

# Trabajo Fin de Grado

Uso de sujeciones físicas en la Residencia  
Javalambre de Teruel: análisis de los residentes en  
los meses de Noviembre y Diciembre en el año  
2012.

Autor/es

Maite Ros Martínez

Director/es

Ana Castellote García

## RESUMEN

**Introducción:** el rápido envejecimiento de la población junto a las complicaciones derivadas del empleo de sujeciones físicas justifica la necesidad de realizar una revisión del número de personas que están sometidas a algún tipo de contención y cuáles son las características que le rodean.

**Objetivo:** conocer la prevalencia de uso de contenciones entre los residentes dependientes de la Residencia Javalambre de Teruel.

**Material y métodos:** es un estudio transversal descriptivo realizado desde el 1 de Noviembre hasta el 31 de Diciembre del 2012, en el que se incluyeron los residentes dependientes que aparecían en el registro de sujeciones. Se identificaron las características de los institucionalizados y de las sujeciones mediante la base de datos para gestión de residentes del IASS y del archivo de contenciones.

**Resultados:** se incluyeron 180 residentes con una mediana de edad de 88 años, el 36,7% llevaban algún tipo de medida restrictiva indicada por el médico. Se observó que el 73,3% eran mujeres y que entre las patologías más prevalentes se encontraban los trastornos cognitivos. En cuanto a las sujeciones, se obtuvo que las barandillas y el braguero eran los métodos más utilizados (97,2%, 29,44% respectivamente) y que un 33,9% de residentes llevaba aplicado dos o más sistemas de contención. Además, del total el 70,6% tomaba algún tipo de psicofármaco, encontrándose una asociación significativa ( $p<0,05$ ).

**Conclusión:** existe un porcentaje elevado en la aplicación de sujeciones físicas lo que plantea la necesidad de seguir trabajando sobre el concepto que éstas engloban para disminuir su utilización.

Palabras clave: sujeción física, trastorno cognitivo, barandillas.

## **ABSTRACT**

Introduction: the fast ageing of the population and the complications come from the use of physical restraints justify the need to make a revision of the number of people submitted to some kind of restraints, and also which the features are around them.

Objective: to know the prevalence of the use of physical restraints on dependent residents in "Javalambre" Residence in Teruel (Spain).

Material and methods: it is a descriptive transversal study made from November 1st to December 31st, 2012, in which the dependent residents who appeared in the restraint search were included. The characteristics of the institutionalized people and the restraints were identified through the database for the control of the IASS residents and the restraint search.

Results: 180 residents with a median age of 88 were included. 36.7% of them had some kind of physical restraints indicated by the doctor. It was observed that 73.3% were women and among the most prevalent diseases were the cognitive disorders. With regarding restraints, the most used methods were bedrails and gait belts (97.2%, 29.44%, respectively) and also 33.9% of residents had two or more systems of restraints. Besides, 70.6% of total took some kind of psychotropic, being found a significant association. ( $p < 0.05$ )

Conclusions: the use of physical restraints is high, which proposes the need to continue working about the concept of these restraints in order to decrease their use.

Keywords: physical restraint, cognitive disorder, bedrails.

## INTRODUCCIÓN

En España, la prevalencia en la aplicación diaria de sujeciones físicas en instituciones se sitúa en torno al 17,61%. Además, en la mayoría de ocasiones, está presente la administración de psicofármacos para controlar un comportamiento que se considera inadecuado, dando lugar a lo que se conoce como un método de sujeción química. Existen datos que indican que alrededor de un 53,31% de las personas que viven en residencias españolas toma algún tipo de fármaco psicotrópico. (1)

Se entiende como Sujeción Física a *“cualquier método, aplicado a una persona, adyacente a su cuerpo, que limita su libertad de movimientos, la actividad física, o el normal acceso a cualquier parte de su cuerpo y que no puede remover con facilidad”* (1). En este concepto, se engloban los distintos tipos de mecanismos de inmovilización, tales como los cinturones instalados en la cama, el braguero para la silla, muñequeras, etc. En principio, las barandillas no pueden considerarse sujeciones físicas conforme a la definición, ya que no son métodos aplicados “sobre o adyacentes” al cuerpo. Sin embargo, sí constituyen un método de restricción física por la relación directa con el uso de sujeciones y por la necesidad de establecer unos requisitos mínimos de seguridad en su empleo. (2) Por otro lado, se define Sujeción Química como el *“uso inadecuado de fármacos psicotrópicos para manejar o controlar una conducta inadecuada o molesta (p. e.: vagabundeo, agresividad verbal, no colaboración en los cuidados, etc.), que no tiene base en un desorden psiquiátrico diagnosticado”*. (3)

En el año 2011, la Comunidad de Navarra fue la primera comunidad autónoma de España en legislar, tanto el uso de medidas físicas como los tratamientos farmacológicos, en las residencias destinadas a personas con alguna discapacidad física y psíquica, y a la tercera edad. En ella, se dicta el derecho de los residentes a no ser sometidos a cualquier método de restricción sin previa prescripción médica, excepto en casos en los que esto

suponga un riesgo inminente para su seguridad o de los que están a su alrededor. Además, establece la necesidad de realizar una valoración individualizada por un equipo multidisciplinar, tras el consentimiento informado indicado para cada tipo de sujeción. (4, 5)

La justificación de los profesionales referida a la aplicación de métodos de sujeción física se centra en la idea de proteger al anciano a través de la mejora de su seguridad, con el control de las alteraciones de la conducta y la prevención de caídas, así como de impedir la manipulación de equipos médicos y facilitar la administración de tratamientos. (6, 7) Sin embargo, no existen estudios que muestren que el uso de estos dispositivos optimice la asistencia, pero sí que indiquen que la calidad de los cuidados y de vida de éstas empeore. (8) La explicación expuesta en diversos artículos es que, en muchas ocasiones, la indicación no sólo está relacionada con evitar los problemas ocasionados con los familiares o cuidadores como consecuencia de las caídas, sino que también se vinculan con el logro de objetivos organizativos y con disminuir los defectos en la estructura física de los espacios dedicados a la atención de los residentes. (6, 9)

Hoy en día, es conocido que el uso de sujeciones físicas en personas mayores lleva asociado una serie de complicaciones, tales como la aparición de úlceras cutáneas por presión, mayor deterioro cognitivo, incontinencia urinaria y fecal, estreñimiento, aumento de la agitación, etc. (9.10). Incluso, se han dado casos en los que se ha producido la muerte del paciente por asfixia, provocada por el deslizamiento del cuerpo a través del cinturón de contención. (11) Existen medidas alternativas válidas al empleo de sujeciones con las que se pueden evitar estos riesgos, como son el prescindir del uso de las barandillas y utilizar camas eléctricas ajustables en altura o colocar colchonetas a ambos lados; en pacientes con vagabundeo, realizar actividades físicas durante el día para intentar prevenir las alteraciones que se producen en la noche; retirada de mecanismos de

monitorización, el empleo de medicación oral o intramuscular que sustituya a la enteral, etc. (9)

Actualmente, la Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA), junto a una serie de entidades, está llevando a cabo el programa "Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer" cuyo objetivo es promover el uso racional de las sujeciones. Defiende la idea de que el uso de métodos físicos suponen un déficit de la calidad asistencial y que su empleo no evita que se produzcan caídas. De este modo, a través de la investigación, la formación y la divulgación del programa se ha conseguido que 23 residencias españolas estén acreditadas como Centros Libre de Sujeciones, es decir, centros en los que no se utiliza ningún tipo de sujeción física. (3) Esto demuestra que una reducción, incluso desaparición, del uso de métodos físicos es posible sin que se produzcan lesiones en los residentes por no usarlas y sin que sea necesario un incremento en la plantilla, ni la realización de una notable inversión económica. (12)

En España, el rápido envejecimiento de la población supone que muchas personas padezcan enfermedades crónicas y que la dependencia esté llegando a ser parte de la vida. (13) Es importante asegurar que la aplicación de dispositivos físicos se esté llevando a cabo de forma adecuada, a través de protocolos que describan en qué ocasiones y cómo se han de emplear.

## **OBJETIVOS**

El objetivo general de este estudio es conocer la prevalencia de uso de métodos de sujeción física entre los residentes dependientes de la Residencia para mayores Javalambre de Teruel.

Objetivos específicos:

- Identificar las características de los residentes sometidos a algún tipo de sujeción física, sea de manera voluntaria o por prescripción médica.
- Determinar cuáles son los métodos de inmovilización más utilizados.
- Reconocer si detrás de la implantación de un dispositivo restrictivo físico también está asociada la administración de fármacos psicotrópicos.
- Examinar los posibles efectos adversos del empleo de contención física.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Se llevo a cabo un estudio transversal descriptivo realizado en el periodo que transcurre entre el 1 de Noviembre del 2012 hasta el 31 de Diciembre de 2012 en la Residencia para Mayores Javalambre de Teruel. Se trata de una residencia de carácter público gestionada por el Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS) con una capacidad de 255 plazas para personas que pueden valerse por sí mismas, 300 plazas para dependientes y 7 de carácter temporal.

Los datos necesarios para conocer las características de los sujetos con medidas físicas se han obtenido de la base de datos informatizada para la gestión de los residentes versión 2.0-AR del IASS; y, los referentes a las sujeciones, del archivo de la terapeuta ocupacional del centro, que es la encargada de la custodia y entrega de cualquier dispositivo restrictivo, además del consejo profesional ante el planteamiento de una duda por parte del facultativo; y, del registro por planta de las contenciones.

Se incluyeron en el estudio todos aquellos sujetos que se encontraban en la zona para dependientes. Se han excluido las personas que no llevaban sujeciones, los exitus, las estancias temporales y las renunciaciones durante el periodo de análisis.

Las variables que se han analizado para establecer las características de los residentes fueron las siguientes:

- Edad: variable cuantitativa registrada a partir de la fecha de nacimiento y con fecha de corte el 31/12/2012.
- Sexo: variable cualitativa nominal dicotómica.
- Trastorno cognitivo. Dentro de esta variable se han considerado: demencia vascular, demencia tipo Alzheimer, Parkinson, de cuerpos de Lewy, esquizofrenia, síndrome confusional agudo, depresión.
- Patología osteoarticular, englobando osteoporosis, fractura de cadera o rodilla, artritis, artrosis.
- Déficit sensorial. Se incluye: ceguera, hipoacusia, hemiplejía.
- Índice de Barthel (versión original en español): este índice se obtiene asignando puntuaciones en función del grado de dependencia del sujeto en la realización de una serie de actividades básicas de la vida diaria. El rango de puntuación va de 0 (dependencia total) a 100 (independencia total) (14).
- Escala de Norton: mide la probabilidad que tiene un paciente de presentar úlceras por presión. Los criterios están relacionados con el estado físico, el estado mental, la actividad, la movilidad y el control de esfínteres. Cada uno se valora del 1 al 4, siendo 5 la mínima puntuación, 20 la máxima y 14 el punto de corte. Se consideran pacientes de riesgo a aquellos con una puntuación baja. (15)
- Administración de fármacos psicotrópicos, que engloba las categorías de ansiolíticos, antipsicóticos, antidepresivos. La



relación de ésta con la presencia de contención se realizó mediante la prueba de  $X^2$ .

En cuanto a las sujeciones, se han estudiado:

- Tipo de contención, considerando barandillas, braguero perineal, cinturón abdominal, manoplas, muñequeras, pijama cremallera, chalecos, tobilleras, sábana fantasma.
- Petición propia/ayuda técnica o prescripción médica, diferenciando entre protección o sujeción.
- Efecto adverso: se han estudiado estreñimiento, úlceras por presión e infección del tracto urinario.

Las principales herramientas utilizadas para la realización de este estudio son Microsoft Office Excel 2007 para la creación de gráficos, el programa estadístico SPSS 15.0 para el análisis de los datos y Microsoft Office Word 2007 para la redacción del trabajo.

## **RESULTADOS**

En el momento del estudio la residencia contaba con 253 residentes que estaban situados en la zona de dependientes (168 mujeres y 85 hombres). Tras aplicar los criterios de exclusión, la población final fue de 180 residentes que aparecían en el registro de sujeciones.

La mediana de edad de éstos fue de 88 años (IQ= 9 años). (Gráfica 1) Del total, el 73,3% eran mujeres siendo su mediana de 89 años (IQ= 10 años) y, el resto, hombres con una mediana de 85 años (IQ=9 años). (Gráfica 2 y 3)

Las enfermedades más prevalentes encontradas en el estudio de los métodos físicos fueron los trastornos cognitivos con un 47,8%, seguida de

la asociación de éstos con las patologías osteoarticulares, con un 22,2%. Se observó que un 4,4% no presentaba ninguna de las enfermedades consideradas. (Gráfica 4)

El grado de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria en la Escala de Barthel fue el siguiente: 65,6% con dependencia total, el 11,1% con dependencia grave, el 23,3% con dependencia moderada y el 10% con dependencia leve. (Gráfica 5)

En cuanto a los resultados obtenidos a través del análisis de los residentes con sujeciones relacionado con el Índice de Norton para la descripción del riesgo de ulceración se observó que el 38,9% presentaban un riesgo alto, mientras que el 23,3% tenían un riesgo mínimo. (Gráfica 6)

El 71,16% de los 253 residentes dependientes en el momento del estudio estaban sometidos a algún tipo de medida física, siendo el 36,7% las que se utilizan como una restricción, es decir, estaban indicadas por el médico. Si restamos al cálculo el número de pacientes cuya medida de sujeción eran las barandillas, el porcentaje del uso de estos dispositivos se reduce al 24,5%.

Analizando de forma individual cada tipo de sujeción y considerando también los casos en los que la aplicación de un dispositivo ha sido de forma voluntaria, se encontró que: las barandillas se utilizaban en el 97,2% de la población, el braguero perineal en el 29,44%, el pijama cremallera en un 7,7%, las manoplas en el 3,3%, el chaleco en un 2,2%; y, el cinturón abdominal, en un 1,1%, teniendo en cuenta que un residente puede tener más de un sistema de sujeción. No se observaron casos en los que se emplearan muñequeras, tobilleras o sábanas fantasma. (Tabla 1, 2 y 3)

En cuanto al número de sistemas de restricción por residentes, se observó que en la mayoría de los casos sólo se utilizaba un dispositivo (66,1%). Dos sistemas se asociaban en el 25,6% de los casos y 3 sistemas en el 6,7%, mientras que el porcentaje de los que utilizaban 4 medidas de sujeción estaba disminuido en un 1,7% del total.

Además, del total de los pacientes que estaban sometidos a una medida física el 70,6% tomaba algún tipo de psicofármaco. Tras el análisis, se observó que existía una relación estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ) entre la toma de fármacos psicotrópicos con la aplicación de dispositivos restrictivos con  $p = 0,016$ .

La ausencia de un registro detallado acerca de los efectos adversos derivados de las sujeciones nos impidió realizar su análisis.

## **DISCUSIÓN**

Los resultados de este estudio han permitido describir como se encuentra la situación de las sujeciones físicas en la población dependiente de la residencia de mayores Javalambre de Teruel tras la aplicación del protocolo en Junio de 2012.

Se obtuvo que la mayoría de residentes con contención eran mujeres y que entre las patologías más prevalentes estaban los trastornos cognitivos. Además se encontró que un gran porcentaje presentaba un estado de dependencia total y un riesgo alto de presentar úlceras por presión.

El predominio del sexo femenino relacionado con la aplicación de sujeciones físicas podría estar justificado por la mayor cantidad de mujeres que residen en esta zona del centro respecto al número de hombres, ya que

la esperanza de vida en España para la mujer (85,4 años) es superior a la del hombre (79,4 años). (16)

Fue llamativo el hecho de que apareciera un porcentaje de personas que no padecían ninguna de las enfermedades estudiadas, aunque esto podría ser resultado de los residentes que solicitan la aplicación de una sujeción como ayuda técnica.

Otro dato a destacar fue que la prevalencia de utilización de dispositivos a diario en la población analizada (36,7%) estaba elevado respecto al obtenido en el estudio de Burgueño et al, en el que las sujeciones se empleaban en un 17,61% (1); o, en el de Damian et al, con un 19%, aunque en este último solo se consideraban las barandillas, las muñequeras y el cinturón abdominal. (17) Las posibles causas de este resultado podrían ser la reciente implantación del protocolo para la aplicación de las contenciones, la concepción propia del personal del centro relacionada con el hecho de que se pauten unos requisitos que provoquen el planteamiento de ciertas dudas o la percepción de seguridad de los propios pacientes o familiares que sienten hacia las sujeciones.

Comparando los resultados que se han obtenido referidos al tipo de dispositivo empleado, observamos que las barandillas eran el método más utilizado seguida de mecanismos de restricción del tronco, como es el braguero perineal. A pesar de que la población del estudio de Galán et al es diferente, se observó una similitud en cuanto a las medidas que más se aplicaban. (6) Estos dispositivos son los que se encuentran más relacionados con los problemas de seguridad de los residentes por lo que es necesario concienciar al personal de lo que puede suponer su uso. Sin embargo, esos problemas no están en relación con su peligrosidad sino más bien con su elevada aplicación. (10)

En cuanto al análisis de este estudio, se hace imprescindible destacar ciertas limitaciones importantes que han podido alterar sus conclusiones. En primer lugar, el tipo de registro de los residentes con algún tipo de medida física en formato papel, existiendo la posibilidad de que se produzcan pérdidas en el transcurso desde la petición hasta la terapia ocupacional. Asimismo, hay que señalar las propias limitaciones cuando se realizó la recogida y análisis de los resultados.

El déficit de datos respecto a las complicaciones derivadas de las sujeciones plantea la posibilidad de una mejora en el protocolo de sujeción física, en el cual se incluya un anexo en el que registrarlas. Otra opción es añadir dentro de la historia clínica informatizada del residente un registro específico para estos efectos adversos. No obstante, la solución no solo sería esa, ya que en algunas ocasiones el miedo por parte del personal hacia las represarías podría dar lugar al no registro de los accidentes.

## **CONCLUSIÓN**

Existe un porcentaje elevado del empleo de sujeciones en la Residencia para mayores Javalambre de Teruel. Esto muestra que, aún tras la aplicación del protocolo, se ha de seguir trabajando para concienciar tanto al personal como a los familiares y a los residentes que lo solicitan, de que la aplicación de medidas físicas supone un riesgo importante para la salud. Disminuir la restricción requiere un cambio de actitudes y conductas por parte de los profesionales, junto con una política clara sobre su uso. Antes de someter a una persona a un método de este tipo se ha de valorar sus características personales y, si es posible, llevar a cabo el empleo de otras medidas alternativas que no produzcan consecuencias negativas. De esta forma, se podrá reducir el número de sujeciones físicas empleadas y habrá una mejora en la calidad asistencial de las personas, tanto que viven en instituciones como las que están en sus domicilios.

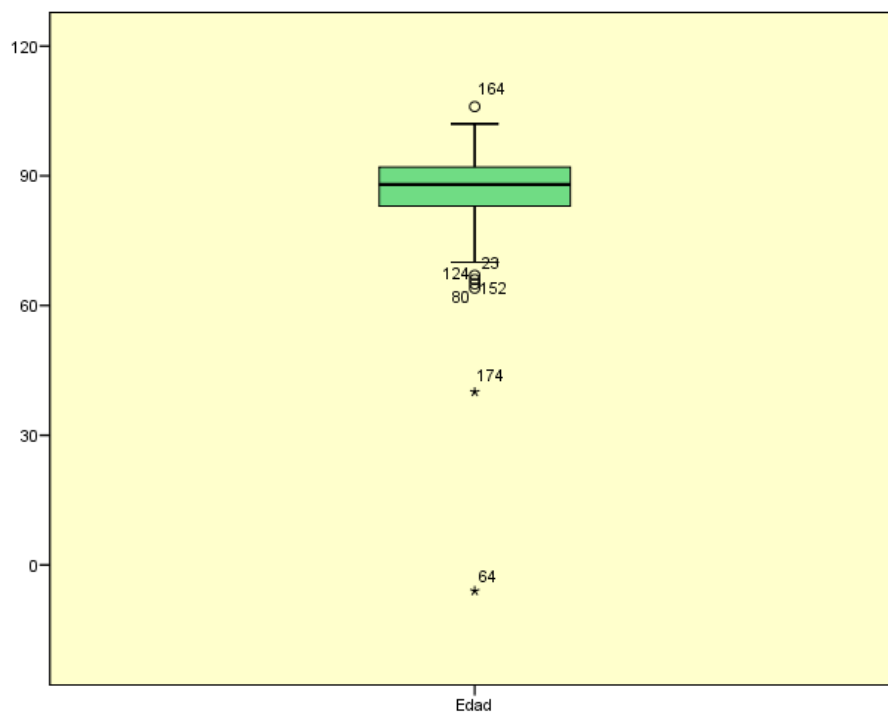
## **BIBLIOGRAFÍA**

- (1) Burgueño A, Iborra I, Martínez P, Pérez V. Prevalencia comunicada de Sujeciones físicas. Resultado de la aplicación de un sistema de información para un benchmarking anónimo entre residencias españolas. Agathos: Revista de Atención Sociosanitaria y Bienestar. 2008;(1): 4-117
- (2) García P, Beltrán JL. El uso de contenciones en el ámbito de los servicios sociales de Navarra. Revista Jurídica de Navarra. 2012; (53-54): 71-112
- (3) CEOMA.org, Programa Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer [sede web]. Madrid: CEOMA.org; 2011- [acceso 1 de mayo de 2013] Disponible en: <http://ceoma.org/alzheimer/es/programa-desatar/sujeciones>
- (4) Teijeira R, Caballín JM. Sujeciones físicas y farmacológicas: una ley pionera. Rev Esp Med Legal. 2012;38(1):3-4
- (5) Decreto Foral 221/2011, de 28 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 Navarra [consultado 5 Marzo 2013] Disponible en: [http://www.cuidadosdignos.org/blog/wp-content/nuevo//DECRETO-FORAL-221\\_2011-de-28-de-septiembre-por-el-que-se-regula-el-uso-de-sujeciones-f%C3%ADsicas-y-farmacol%C3%B3gicas-en-el-%C3%A1mbito-de-los-Servicios-Sociales-Residenciales-de-la-Comunidad-Foral-de-Navarra.pdf](http://www.cuidadosdignos.org/blog/wp-content/nuevo//DECRETO-FORAL-221_2011-de-28-de-septiembre-por-el-que-se-regula-el-uso-de-sujeciones-f%C3%ADsicas-y-farmacol%C3%B3gicas-en-el-%C3%A1mbito-de-los-Servicios-Sociales-Residenciales-de-la-Comunidad-Foral-de-Navarra.pdf)
- (6) Galán CM, Trinidad D, Ramos P, Gómez JP, Alastruey JG, Onrubia A, et al. Uso de sujeciones físicas en una población anciana ingresada en residencias públicas. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2008; 43: 208-13
- (7) Alarcón T. Uso de restricción física en el anciano en el siglo XXI. ¿Necesidad o falta de formación? Rev Esp Geriatr Gerontol. 2001; 36(1): 46-50
- (8) Evans D, Wood J, Lambert L. Patient injury and physical restraint devices: a systematic review. J Adv Nurs. 2003; 41: 274-82.
- (9) Alarcón T. Uso de restricción física en el anciano en el siglo XXI. ¿Necesidad o falta de formación? Rev Esp Geriatr Gerontol. 2001; 36(1): 46-50

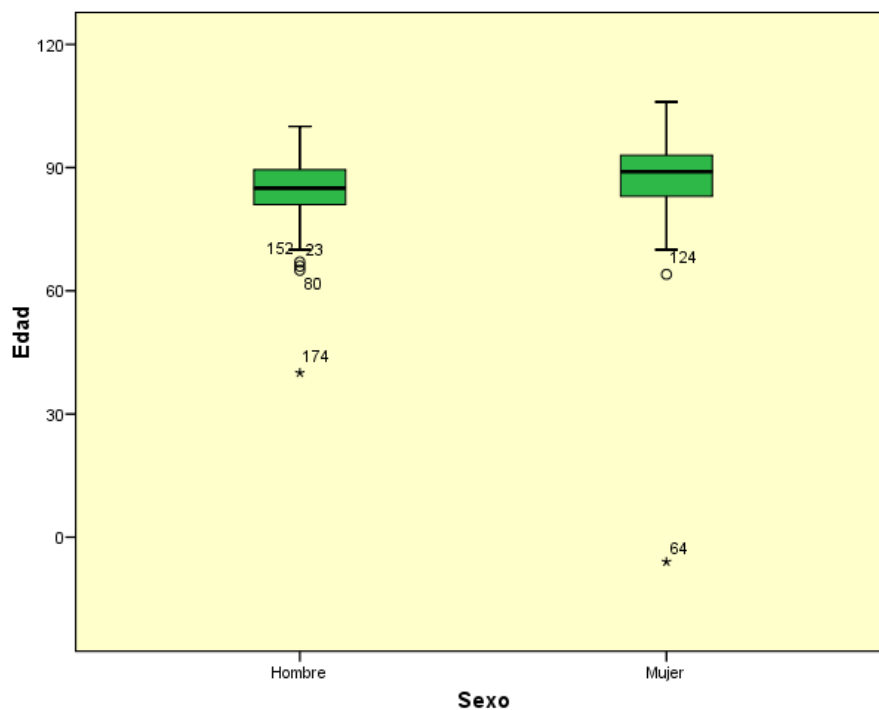
- (10) Farina-Lopez E. Problemas de seguridad relacionados con la aplicación de dispositivos de restricción física en personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2011; 46(1):36-42
- (11) Quintero-Urbe LC, Blanco-Arriola L, Zarrabeitia MT. Muertes provocadas por cinturones de contención en ancianos encamados. *Rev Esp Med Legal.* 2012; 38(1):28-31
- (12) JBI, 2002 Physical Restraint – Pt 2: Minimisation in Acute and Residential Care Facilities, Best Practise Vol 6 Iss 4, Blazkwell Publising Asia, Australia.
- (13) Abellán A, Esparza C, Castejón P, Pérez J. Epidemiología de la discapacidad y la dependencia de la vejez en España. *Gac Sanit.* 2011; 25(S):5-11
- (14) Barrero CL, García S, Ojeda A. Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. *Plasticidad y Restauración Neurológica* 2005; 4 (1-2): 81-85.
- (15) Valls C, Sanchez A, Subirana M, Cadena R, Gich I. Validez de la escala de Norton para valorar el riesgo de presentar úlceras por presión en un hospital terciario. Comparación con la escala EMINA®. *Enferm clínica (Barc).*2004; 14(6):313-7
- (16) INE.es. Instituto Nacional de Estadística [sede web Madrid: ine.es; 2013. Disponible en: <http://www.ine.es>
- (17) Damian J, Valderrama-Gama E, Rodriguez-Artalejo F, Martín-Moreno JM. Estado de salud y capacidad funcional de la población que vive en residencias de mayores en Madrid. *Gac Sanit.* 2004; 18:268-74

## ANEXOS

Gráfica 1. Mediana de edad de los residentes con sujeción.



Gráfica 2. Mediana de edad diferenciada por sexo.

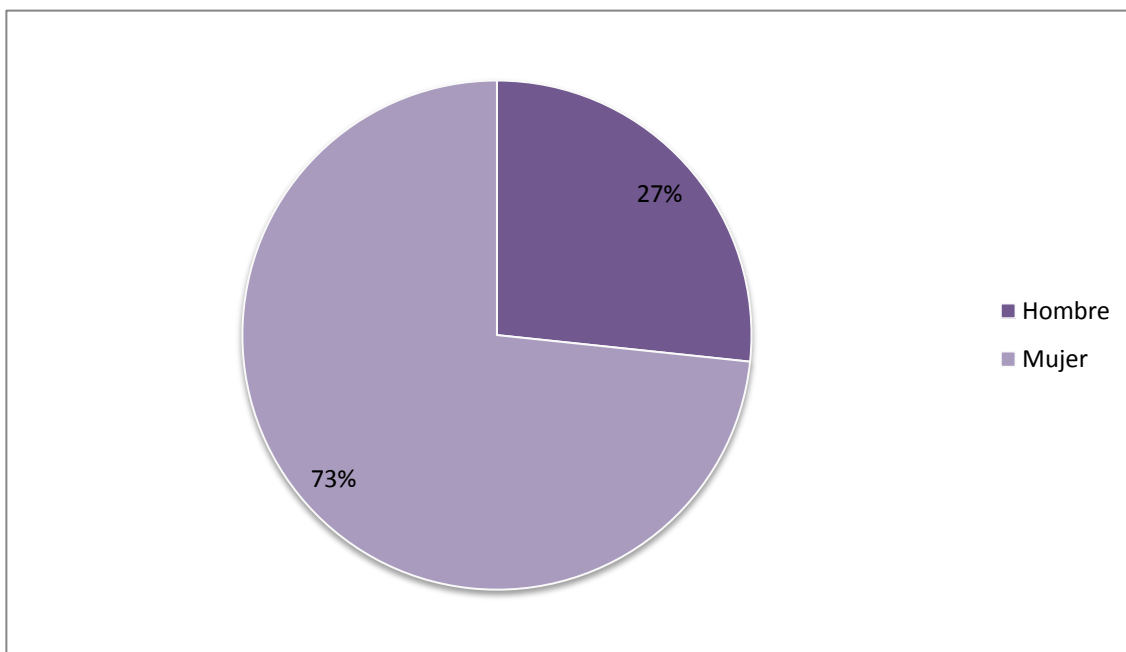




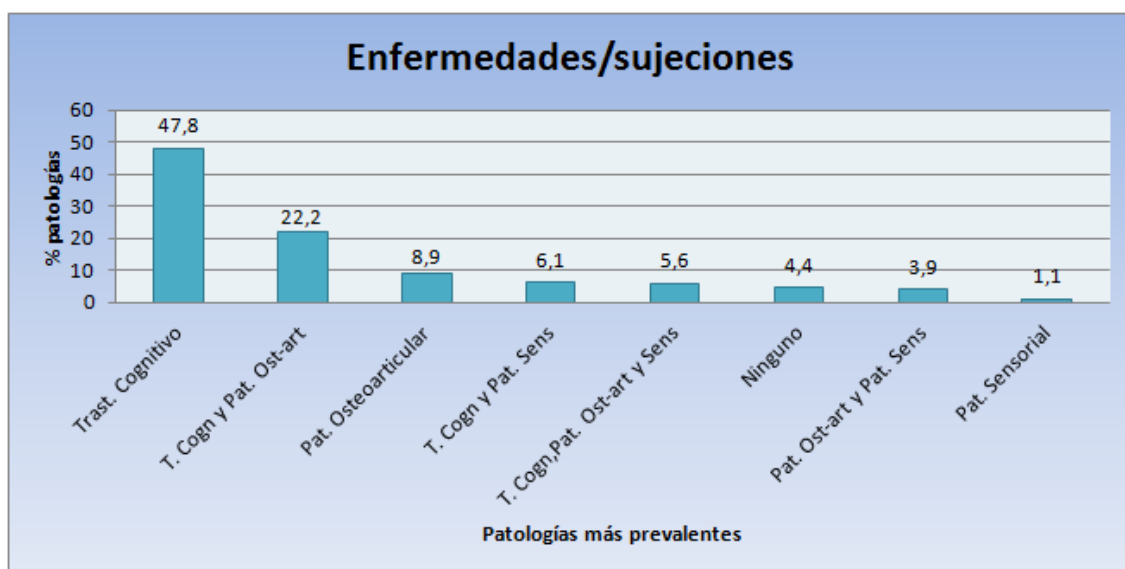
Uso de sujeciones físicas en la Residencia Javalambre de Teruel: análisis de los residentes en los meses Noviembre y Diciembre en el año 2012.

---

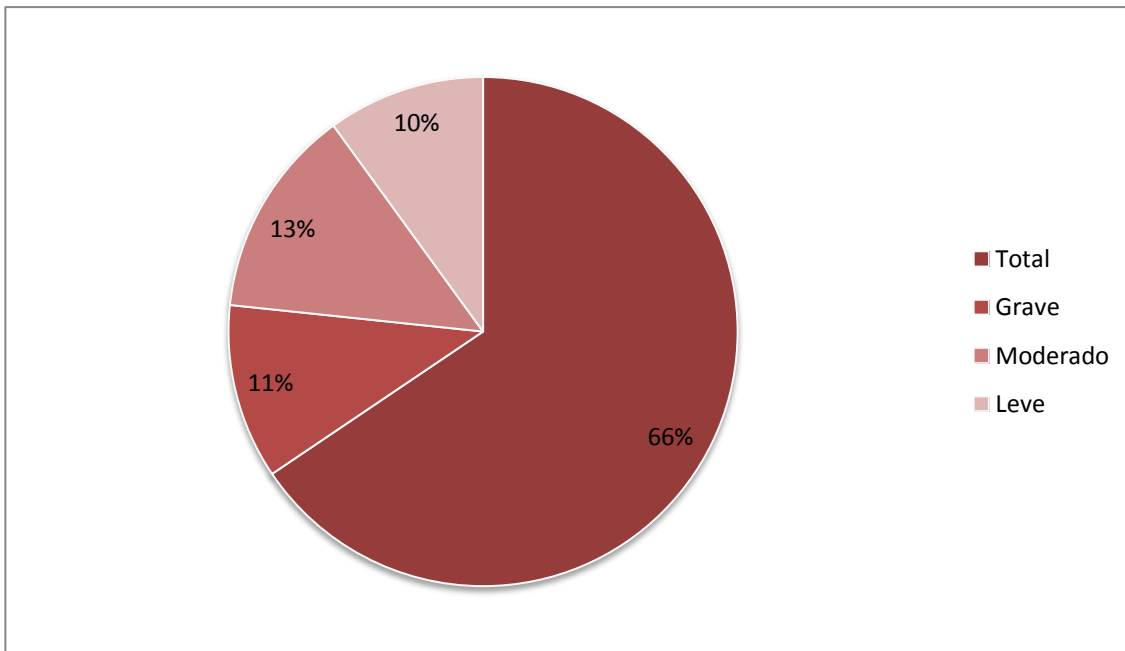
Gráfica 3. Porcentaje de los residentes con sujeción por sexo.



Gráfica 4. Prevalencia de enfermedades en relación a las sujeciones físicas.



Gráfica 5. Grado de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria.



Gráfica 6. Riesgo de ulceración según Índice de Norton.

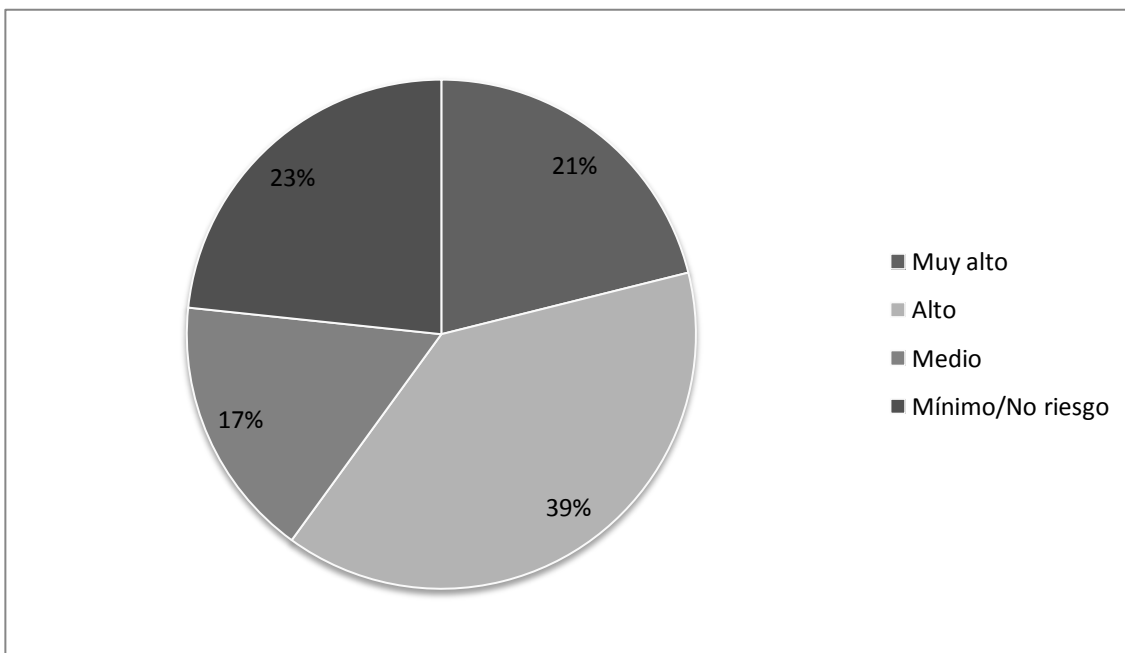


Tabla 1. Tabla de frecuencia de las barandillas.

**Medida de sujeción: barandilla**

	Frecuencia	Porcentaje
Si	175	97,2
No	5	2,8
Total	180	100

Tabla 2. Tabla de frecuencia del braguero abdominal.

**Medida de sujeción: braguero**

	Frecuencia	Porcentaje
Si	53	29,4
No	127	70,6
Total	180	100

Tabla 3. Tabla de frecuencia del pijama cremallera.

**Medida de sujeción: pijama cremallera**

	Frecuencia	Porcentaje
Si	14	7,8
No	166	92,2
Total	180	100