los ítems que las conforman, donde un valor más alto indicaría que el personal sanitario considera muy necesario el uso de estos dispositivos en la situación descrita. El cuestionario original contiene también un apartado que indaga sobre el conocimiento de alternativas al uso de restricciones físicas; este no se ha incluido en el proceso de validación al no formar parte de la escala propiamente dicha.

Procedimiento

El estudio se llevó a cabo entre octubre de 2013 y septiembre de 2014 y constó de dos etapas. En la primera se realizó la tra-

ducción y adaptación lingüística y cultural del cuestionario original según las recomendaciones que existen al respecto^{19,20}. Para ello se recurrió a dos traductores bilingües que lo tradujeron al español de manera independiente, generándose dos versiones. A continuación, otros dos traductores realizaron la retrotraducción de ambas versiones al inglés^{13,19}. Las sucesivas traducciones fueron cotejadas por un panel de expertos en geriatría (tres médicos y tres enfermeras), que comprobaron su equivalencia conceptual, revisaron las divergencias y eligieron los términos que guardaban mayor similitud con los usados en el ámbito local. Las sugerencias aportadas se consensuaron con los investigadores y con las autoras del cuestionario original. Se obtuvo así una primera versión en español con la que, a partir de una muestra de 35 enfermeras y auxiliares de enfermería (población diana), se hizo un estudio piloto para evaluar su comprensión y factibilidad^{11,21}, tras lo cual fue considerada la versión definitiva del cuestionario (Anexo).

En una segunda etapa se realizó un estudio multicéntrico, descriptivo y transversal para analizar las propiedades psicométricas del instrumento y respaldar su uso en el contexto para el que se adapta^{14,19}; todo esto con el fin de garantizar la calidad de las futuras mediciones¹⁵. Para ello se utilizó una encuesta que incluía la versión española del PRUQ, así como un breve cuestionario con datos sociodemográficos.

El muestreo fue no probabilístico, para lo cual se seleccionaron 20 centros asistenciales públicos de tres comunidades autónomas españolas: residencias y unidades de hospitalización que atendiesen a personas mayores. A continuación se invitó a participar a toda la población potencial de profesionales, lo que representó un total de 229 enfermeras y 1.223 auxiliares de enfermería. Con los datos obtenidos en el estudio piloto se determinó la validez de contenido; con los del estudio multicéntrico se analizó la estructura interna, así como la consistencia interna y la fiabilidad como estabilidad temporal (procedimiento test-retest realizado a una submuestra de 54 profesionales a los que se entregó el cues-

tionario en dos ocasiones) con un intervalo de tres semanas¹⁹.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de la muestra resumiendo las variables cuantitativas en media y desviación estándar, y las categóricas en frecuencias absoluta y relativa. Se estudiaron las relaciones entre las variables métricas mediante el coeficiente de correlación no paramétrica de Spearman.

La validación de contenido se llevó a cabo con la colaboración de un panel de expertos que evaluó la relevancia de cada ítem, clasificándolo como esencial, útil pero no esencial, o no esencial. Posteriormente se determinó el índice de validez de contenido de todo el instrumento, lo cual se llevó a cabo según el modelo de Lawshe²², pero teniendo en cuenta la modificación realizada por Tristán-López²³, que considera aceptables (esenciales o útiles) aquellos ítems cuya razón de validez sea igual o superior a 0,58.

Por lo que respecta a la estructura interna, y con el fin de determinar las dimensiones subyacentes del PRUQ, se usó un procedimiento de validación cruzada. Para ello se dividió aleatoriamente la muestra en dos mitades. La primera submuestra fue empleada para realizar un análisis exploratorio. Previamente se evaluó la pertinencia del mismo mediante la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Bartlett. Al igual que en el estudio de Akamine y col¹⁸ se realizó un análisis en componentes principales (ACP), pero con el método de rotación oblicua oblimin que permite que los factores correlacionen entre sí.

Con la segunda submuestra se efectuó un análisis factorial confirmatorio (AFC) para comprobar si la estructura obtenida mediante ACP se replicaba; para ello se utilizó el procedimiento de estimación de quasi-máxima verosimilitud (QML). El ajuste del modelo se evaluó utilizando diversos indicadores: Índice de Ajuste Comparativo (CFI, *Comparative Fit Index*) e Índice de Ajuste No Normado (NNFI, *Non-Normed*

Fit Index) o de Tucker-Lewis (TLI, *Tucker-Lewis Index*); valores iguales o superiores a 0,90 se interpretan como indicadores de un ajuste aceptable. También se obtuvo la Raíz Cuadrada Media del Error de Aproximación (RMSEA, *Root Mean Square Error of Approximation*), considerando indicador de un ajuste adecuado un valor igual o inferior a 0,08²⁴.

Una vez establecida la estructura factorial, se empleó el coeficiente alfa de Cronbach para evaluar la consistencia interna de las puntuaciones derivadas del PRUQ, estimándose que era aceptable cuando se encontraba por encima de 0,70²⁵. La estabilidad temporal, diseño de test-retest, se analizó mediante el coeficiente de correlación intraclass de acuerdo absoluto; la fiabilidad se consideró buena si los valores eran mayores de 0,80^{12,26}.

Los análisis se realizaron con el programa Stata 13.1 (StataCorp LP, Texas, USA), que cuenta con todos los permisos y licencias.

Consideraciones éticas

La participación de los profesionales fue voluntaria y anónima; la cumplimentación del cuestionario se interpretó como su consentimiento a colaborar. Asimismo, se solicitó autorización a la dirección de cada uno de los centros, garantizándose que el nombre de los mismos no figuraría en los resultados. El protocolo del estudio fue aprobado por el Comité de Bioética de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria (CEIH-2014-05).

RESULTADOS

Traducción y adaptación lingüística y cultural

De los 17 ítems del cuestionario, 15 no presentaron ninguna dificultad y fueron traducidos de manera literal; en los dos restantes hubo que realizar modificaciones menores, si bien se utilizaron expresiones que no alteraban el sentido del ítem. Así, el enunciado *Breaking open sutures*, que describe una situación muy específica, fue

sustituido por “Manipule una herida o una sutura”, que alude a un contexto más genérico. Con respecto al enunciado *Removing a dressing*, la frase se reformuló como “Se quite un apósito o un vendaje”. El estudio piloto realizado con una muestra de la población diana (n = 35) confirmó la adecuada factibilidad del cuestionario. Con relación a la comprensión de los ítems, más del 90% de enfermeras y auxiliares confirmó que el instrumento era sencillo y fácil de entender; el tiempo medio de cumplimentación fue inferior a los cinco minutos.

Evidencias de validez basadas en el contenido

Tras el análisis realizado por el panel de expertos, todos los ítems se consideraron aceptables, siendo la razón de validez de contenido de cada uno de ellos superior a 0,58. El índice de validez de contenido de todo el instrumento fue de 0,89.

Validación

De los 1.452 profesionales que se invitaron a participar en el estudio se recibieron 830 cuestionarios correctamente cumplimentados, 198 correspondían a enfermeras (23%) y 632 a auxiliares de enfermería (76%), lo que supone una tasa de respuesta del 57,16%. La edad media era de 39,5 años (DE = 10,3) y la experiencia profesional de 11,1 años (DE = 7,8). El 89,3% eran mujeres (718). No se encontraron diferencias significativas entre los profesionales con respecto a dichas variables.

Estadísticos descriptivos

La tabla 1 recoge la media y desviación estándar de los 17 ítems que forman la escala y el valor promedio del PRUQ. Todos los ítems presentan una adecuada variabilidad (DE \geq 0,89). Los valores de asimetría y de curtosis (en valor absoluto y centrados a 0) oscilaron entre 0,04 y 1,27 (mediana = 0,66) y entre 0,08 y 1,17 (mediana = 0,74), respectivamente, por lo que la distribución de los ítems no presenta vulnera-

ciones severas al supuesto de normalidad. En cuanto a las correlaciones inter-ítems, la tabla 1 muestra las correlaciones más altas; se omiten el resto de los valores, ya que son similares a los de la última colum-

na (pq17). Como se observa, todas las relaciones son significativas ($p < 0,01$) y los coeficientes tienen el mismo signo, dado que todos los ítems están expresados en el mismo sentido.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos y correlaciones entre los ítems del PRUQ

	Media(DE)	pq2	pq5	pq7	pq8	pq9	pq10	pq11	pq12	pq17
pq1	4,34 (0,89)	0,77(*)	0,27	0,38	0,40	0,37	0,37	0,32	0,28	0,25
pq2	4,24 (0,91)		0,30	0,33	0,43	0,42	0,40	0,34	0,33	0,28
pq3	3,72 (1,14)		0,43	0,38	0,37	0,41	0,39	0,38	0,40	0,37
pq4	2,79 (1,28)		0,62	0,53	0,32	0,32	0,32	0,38	0,43	0,52
pq5	2,18 (1,22)			0,71	0,31	0,30	0,30	0,36	0,37	0,48
pq6	3,64 (1,31)			0,56	0,47	0,46	0,47	0,47	0,43	0,42
pq7	2,40 (1,18)				0,35	0,35	0,33	0,41	0,42	0,44
pq8	4,23 (0,92)					0,89	0,77	0,64	0,57	0,31
pq9	4,26 (0,89)						0,80	0,66	0,60	0,31
pq10	4,31 (0,91)							0,66	0,58	0,28
pq11	3,91 (1,02)								0,83	0,36
pq12	3,59 (1,07)									0,37
pq13	2,99 (1,30)									0,56
pq14	3,24 (1,24)									0,57
pq15	2,02 (1,32)									0,49
pq16	3,46 (1,25)									0,61
pq17	3,10 (1,27)									
PRUQ	3,44 (0,76)	0,52/0,56	0,71	0,71	0,67	0,68	0,65	0,68	0,69	0,69

(*) Cada celda contiene el coeficiente de correlación no paramétrica de Spearman. Todos los coeficientes, incluidos los omitidos, son significativos ($p < 0,01$).

Evidencias de validez basadas en la estructura interna

Las dos submuestras del procedimiento de validación cruzada no presentaron diferencias significativas en función de la experiencia profesional, categoría laboral, edad o sexo.

Con la primera submuestra ($n = 445$) se llevó a cabo un análisis en componentes principales con rotación oblimin. Los datos de la matriz de correlaciones resultaron adecuados para este tipo de análisis [prueba de esfericidad de Bartlett (136) = $5197,5$; $p < 0,005$; Índice Kaiser-Meyer-Olkin = $0,903$].

Se extrajeron tres componentes, de acuerdo con el análisis paralelo, la regla de autovalores mayores a 1 y los saltos en el gráfico de sedimentación. La solución de tres componentes explicó un 66,2% de la varianza. En la tabla 2 se recogen las saturaciones de la matriz de configuración rotada: el primer componente estaría formado por nueve ítems relacionados con la seguridad en el entorno del anciano y la protección de los que le rodean (4 a 7 y 13 a 17); el segundo agruparía cinco ítems relacionados con la manipulación de productos sanitarios (8 a 12); el tercero lo formarían tres ítems relacionados con la prevención de caídas (1 a 3).

Tabla 2. ACP con rotación oblimin: cargas factoriales (matriz de configuración) y correlaciones factoriales

	F1	F2	F3
Cargas factoriales			
pq4	0,585	-0,012	0,312
pq5	0,777	-0,152	0,177
pq6	0,438	0,267	0,223
pq7	0,753	-0,029	0,112
pq13	0,745	0,065	0,043
pq14	0,745	0,078	-0,050
pq15	0,765	-0,043	-0,116
pq16	0,635	0,200	-0,102
pq17	0,761	0,047	-0,018
pq8	-0,060	0,899	0,085
pq9	-0,048	0,909	0,076
pq10	-0,095	0,925	0,066
pq11	0,154	0,841	-0,081
pq12	0,170	0,722	-0,018
pq1	-0,006	0,007	0,962
pq2	-0,044	0,113	0,880
pq3	0,191	0,080	0,616
Varianza del factor rotado	6,26	5,82	4,19
Correlaciones factoriales			
F1	1		
F2	0,46	1	
F3	0,41	0,42	1

En negrita: cargas factoriales > 0,30 en valor absoluto. Sombreado: factor esperado según el modelo de Akamine y col¹⁸.

Con la segunda submuestra (n = 446) este modelo de tres factores correlacionados fue sometido a un análisis factorial confirmatorio con el método de estimación de quasi-máxima verosimilitud. Se permitió que las covarianzas entre las unicidades de tres pares de ítems se estimaran libremente, atendiendo a la similar formulación de los ítems y los índices de modificación. En la figura 1 se muestran los parámetros estandarizados del modelo final, cuyo ajuste fue aceptable [χ^2 (113) = 438,1; CFI = 0,936; TLI = 0,923; RMSEA = 0,080]. To-

das las cargas factoriales y las correlaciones factoriales resultaron estadísticamente significativas ($p < 0,001$).

Fiabilidad

La consistencia interna de las puntuaciones fue satisfactoria, puesto que el coeficiente alfa de Cronbach mostró un valor de 0,90 para el factor 1 (nueve ítems), de 0,93 para el factor 2 (cinco ítems), de 0,78 para el factor 3 (tres ítems), y de 0,92 para la puntuación total (17 ítems). La fiabilidad

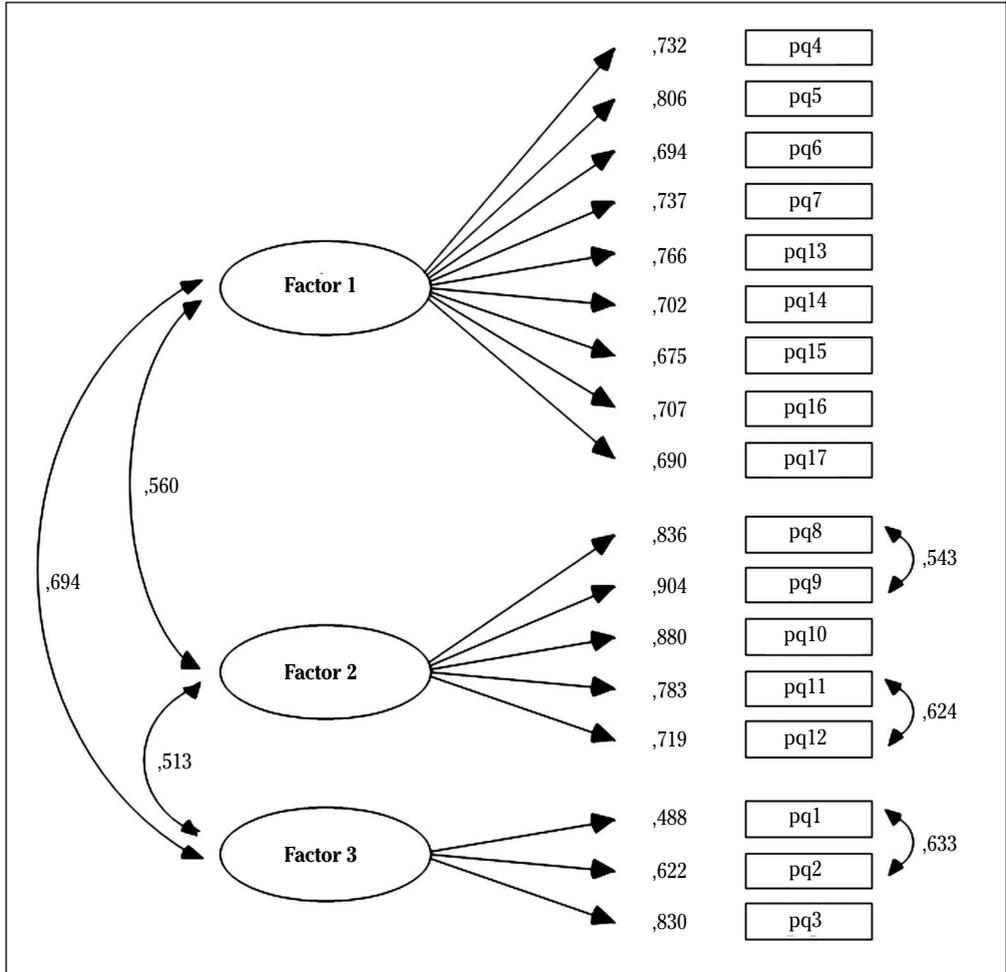


Figura 1 AFC: parámetros estandarizados del modelo evaluado.

test-retest fue buena, obteniéndose un coeficiente de correlación intraclase de acuerdo absoluto (CCIa) de 0,87 (IC 95%: 0,78 a 0,92) para el factor 1, de 0,90 (IC 95%: 0,83 a 0,94) para el factor 2, y de 0,87 para la puntuación total (IC 95%: 0,78 a 0,92), mientras que fue algo menor para el factor 3 con un valor de 0,74 (IC 95%: 0,59 a 0,84).

DISCUSIÓN

Tras un proceso de traducción y validación se ha obtenido una versión en español del PRUQ, cuestionario que puede

utilizarse para valorar en qué situaciones el personal considera más necesario el uso de restricciones físicas. Es fundamental disponer de herramientas que permitan analizar esta cuestión, ya que la mayoría de las intervenciones dirigidas a reducir la aplicación de este procedimiento incluyen, entre otros aspectos, el tratar de modificar la percepción que del mismo tengan los profesionales^{1,8}.

El nuevo instrumento es similar al concebido por sus autoras, por lo que la versión española apenas presenta diferencias conceptuales o semánticas con el docu-

mento en inglés. Durante la traducción no se detectaron dificultades significativas de comprensión derivadas de vocablos poco comunes, ni diferencias importantes entre los términos elegidos; si bien, fue necesario adaptar alguno de estos al lenguaje que suelen utilizar los profesionales en nuestro entorno. Efectuar una adecuada traducción es esencial: uno de los sesgos que suele encontrarse en los cuestionarios adaptados es que no se lleva a cabo una equivalencia conceptual entre las diferentes culturas¹⁵; y, en este sentido, cuanto mayor divergencia haya con el cuestionario original mayor posibilidad de evaluar conceptos distintos¹². Sin olvidar que una buena equivalencia facilita el intercambio de información entre la comunidad científica de diferentes países¹³⁻¹⁵.

Por otra parte, se trata de un instrumento de fácil y rápida aplicación. Tanto el panel de expertos como el estudio piloto realizado con una muestra de la población diana confirmó la adecuada factibilidad del cuestionario, considerando que todos los ítems eran relevantes, comprensibles y adecuados para usar por parte de profesionales españoles. En relación a esto hay que señalar la importancia de que el cuestionario utilice un lenguaje sencillo para así evitar sesgos^{15,21}. Con respecto a la validez de contenido el análisis realizado permite afirmar que el nuevo cuestionario es adecuado para medir lo que se pretende y que contiene una muestra suficiente de las situaciones en las que se suele considerar necesario el uso de restricciones físicas en personas mayores. En este sentido es fundamental tener una idea clara de cuáles son los conceptos que se están midiendo, por lo que la colaboración de expertos en el campo de la restricción física ha sido esencial para confirmar este tipo de validez en la versión española.

Por lo que respecta a la estructura factorial, los resultados replican el modelo de tres factores propuesto por Akamine y col¹⁸; se trata del único trabajo publicado que nos consta que evalúe la dimensionalidad del PRUQ, el cual se realizó con una muestra de enfermeras japonesas. En nuestro estudio, los tres factores pre-

sentan correlaciones moderadas-altas, especialmente entre el factor 1 y 3, pero inferiores a 0,85, lo que constituiría una evidencia de que se trata de factores diferenciados²⁷.

Los resultados ponen de manifiesto, asimismo, que el cuestionario en español tiene unas adecuadas características psicométricas: la consistencia interna global es adecuada, la escala se comporta de forma homogénea y el análisis de cada ítem indica que no existen elementos que alteren la consistencia global. También ha quedado probada la estabilidad temporal con el procedimiento test-retest, la cual puede calificarse como muy buena, lo que corrobora la fiabilidad del instrumento. Estos resultados concuerdan con los valores publicados por otros autores^{7,8,18}.

En cuanto a las limitaciones, habría que mencionar la posible existencia de un sesgo de selección, ya que la participación era voluntaria y el muestreo de los centros fue no probabilístico; si bien, el elevado número de participantes refuerza el valor de los hallazgos, procediendo además estos de diferentes comunidades españolas. Por otro lado, el tamaño de la submuestra utilizada para realizar el test-retest podría considerarse bajo dado el número total de participantes. Otra limitación es que no se pudo evaluar la validez convergente al no disponer de otros instrumentos en español para realizar una medición alternativa.

En conclusión, tras un proceso de traducción y validación del PRUQ se ha obtenido un cuestionario en español cuyas puntuaciones pueden considerarse válidas y fiables. Puede también afirmarse que esta versión es equivalente al instrumento original tanto desde el punto de vista cultural como semántico. Esto hace pensar que se trata de una herramienta pertinente para evaluar en qué situaciones considera el personal más necesario el uso de restricciones físicas. Conociendo este dato se pueden diseñar de manera más acertada los contenidos de las actividades de formación y planificar intervenciones institucionales encaminadas a racionalizar esta práctica.

Agradecimientos

Los autores quieren agradecer la colaboración a todos los profesionales que participaron cumplimentando las encuestas; así como a la profesora Elizabeth Capezuti (City University of New York) por su desinteresada ayuda en el proceso de traducción y adaptación cultural del cuestionario.

BIBLIOGRAFÍA

- MÖHLER R, MEYER G. Attitudes of nurses towards the use of physical restraints in geriatric care: a systematic review of qualitative and quantitative studies. *Int J Nurs Stud* 2014; 51: 274-288.
- HAMERS J, HUIZING AR. Why do we use physical restraints in the elderly? *Z Gerontol Geriatr* 2005; 38: 19-25.
- BAI X, KWOK TCY, IP IN, WOO J, CHUI MYP, HO FKY. Physical restraint use and older patients' length of hospital stay. *Health Psychol Behav Med* 2014; 2: 160-170. DOI: 10.1080/21642850.2014.881258.
- ENGBERG J, CASTLE NG, McCAFFREY D. Physical restraint initiation in nursing homes and subsequent resident health. *Gerontologist* 2008; 48: 442-452.
- FARIÑA-LÓPEZ E. Problemas de seguridad relacionados con la aplicación de dispositivos de restricción física en personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2011; 46: 36-42.
- HOFMANN H, HAHN S. Characteristics of nursing home residents and physical restraint: a systematic literature review. *J Clin Nurs* 2014; 23: 3012-3024.
- MCCABE DE, ALVAREZ CD, McNULTY R, FITZPATRICK JJ. Perceptions of physical restraints use in the elderly among registered nurses and nurse assistants in a single acute care hospital. *Geriatr Nurs* 2011; 32: 39-45.
- PELLFOLK TJ, GUSTAFSON Y, BUCHE G, KARLSSON S. Effects of a restraint minimization program on staff knowledge, attitudes, and practice: a cluster randomized trial. *J Am Geriatr Soc* 2010; 58: 62-69.
- FARIÑA-LÓPEZ E, ESTÉVEZ-GUERRA GJ, GANDOY-CREGO M, POLO-LUQUE LM, GÓMEZ-CANTORNA C, CAPEZUTI E. Perception of Spanish nursing staff on the use of Physical restraints. *J Nurs Scholarsh* 2014; 46: 1-9.
- MOORE K, HARALAMBOUS B. Barriers to reducing the use of restraints in residential elder care facilities. *J Adv Nurs* 2007; 58: 532-540.
- GARCÍA MJ, RODRÍGUEZ F, CARMONA L. Validación de cuestionarios. *Reumatol Clin* 2009; 5: 171-177.
- SÁNCHEZ R, ECHEVERRY J. Validación de escalas de medición en salud. *Rev Salud Pública* 2004; 6: 302-318.
- HARKNESS JA, SCHOUA-GLUSBERG AS. Questionnaires in Translation. En: Harkness JA, ed. *Cross-cultural survey equivalence*. ZUMA-Nachrichten Spezial, 3. Mannheim: ZUMA 1998: 87-126.
- RAMADA-RODILLA JM, SERRA-PUJADAS C, DELCLÓS-CLANCHET GL. Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas. *Salud Pública Méx* 2013; 55: 57-66.
- CARVAJAL A, CENTENO C, WATSON R, MARTÍNEZ M, SANZ A. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? *An Sist Sanit Navar* 2011; 34: 63-72.
- VILLACIEROS M, STEEGMAN L, MEJÍAS ML, BERMEO JC. Diseño y validación de una escala de actitudes de los profesionales asistenciales hacia la liberación del uso de sujeciones en personas dependientes. *An Sis Sanit Navar* 2013; 36: 407-418.
- University of Pennsylvania School of Nursing. Perceptions of Restraint Use Questionnaire (PRUQ). [consultado 10/05/2014]: Disponible en <http://www.nursing.upenn.edu/Search/results.aspx?k=pruq>
- AKAMINE Y, YOKOTA T, KUNIYOSHI M, UZA M, TAKAKURA M. Reliability and validity of the Japanese version of physical restraint use questionnaire. *Ryukyu Med J* 2003; 22: 21-28.
- STREINER DL, NORMAN GR. Health measurement scales. A practical guide to their development and use. 4ª ed. Barcelona: Oxford University Press, 2008.
- MUÑIZ J, ELOSUA P, HAMBLETON RK. Directrices para la traducción y adaptación de los tests: segunda edición. *Psicothema* 2013; 25: 151-157. DOI: 10.7334/psicothema2013.24.
- ARGIMON J, JIMÉNEZ J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 4ª ed. Barcelona: Elsevier, 2013.
- LAWSE CH. A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology* 1975; 28: 563-575.
- TRISTÁN-LÓPEZ A. Modificación al modelo de Lawshe para el dictamen cuantitativo de la validez de contenido de un instrumento objetivo. *Avances en Medición* 2008; 6: 37-48.
- HOOPER D, COUGHLAN J, MULLEN M. Structural equation modelling: guidelines for determining model fit. *EJBRM* 2008; 6: 53-60.
- NUNNALLY JC, BERNSTEIN IH. *Psychometric theory*. 3ª ed. New York: McGraw-Hill, 1994.
- KESZEI AP, NOVAK M, STREINER DL. Introduction to health measurement scales. *J Psychosom Res* 2010; 68: 319-323.
- BROWN TA. *Confirmatory Factor Analysis for Applied Research*. New York: The Guildford Press, 2006.

ANEXO

Versión en español del PRUQ

A continuación figuran las razones que a veces se dan para utilizar restricciones físicas en personas mayores. Señale si usted considera nece-

sario, en general, aplicar una restricción física en las situaciones que se citan a continuación.

		1	2	3	4	5
1	Proteger a un anciano de: a) Caerse de la cama					
2	b) Caerse de la silla					
3	c) Deambulación insegura					
4	Evitar la deambulación errática de un anciano					
5	Evitar que un anciano coja objetos de otras personas					
6	Evitar que un anciano acceda a sitios o productos peligrosos					
7	Evitar que un anciano desorientado moleste a otros					
8	Evitar que un anciano: a) Se arranque una sonda vesical					
9	b) Se arranque la sonda de alimentación					
10	c) Se arranque un catéter endovenoso					
11	d) Manipule una herida o una sutura					
12	e) Se quite un apósito o un vendaje					
13	Proporcionar descanso a un anciano hiperactivo					
14	Proporcionarle seguridad cuando tiene las facultades mentales mermadas					
15	Sustituir la vigilancia del personal					
16	Proteger al personal o a otros pacientes de abusos físicos/agresiones					
17	Controlar la agitación					

1= Nada necesario 2= Poco necesario 3= Algo necesario 4= Bastante necesario 5= Muy necesario.