

**IMPACTO DE ASPECTOS ORGANIZATIVOS
SOBRE LA UTILIZACIÓN DE LA RECLUSIÓN EN
LOS PACIENTES INGRESADOS EN UN HOSPITAL
PSIQUIÁTRICO**

Director: Profesor Luis de Nicolás

Doctorando: Javier Vicandi Irazabal

INDICE

I	Agradecimientos.....	7
II	Abstract.....	8
	a) Objetivo	8
	b) Método.....	8
	c) Resultados.....	9
	d) Conclusión.....	9
III	Listado de tablas	10
IV	Listado de figuras	12
V	Listado de imágenes	13
1	CAPÍTULO 1 – ESTADO DE LA CUESTIÓN	1
1.1	Contención física – Definición	2
	1.1.1 Política y procedimiento de utilización de la reclusión – Cronsfill Hospital Center	2
1.2	Presentación de la problemática	16
1.3	Visión de la Joint Commission for the Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO) sobre la utilización de la reclusión	19
	1.3.1 Evaluación de los pacientes	22
	1.3.2 Competencias	24
	1.3.3 Definición de reclusión según la Joint Commission for the Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO).....	25
	1.3.4 Documentación.....	27
	1.3.5 Protocolos clínicos.....	28
	1.3.6 Firma de las órdenes de reclusión.....	28
	1.3.7 Duración de las órdenes y reevaluaciones.....	29
	1.3.8 Análisis de los datos sobre utilización de reclusión	31
1.4	Origen del estudio y contexto. Cronsfill Hospital Center	31
1.5	Presentación e historia de Cronsfill Hospital Center.....	32
2	CAPÍTULO 2 – PERSPECTIVA TEÓRICO-INVESTIGATIVA	¡Error!
	Marcador no definido.	
2.1	Marco conceptual	¡Error! Marcador no definido.
2.2	Revisión de la literatura.....	¡Error! Marcador no definido.
	2.2.1 Presentación preliminar y riesgo de la utilización de medidas de reclusión ¡Error! Marcador no definido.	
	2.2.2 Riesgo de daños severos o muerte en la utilización de medidas de reclusión ¡Error! Marcador no definido.	
	2.2.3 Utilización de medidas de reclusión en centros de agudos	¡Error!
	Marcador no definido.	
	2.2.3.1 Documentación sobre la utilización de reclusión ¡Error! Marcador no definido.	
	2.2.3.2 Estimaciones sobre la utilización de la reclusión en centros de agudos ¡Error! Marcador no definido.	
2.2.4	Características de los pacientes asociadas al uso de reclusión	¡Error!
	Marcador no definido.	
	2.2.4.1 La edad como predictor del uso de reclusión en pacientes ingresados ¡Error! Marcador no definido.	

2.2.4.2	Perfiles de riesgo para sufrir medidas de reclusión ..	¡Error! Marcador no definido.
2.2.4.2.1	Riesgo de caídas	¡Error! Marcador no definido.
2.2.4.2.2	Interferencia con el tratamiento establecido .	¡Error! Marcador no definido.
2.2.4.2.3	Problemas de conducta	¡Error! Marcador no definido.
2.2.4.3	Estado Mental	¡Error! Marcador no definido.
2.2.4.4	Pacientes con retraso mental.....	¡Error! Marcador no definido.
2.2.4.5	Gravedad de la enfermedad	¡Error! Marcador no definido.
2.2.4.6	Aspectos étnicos	¡Error! Marcador no definido.
2.2.4.7	Utilización de medidas de reclusión en pacientes en centros psiquiátricos.....	¡Error! Marcador no definido.
2.2.5	Aspectos generales que influyen en la utilización de medidas de reclusión	¡Error! Marcador no definido.
2.2.5.1	Tipo de centro sanitario	¡Error! Marcador no definido.
2.2.5.2	Localización del centro sanitario	¡Error! Marcador no definido.
2.2.5.3	Sobrepoblación	¡Error! Marcador no definido.
2.2.5.4	Prevención y reducción de la utilización de medidas de reclusión	¡Error! Marcador no definido.
2.2.5.5	Formación	¡Error! Marcador no definido.
2.2.5.6	Conductas agresivas y actitud del personal	¡Error! Marcador no definido.
2.2.6	Aspectos organizativos incluidos como variables en el actual estudio	¡Error! Marcador no definido.
2.2.6.1	Personal de Enfermería disponible y empleo de medidas de reclusión	¡Error! Marcador no definido.
2.2.6.1.1	Proporción de personal de enfermería con grado de diplomado y pacientes	¡Error! Marcador no definido.
2.2.6.1.2	Proporción total de personal de enfermería frente a pacientes	¡Error! Marcador no definido.
2.2.6.1.3	Porcentaje de personal de enfermería con título de diplomado respecto al total del personal de enfermería ...	¡Error! Marcador no definido.
2.2.6.2	Utilización de medidas de reclusión durante los fines de semana frente a días de labor	¡Error! Marcador no definido.
2.2.7	Aspectos legislativos relacionados con la utilización de medidas de reclusión	¡Error! Marcador no definido.
2.2.8	Resumen	¡Error! Marcador no definido.
3	CAPÍTULO 3 – ESTADO ACTUAL	¡Error! Marcador no definido.
3.1	Propósito del estudio	¡Error! Marcador no definido.
4	CAPÍTULO 4 - METODOLOGÍA.....	¡Error! Marcador no definido.
4.1	Diseño.....	¡Error! Marcador no definido.
4.1.1	Situación contextual	¡Error! Marcador no definido.
4.1.2	Características de la muestra	¡Error! Marcador no definido.
4.2	Medición de las variables	¡Error! Marcador no definido.
4.3	Procedimientos	¡Error! Marcador no definido.
4.4	Análisis de los datos	¡Error! Marcador no definido.
5	CAPÍTULO 5 – PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	¡Error! Marcador no definido.
5.1	Muestra (N=124)	¡Error! Marcador no definido.
5.1.1	Características de los pacientes	¡Error! Marcador no definido.

5.1.2	Características organizativas	¡Error! Marcador no definido.
5.1.3	Correlación bidireccional entre las variables del estudio	¡Error! Marcador no definido.
5.1.4	Modelos resultantes del análisis de las variables...	¡Error! Marcador no definido.
5.2	Resumen	¡Error! Marcador no definido.
6	CAPÍTULO 6 – DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	¡Error! Marcador no definido.
6.1	Contención física	¡Error! Marcador no definido.
6.2	Características de los pacientes	¡Error! Marcador no definido.
6.2.1	Edad	¡Error! Marcador no definido.
6.2.2	Percepción del riesgo de caída.....	¡Error! Marcador no definido.
6.2.3	Severidad del trastorno	¡Error! Marcador no definido.
6.2.4	Conducta de los pacientes y percepción de la interferencia con el tratamiento	¡Error! Marcador no definido.
6.2.5	Estado mental	¡Error! Marcador no definido.
6.3	Características organizativas	¡Error! Marcador no definido.
6.3.1	Día de la semana y personal disponible en la unidad ...	¡Error! Marcador no definido.
6.4	Previsión de estudio futuro	¡Error! Marcador no definido.
7	CAPÍTULO 7 - CONCLUSIONES.....	¡Error! Marcador no definido.
8	CAPÍTULO 8 - REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	¡Error! Marcador no definido.
9	CAPÍTULO 9 - ANEXOS.....	¡Error! Marcador no definido.
I	Agradecimientos.....	7
II	Abstract.....	8
a)	Objetivo	8
b)	Método.....	8
c)	Resultados.....	9
d)	Conclusión.....	9
III	Listado de tablas	10
IV	Listado de figuras	12
V	Listado de imágenes	13
1	CAPÍTULO 1 – ESTADO DE LA CUESTIÓN	1
1.1	Contención física – Definición	2
1.1.1	Política y procedimiento de utilización de la reclusión – Cronsfill Hospital Center	2
1.2	Presentación de la problemática	16
1.3	Visión de la Joint Commission for the Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO) sobre la utilización de la reclusión	19
1.3.1	Evaluación de los pacientes	22
1.3.2	Competencias	24
1.3.3	Definición de reclusión según la Joint Commission for the Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO).....	25
1.3.4	Documentación.....	27
1.3.5	Protocolos clínicos.....	28
1.3.6	Firma de las órdenes de reclusión.....	28
1.3.7	Duración de las órdenes y reevaluaciones.....	29

1.3.8	Análisis de los datos sobre utilización de reclusión	31
1.4	Origen del estudio y contexto. Cronsfill Hospital Center	31
1.5	Presentación e historia de Cronsfill Hospital Center.....	32
2	CAPÍTULO 2 – PERSPECTIVA TEÓRICO-INVESTIGATIVA	¡Error!
	Marcador no definido.	
2.1	Marco conceptual	¡Error! Marcador no definido.
2.2	Revisión de la literatura.....	¡Error! Marcador no definido.
2.2.1	Presentación preliminar y riesgo de la utilización de medidas de reclusión	¡Error! Marcador no definido.
2.2.2	Riesgo de daños severos o muerte en la utilización de medidas de reclusión	¡Error! Marcador no definido.
2.2.3	Utilización de medidas de reclusión en centros de agudos	¡Error!
	Marcador no definido.	
2.2.3.1	Documentación sobre la utilización de reclusión;	¡Error! Marcador no definido.
2.2.3.2	Estimaciones sobre la utilización de la reclusión en centros de agudos	¡Error! Marcador no definido.
2.2.4	Características de los pacientes asociadas al uso de reclusión	¡Error!
	Marcador no definido.	
2.2.4.1	La edad como predictor del uso de reclusión en pacientes ingresados	¡Error! Marcador no definido.
2.2.4.2	Perfiles de riesgo para sufrir medidas de reclusión ..;	¡Error! Marcador no definido.
2.2.4.2.1	Riesgo de caídas	¡Error! Marcador no definido.
2.2.4.2.2	Interferencia con el tratamiento establecido. ;	¡Error! Marcador no definido.
2.2.4.2.3	Problemas de conducta	¡Error! Marcador no definido.
2.2.4.3	Estado Mental	¡Error! Marcador no definido.
2.2.4.4	Pacientes con retraso mental.....	¡Error! Marcador no definido.
2.2.4.5	Gravedad de la enfermedad	¡Error! Marcador no definido.
2.2.4.6	Aspectos étnicos	¡Error! Marcador no definido.
2.2.4.7	Utilización de medidas de reclusión en pacientes en centros psiquiátricos.....	¡Error! Marcador no definido.
2.2.5	Aspectos generales que influyen en la utilización de medidas de reclusión	¡Error! Marcador no definido.
2.2.5.1	Tipo de centro sanitario	¡Error! Marcador no definido.
2.2.5.2	Localización del centro sanitario.....	¡Error! Marcador no definido.
2.2.5.3	Sobrepoblación	¡Error! Marcador no definido.
2.2.5.4	Prevención y reducción de la utilización de medidas de reclusión	¡Error! Marcador no definido.
2.2.5.5	Formación.....	¡Error! Marcador no definido.
2.2.5.6	Conductas agresivas y actitud del personal	¡Error! Marcador no definido.
2.2.6	Aspectos organizativos incluidos como variables en el actual estudio	¡Error! Marcador no definido.
2.2.6.1	Personal de Enfermería disponible y empleo de medidas de reclusión	¡Error! Marcador no definido.
2.2.6.1.1	Proporción de personal de enfermería con grado de diplomado y pacientes	¡Error! Marcador no definido.

2.2.6.1.2	Proporción total de personal de enfermería frente a pacientes ¡Error! Marcador no definido.
2.2.6.1.3	Porcentaje de personal de enfermería con título de diplomado respecto al total del personal de enfermería ... ¡Error! Marcador no definido.
2.2.6.2	Utilización de medidas de reclusión durante los fines de semana frente a días de labor ¡Error! Marcador no definido.
2.2.7	Aspectos legislativos relacionados con la utilización de medidas de reclusión ¡Error! Marcador no definido.
2.2.8	Resumen ¡Error! Marcador no definido.
3	CAPÍTULO 3 – ESTADO ACTUAL ¡Error! Marcador no definido.
3.1	Propósito del estudio ¡Error! Marcador no definido.
4	CAPÍTULO 4 - METODOLOGÍA..... ¡Error! Marcador no definido.
4.1	Diseño..... ¡Error! Marcador no definido.
4.1.1	Situación contextual ¡Error! Marcador no definido.
4.1.2	Características de la muestra ¡Error! Marcador no definido.
4.2	Medición de las variables ¡Error! Marcador no definido.
4.3	Procedimientos ¡Error! Marcador no definido.
4.4	Análisis de los datos ¡Error! Marcador no definido.
5	CAPÍTULO 5 – PRESENTACIÓN DE RESULTADOS ¡Error! Marcador no definido.
5.1	Muestra (N=124) ¡Error! Marcador no definido.
5.1.1	Características de los pacientes ¡Error! Marcador no definido.
5.1.2	Características organizativas ¡Error! Marcador no definido.
5.1.3	Correlación bidireccional entre las variables del estudio ¡Error! Marcador no definido.
5.1.4	Modelos resultantes del análisis de las variables... ¡Error! Marcador no definido.
5.2	Resumen ¡Error! Marcador no definido.
6	CAPÍTULO 6 – DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS ¡Error! Marcador no definido.
6.1	Contención física ¡Error! Marcador no definido.
6.2	Características de los pacientes ¡Error! Marcador no definido.
6.2.1	Edad ¡Error! Marcador no definido.
6.2.2	Percepción del riesgo de caída..... ¡Error! Marcador no definido.
6.2.3	Severidad del trastorno ¡Error! Marcador no definido.
6.2.4	Conducta de los pacientes y percepción de la interferencia con el tratamiento ¡Error! Marcador no definido.
6.2.5	Estado mental ¡Error! Marcador no definido.
6.3	Características organizativas ¡Error! Marcador no definido.
6.3.1	Día de la semana y personal disponible en la unidad ... ¡Error! Marcador no definido.
6.4	Previsión de estudio futuro ¡Error! Marcador no definido.
7	CAPÍTULO 7 - CONCLUSIONES..... ¡Error! Marcador no definido.
8	CAPÍTULO 8 - REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS ¡Error! Marcador no definido.
9	CAPÍTULO 9 - ANEXOS ¡Error! Marcador no definido.

I Agradecimientos

Son muchas las personas a las que tengo que agradecer que haya podido llevar a cabo este estudio.

Todos los trabajadores de Cronsfill Hospital Center me dieron su apoyo durante los años en los que viví en una de las casas del campus del propio hospital, ayudándome a sentirme siempre uno más. En particular, aprendí mucho de todos los trabajadores del departamento de “Performance Improvement”, especialmente de su Director; Paul Lurz. Fue él quien hizo todos los trámites burocráticos para que me concedieran el visado de trabajo para tres años tras el primer año como becario, llegando incluso a contactar con la oficina de un congresista para asegurar que la solicitud fuera aprobada. Además, me ha llevado de la mano en este trabajo. Por esta razón, dedico este trabajo a sus dos nietos Abigail y Danny; que son su gran alegría ahora que se ha retirado. Le deseo además mucha suerte en el proyecto con personas discapacitadas del condado de Anne Arundel en el que se ha embarcado.

Muchas gracias a la Universidad de Deusto por ofrecerme la oportunidad inicial de formarme durante un año en un hospital psiquiátrico de Estados Unidos.

Estoy agradecido a todas las personas que me han animado a no dejar de lado este trabajo ya que gracias a ellos, al cabo de varios años, al fin puedo presentarlo.

Por último, quiero mencionar a las marmotas que tenían sus madrigueras en el campus del hospital. Esos animalitos tan tranquilo y extraños que compartían mi jardín, me enseñaron a tomarme las cosas a su estilo, con mucha calma.

II Abstract

Los pacientes ingresados en las unidades geriátricas de Cronsfill Hospital Center son particularmente vulnerables a sufrir episodios de reclusión durante su hospitalización. En la década de los años 90, las agencias federales de Estados Unidos y las asociaciones profesionales defendieron la necesidad de reducir o incluso eliminar el uso de la reclusión de pacientes durante los ingresos hospitalarios.

La baja disponibilidad de personal cualificado en los centros sanitarios ha sido un tema recurrentemente ligado al uso de la reclusión de los pacientes en la literatura científica. A pesar de esa frecuente relación, en muy escasas ocasiones se ha comprobado la relación existente entre estos aspectos organizativos (disponibilidad de personal altamente cualificado) y el empleo de la reclusión en los centros sanitarios.

a) Objetivo

Así pues, el objetivo del presente estudio es analizar el impacto de aspectos organizativos sobre la utilización de la reclusión en los pacientes ingresados en unidades del hospital. Para llevar a cabo el análisis se han utilizado datos obtenidos tras la implantación de un programa de formación para reducir la utilización de la reclusión de los pacientes en Cronsfill Hospital Center.

b) Método

Tras evaluar los datos obtenidos durante el periodo del estudio, se presentan 3 modelos para relacionar la organización de cada unidad (días de la semana, proporción entre pacientes y personal con título de diplomado y porcentaje del personal con título de diplomado sobre el total del personal) con la utilización de la reclusión para 124 pacientes con un total de 577 días de estancia total.

En el estudio se controlaron la intervención de enfermería tras la formación recibida en control de pacientes y redireccionamiento verbal de sus conductas agresivas (como alternativa a la utilización de medidas de reclusión) llevada a cabo dentro del programa de reducción de reclusión física, la edad de los pacientes así como sus

características individuales (todas las cuales aumentan las probabilidades de episodios de reclusión) y se tuvo en cuenta los días de fin de semana como elemento de organización (cuando hay menor personal en las unidades) como característica que aumenta significativamente la probabilidad de que los pacientes sufran episodios de reclusión.

c) Resultados

- a) Relación entre día de fin de semana y proporción entre pacientes y personal con título de diplomado en la utilización de reclusión de pacientes: P: 1,46; 95%; CI: 1,57; 2,84; $p=0,0001$
- b) Relación entre día de fin de semana y porcentaje de personal con título de diplomado sobre el total del personal de enfermería en la utilización de reclusión de pacientes: P: 1,71; 95%; CI: 1,72; 2,32; $p=0,0001$

d) Conclusión

Como elemento clave, este estudio sugiere que la organización establecida en las unidades de un hospital psiquiátrico durante los fines de semana, así como las características particulares de los pacientes (la habilidad para moverse, capacidad de hablar en inglés, estado cognitivo, estado físico o estado anímico) pueden ser variables estrechamente relacionadas y frecuentemente minusvaloradas en la utilización de reclusión en los pacientes ingresados en unidades de un hospital psiquiátrico.

III Listado de tablas

[Tabla 1. Revisión preliminar de la literatura](#).....Pág.

¡Error! Marcador no definido.

¡Error! No se encuentra el origen de la referencia. Pág.

¡Error! Marcador no definido.

[Tabla 3. Resumen estudio Way et al., \(1990\)](#)..... Pág.

¡Error! Marcador no definido.

[Tabla 4. Características de los pacientes ingresados incluidos en estudio \(N=174\) \[1\]](#).....Pág.

¡Error! Marcador no definido.

[Tabla 5. Características de los pacientes ingresados incluidos en estudio \(N=174\) \[2\]](#).....Pág.

¡Error! Marcador no definido.

[Tabla 6. Características organizativas \(N=1085\) \[1\]](#).....Pág.

¡Error! Marcador no definido.

[Tabla 7. Características organizativas \(N=1085\) \[2\]](#).....Pág.

¡Error! Marcador no definido.

[Tabla 8. Matriz de correlación de las variables incluidas en el estudio \(N= 174; 1085\)](#).....Pág.

¡Error! Marcador no definido.

[Tabla 9. Modelo A: Parámetros predictores del uso de medidas de reclusión calculando el personal disponible según personal total de enfermería frente a total de pacientes](#).....Pág.

¡Error! Marcador no definido.

Tabla 10. Modelo B: Parámetros predictores del uso de medidas de reclusión calculando el personal disponible según el personal de enfermería con grado de diplomado frente a total de pacientes.....Pág.
¡Error! Marcador no definido..

Tabla 11. Modelo C: Parámetros predictores del uso de medidas de reclusión calculando el personal disponible según el personal de enfermería que ofrece cuidados directos frente a total de pacientes.....Pág.
¡Error! Marcador no definido..

Tabla 12. Comparativa de los 3 modelos y de las características asociadas a la utilización de medidas de reclusión en pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico (N = 174; 1085 días).....Pág.
¡Error! Marcador no definido..

IV Listado de figuras

[Figura 1. Modelo de calidad en sanidad centrado en resultados](#).....Pág.
¡Error! Marcador no definido.

[Figura 2. Modelo conceptual del estudio](#).....Pág.
¡Error! Marcador no definido.

¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.....
Pág. ¡Error! Marcador no definido.

¡Error! No se encuentra el origen de la referencia..... *Pág. ¡Error!*
Marcador no definido.

¡Error! No se encuentra el origen de la referencia..... *Pág. ¡Error!*
Marcador no definido.

V Listado de imágenes

Imagen 1. Construcción de Cronsfill Hospital Center.....Pág. 32

Imagen 2. Fotografía de una unidad durante los años 50.....Pág. 33

Imagen 3. Entrada principal. Año 2004.....Pág. 35

**CAPÍTULO 1 –
ESTADO DE LA
CUESTIÓN**

1.1 Contención física – Definición

A objeto del presente estudio, se define “Contención física” como *la utilización de dispositivos o artilugios con el propósito de limitar los movimientos de los pacientes y el acceso a su cuerpo con el propósito de prevenir que se cause daño a si mismo o a otros.*

Es necesario destacar que la definición utilizada para el presente estudio excluye expresamente la utilización de fármacos con fines de reclusión. El motivo de ello es que esta definición se corresponde exactamente con la utilizada por el hospital en el que se obtuvieron los datos empleados en el presente estudio. Así mismo, esta definición se alineaba con las definiciones realizadas por las agencias sanitarias federales de Estados Unidos Health Care Financing Agency (HCFA) y las agencias acreditadoras Joint Commission for the Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO).

Con el fin de evitar cualquier confusión en el concepto de “Contención física” utilizado para realizar el presente estudio, a continuación se transcribe literalmente el procedimiento (policy & procedure) sobre la utilización de medidas de contención vigente en el hospital durante el periodo en el que se llevó a cabo el estudio. Dicho procedimiento era de obligado cumplimiento por todo el personal y en él se detalla lo que se entiende por reclusión, quiénes la deben realizar y cómo lo deben realizar entre otras cosas.

1.1.1 Política y procedimiento de utilización de la reclusión – Cronsfill Hospital Center

Número	CL06
Departamento	
Capítulo	Clínico
Título	Procedimiento para utilización de medidas de reclusión
Fecha efectivo	16 noviembre 1999
Revisado	

OBJETIVO: Ofrecer pautas para utilizar medidas de reclusión.

RESULTADO DESEADO: El paciente recuperará el autocontrol sobre sí mismo dejando de realizar la conducta que precipitó la utilización de medidas de reclusión y será capaz de verbalizar que no se autolesionará o atacará a otros.

REFERENCIAS:

- (1) Code of Maryland Regulations (*COMAR*)
- (2) Estándares de la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (*JCAHO*)
- (3) Health Care Financing Agency (*HCFA*)

DEFINICIONES:

- A. Contención física: La utilización de dispositivos o artilugios con el propósito de limitar los movimientos de los pacientes y el acceso a su cuerpo con el propósito de prevenir que se cause daño a sí mismo o a otros.
- B. Categorías de reclusión: Las siguientes son categorías de reclusión son las aprobadas y autorizadas:
 - 1) Contención física en 4 puntos (muñeca/tobillo)
 - 2) Contención física en 2 puntos (muñeca/tobillo)
 - 3) Contención física de 4 puntos en la cama
 - 4) Contención física ambulatoria con correas en muñeca y cintura
 - 5) Contención física con correas en los tobillos
- C. Situación de emergencia: Cualquier situación en la que la conducta de un paciente representa un peligro serio e inminente para la seguridad de sí mismo y los demás.
- D. Visión completa: Monitorización visual sin ningún tipo de barrera del paciente en reclusión por el personal asignado.

APPLICABLE A: Todo el personal clínico del hospital.

POLÍTICA:

- a) Es política de Cronsfill Hospital Center que los pacientes pueden ser puestos en reclusión siguiendo los procedimientos para ello establecidos por el hospital, los estándares de la Joint Commission for the Accreditation of Health Care Accreditations (JCAHO) y la legislación vigente. En caso de que existan discrepancias entre las políticas del hospital y la legislación vigente se aplicará siempre la más estricta de ambas.
- b) El personal no utilizará nunca medidas de reclusión para su conveniencia o como forma de castigo. Todos los episodios de reclusión se realizarán de forma segura, humana y efectiva sin intención de dañar o generar falta de confort a los pacientes.
- c) Sólo está permitido utilizar medidas de reclusión en situaciones de emergencia, cuando exista riesgo inminente de que un paciente se autolesione o agrede a otros o al personal. Siempre se intentará otras alternativas y sólo se recurrirá a la intervención física a menos que existan riesgos que así lo justifiquen.
- d) En los casos en los que el paciente haya dado consentimiento para mantener informada a su familia sobre los cuidados que recibe, el personal comunicará inmediatamente a la familia cada episodio de reclusión.
- e) Las órdenes de reclusión tendrán una duración máxima de cuatro (4) horas.
- f) Aquellos pacientes que presentan un historial de abusos sexuales o físicos, se prestará especial atención a los riesgos psicológicos existentes durante el episodio.
- g) El Director Médico, el Director de Enfermería y el Director de Formación se asegurarán de comunicar la filosofía sobre la utilización de medidas de reclusión a todo el personal con responsabilidad de ofrecer cuidados directos a los pacientes.

PROCEDIMIENTOS:

- a. La utilización de medidas de reclusión **se limitará a:**

1. Prevenir las conductas agresivas o destructivas de los pacientes
 - i. Amenaza para si mismo
 - ii. Amenaza para otros pacientes
 - iii. Amenaza para el personal
 - iv. Conducta autolesiva
 - v. Conducta agresiva con otros pacientes
 - vi. Conducta agresiva con el personal
 - vii. Evacuación de emergencia de los pacientes (*sólo reclusión muñeca/cintura*)

- b. Derechos de los pacientes** y reclusión. El paciente tiene derecho a que antes de ser puesto en reclusión el personal le ayude a retomar el control de sus conductas a través de intentar:
 1. Intervenciones menos restrictivas
 - i. Intervención verbal para reconducir al paciente
 - ii. Caminar con el paciente a otras áreas
 - iii. Intermediar en las disputas
 - iv. Ofreciendo el aislamiento temporal en una habitación

 2. Ofrecer medicación que no requiera orden médica (sólo vía oral)
 3. Se ofrecerá medicación (vía intramuscular) que no requiera orden médica si el paciente rechaza la medicación vía oral y es un peligro para sí mismo o los otros.
 4. Siempre que sea posible se utilizarán las intervenciones menos restrictivas que no incluyan limitación física del paciente antes de recurrir a la reclusión
 5. Documentación específica:
 - i. El personal de enfermería con grado de diplomado (Registered Nurse [RN]) registrará y tomará nota de todo lo ocurrido durante el episodio de reclusión en el historial del paciente.
 - ii. Las notas incluirán lo siguiente:
 1. Descripción de la conducta desencadenante
 2. Intervenciones realizadas para prevenir el tener que recurrir a la reclusión
 3. Resultados de las intervenciones realizadas

4. Resultado del episodio de reclusión

- iii. Se recogen notas específicas en el historial sobre la monitorización realizada a los pacientes mientras estén en reclusión

c. Obligaciones del personal médico:

1. El personal médico debe ver y evaluar la necesidad de utilizar medidas de reclusión antes de transcurrir una (1) hora desde el inicio del episodio.
2. El personal de Enfermería con título de diplomado (RN) estará habilitado, cuando no haya personal médico disponible, para evaluar el estado de los pacientes y ordenar la utilización de medidas de reclusión en situaciones de emergencia.
3. El personal médico:
 - i. Redactará las órdenes de utilización de medidas de reclusión explicitando los dispositivos a utilizar. Dichas órdenes quedarán archivadas en el historial clínico de los pacientes.
 - ii. Cada orden de utilización de medidas de reclusión no podrá exceder las cuatro (4) horas.
 - iii. En caso de que no sea posible redactar la orden inmediatamente, el personal médico dará una orden verbal al personal de enfermería. Esta orden verbal quedará igualmente archivada en el historial clínico del paciente.
 - iv. En caso de tratarse de una orden verbal, ésta deberá ser firmada antes de transcurrir una (1) hora desde el inicio del episodio.
4. Antes de transcurrir una (1) hora desde el inicio del episodio, el personal médico deberá evaluar el estado del paciente y determinar si procede que continúe en reclusión.
5. En caso de que el paciente esté en reclusión durante más de cuatro (4) horas, el personal médico deberá reevaluar su estado tras cada episodio y la necesidad de prolongar su utilización. Esta reevaluación deberá realizarse cada cuatro (4) horas. Cada reevaluación realizada por el personal médico quedará registrada en el historial clínico del paciente.
6. La familia del paciente que sufre medidas de reclusión será mantenida informada convenientemente de su situación.

7. Cuando ocurran múltiples episodios de reclusión, (2 o más episodios de cualquier duración en menos de 12 horas) el Director Médico será informado de dicha situación.

8. En caso de que un paciente esté en reclusión de forma ininterrumpida durante veinticuatro (24) horas o más, el Director médico será informado, deberá revisar el caso y aprobar la continuación en caso de que proceda. Dicha revisión deberá hacerse cada veinticuatro (24) horas.

d. Obligaciones del personal de enfermería:

1. En las situaciones de emergencia, en las que el personal médico no está disponible inmediatamente, el personal de enfermería con título de diplomado evaluará la situación y en caso de que proceda autorizará la utilización de medidas de reclusión de emergencia durante un máximo de una (1) hora.

2. El personal de enfermería con título de diplomado:

- i. Realizará una evaluación del paciente para determinar que es apropiado utilizar medidas de reclusión y analizará las posibles contraindicaciones en cada caso. Para ello tendrá en cuenta la condición médica del paciente, posibles limitaciones físicas y la existencia de un historial de abusos físicos o sexuales.
- ii. Deberá determinar el personal necesario para colocar a cada paciente en reclusión, siempre garantizando la seguridad del propio paciente y el resto del personal involucrado.
- iii. Explicará en cada caso al paciente las razones (conductas) por las que es puesto en reclusión y lo que se espera para dejar de aplicar dichas medidas.
- iv. Contactar con un médico para obtener una orden (verbal o escrita) para utilizar medidas de reclusión antes de que transcurra una (1) hora desde el inicio de cada episodio de reclusión.
- v. Evaluará al paciente mientras está en reclusión para garantizar que se cubren todas sus necesidades médicas.
- vi. Evaluar al paciente en reclusión cada dos (2) horas para determinar la necesidad de continuar con las medidas. Estas evaluaciones quedarán

documentadas en el historial clínico de cada paciente en el formulario de observación de enfermería utilizado para los casos de reclusión.

- vii. Tendrá la responsabilidad para que cada paciente sea adecuadamente monitorizado durante cada episodio y que ello quede correctamente documentado en el historial clínico.
- viii. Mantener informado al Coordinado de Enfermería sobre cada episodio y la respuesta de cada paciente.
- ix. El Coordinador de Enfermería mantendrá informado al Director Médico tal como se describe en los puntos c 7 y c.8 del presente documento.

e. Procedimiento de utilización de medidas de reclusión:

1. Los pacientes serán puestos en medidas de reclusión en los lugares específicamente preparados para tal fin y alejados del resto de pacientes. Únicamente serán mantenidos junto con el resto de pacientes en caso de que el método de reclusión utilizado sea ambulatoria con correas en muñeca y cintura o con correas en los tobillos.
2. Antes de comenzar la reclusión, para garantizar la seguridad de cada paciente, el personal deberá inspeccionar todos los dispositivos y artilugios que se van a utilizar.
3. Se le explicará al paciente que se van a utilizar medidas de reclusión para que recupere el control de su conducta. Se solicitará su cooperación durante todo el proceso.
4. El personal mínimo de enfermería que intervendrá en el proceso de colocar o retirar a un paciente de reclusión será de dos (2).
5. Mientras esté garantizada la seguridad del paciente, estará autorizado a mantener todas sus ropas y pertenencias durante la reclusión. Sólo el personal médico o de enfermería con título de diplomado podrá determinar que algo no garantiza la seguridad del paciente.

- i. Todos los objetos potencialmente peligrosos tales como zapatos, bisutería, bufandas o cinturones serán retirados antes de proceder a la reclusión del paciente
 - ii. Mientras sea posible y para mantener la dignidad del paciente se evitará vestirlo con el pijama del hospital, a menos que el personal de enfermería con título de diplomado así lo considere para garantizar la seguridad del paciente. En ese caso, será necesario que redacte en el historial clínico del paciente la justificación clínica existente para tomar tal decisión.
- 6.** En el *Manual Clínico de Enfermería* se especificarán los procedimientos específicos a aplicar para utilizar medidas de reclusión. Todo el personal deberá aplicarlos sin excepción.
- 7.** Tras iniciarse el episodio de reclusión, el personal inspeccionará los dispositivos y artilugios empleados para garantizar su correcta aplicación y la seguridad del paciente.
- 8.** Tras iniciarse el episodio de reclusión, el paciente permanecerá en todo momento monitorizado por el personal asignado en visión completa.
- 9.** Cada quince (15) minutos se documentará el estado del paciente en las hojas de enfermería específicamente diseñadas para tal fin y que se guardarán en el historial clínico del paciente.
- 10.** El personal médico o de enfermería con título de diplomado interactuará al menos una vez cada hora con el paciente. Dicha interacción quedará registrada en el historial clínico.
- 11.** Durante la observación del paciente se prestará especial atención a las necesidades del paciente en cuanto a alimentación, ingesta de líquidos o ir al servicio.
- i. Se observará la movilidad del paciente al menos una vez cada dos (2) horas.
 - ii. Se ofrecerá al paciente ir al servicio al menos una vez cada dos (2) horas.

- iii. Se ofrecerán líquidos al menos una vez cada dos (2) horas.
- iv. Las comidas se ofrecerán al paciente a las horas habituales y si come lo hará bajo supervisión de enfermería.
- v. Se realizará higiene general y bucal al menos una vez cada veinticuatro (24) horas.

12. Una vez cada treinta (30) minutos, personal de enfermería con título de diplomado, documentará en el historial clínico que:

- i. La circulación es adecuada.
- ii. La reclusión aplicada es segura para el paciente
- iii. La alineación del cuerpo es correcta.
- iv. Cualquier otro aspecto relevante.

13. Al menos cada dos (2) horas, el personal médico o de enfermería con título de diplomado evaluará al paciente puesto en reclusión para determinar si es necesario que continúe el episodio.

14. Signos vitales:

- i. A aquellos pacientes que reciban medicación intramuscular durante el episodio de reclusión se les monitorizará la presión arterial y el pulso tras transcurrir media hora de la administración del fármaco psicotrópico. Los datos obtenidos quedarán registrados en el historial clínico del paciente.
- ii. En caso de que la conducta del paciente no permita que se monitorice la presión arterial ni el pulso, esto debe quedar registrado por escrito. A continuación, se realizará al menos un (1) intento cada turno.
- iii. En caso de que un episodio de reclusión dure más de cuatro (4) horas, se monitorizará la presión arterial y el pulso al menos una (1) vez en cada turno.
- iv. En caso de que se observen alteraciones en la presión arterial o el pulso se notificará al personal médico.

15. En cada cambio del turno de enfermería, tanto el turno saliente como el entrante evaluarán y determinarán la necesidad de que el paciente continúe en reclusión. El resultado de la evaluación quedará documentando.

16. En caso de que el paciente sufra algún rasguño o daño mientras es puesto en reclusión, el personal de enfermería evaluará el estado del paciente y ofrecerá los cuidados necesarios. Todo quedará documentado en el historial.

17. En las situaciones de emergencia (código rojo) en las que se utilice reclusión ambulatoria con correas en muñeca y cintura se aplicará la política y procedimiento del hospital.

f. Documentación:

1. Cada orden de reclusión:

- i. Tendrá la fecha y la hora en la que se ordenó
- ii. Especificará el tipo de contención a aplicar
- iii. Tendrá una duración máxima de cuatro (4) horas
- iv. Describirá las conductas específicas desencadenantes del episodio
- v. Especificará las condiciones específicas a aplicar en caso de que existan
- vi. Estará firmada por el personal médico
- vii. Se redactará en las plantillas diseñadas para tal fin y se incluirá en el historial

La documentación utilizada durante los episodios de reclusión incluirá:

2. Registro en el formulario de reclusión por parte del personal de enfermería con título de diplomado sobre la evaluación, cuidados y observación realizada durante el episodio.

- i. Cada quince (15) minutos se incluirá al menos un registro en el formulario.
- ii. Se describirá la conducta del paciente cada quince (15) minutos.
- iii. Se registrará cualquier fármaco administrado al paciente, así como los resultados de la administración. El personal médico con título de enfermería, será quien valore los resultados.
- iv. Resultados de la interacción con el paciente por el personal médico o de enfermería al menos una (1) vez cada hora.

- v. El personal de enfermería valorará el estado de la circulación del paciente, la seguridad de la reclusión así como la alineación del cuerpo al menos cada treinta (30) minutos.
- vi. Acompañar al paciente al servicio cada dos (2) horas.
- vii. Ofrecimiento de líquidos al paciente al menos cada dos (2) horas.
- viii. Movimiento de todas las extremidades al menos una vez cada dos (2) horas.
- ix. Comida durante las horas habituales.
- x. Higiene general y bucal tantas veces como sea necesario.

3. Registro en las notas del historial clínico.

- i. La nota inicial en el historial debe:
 - 1. Incluir la evaluación realizada para determinar la necesidad de iniciar la reclusión
 - 2. Estar escrita por el personal médico. En caso de que se trate de una emergencia, puede ser el personal de enfermería con título de diplomado quien determine su necesidad.
- ii. La nota en el historial debe:
 - 1. Describir claramente las conductas que han desencadenado el episodio de reclusión.
 - 2. Describir de forma explícita la conducta del paciente que finalizará el episodio de reclusión.
 - 3. Describir en orden los intentos realizados para utilizar otras medidas menos restrictivas antes de recurrir a la reclusión. Deben describirse así mismo las respuestas de los pacientes a estos intentos. (intervención verbal, tiempo muerto pero entre los pacientes, observación 1 a 1 y traslado a habitación aparte).

4. Registro de de la condición directamente observable del paciente.

- i. Cualquier posible problema médico que podría exacerbarse por la situación de reclusión o poner al paciente en peligro.
- ii. En caso de que no se observen signos de problemas, daños o peligro, se hará constar en la nota que no existe contraindicación.

5. La evaluación realizada cada dos (2) horas por personal de enfermería con título de diplomado, se centrará en valorar la necesidad de mantener o no la reclusión. Esta evaluación quedará registrada en el formulario de observación de enfermería utilizado para los casos de reclusión e incluirá:

- i. La respuesta del paciente a los criterios establecidos (conductas) para finalizar la reclusión.
- ii. Justificación existente para continuar el episodio.

6. Notas de cambio de turno de enfermería. Al igual que la evaluación realizada cada dos (2) horas, estas notas se realizarán en el formulario de observación de enfermería utilizado para los casos de reclusión e incluirán:

- i. Evaluación conjunta (turno entrante y saliente) de la situación del paciente así como repaso de los criterios (conductas) establecidos para finalizar el episodio.
- ii. El nombre del personal de enfermería con título de diplomado que se incorpora al turno y la justificación para continuar el episodio.

7. Notas de finalización del episodio de reclusión. Las debe escribir personal de enfermería con título de diplomado en el formulario de observación de enfermería utilizado para los casos de reclusión e incluirán

- i. Evaluación del paciente describiendo que ha cumplido los criterios definidos para finalizar el episodio.
- ii. Planificación a seguir para incorporar al paciente al grupo.
- iii. Duración total del episodio en horas y minutos.

g. Cuidados de los dispositivos utilizados para la reclusión

1. La limpieza y mantenimiento de los dispositivos utilizados para la reclusión de los pacientes se realizará de acuerdo a las indicaciones de los fabricantes.

h. Comité para revisar la utilización de medidas de reclusión

1. El comité se reunirá periódicamente y sus funciones serán:
 - i. Revisar la utilización de medidas de reclusión

- ii. Cuando proceda, evaluar la necesidad de seguir utilizando medidas de reclusión.
- iii. Establecer e implantar un plan para eliminar la necesidad de utilizar medidas de reclusión.
- iv. Identificar a un miembro del equipo que explicará a cada paciente los potenciales riesgos así como beneficios de la utilización de medidas de reclusión.

i. Reunión con el paciente tras el episodio de reclusión

1. El paciente, un familiar (siempre que sea posible) y el personal que intervino en el episodio de reclusión participarán en una reunión tras el episodio de reclusión.
 - i. La reunión se realizará lo antes posible y nunca más tarde de 24 horas tras finalizar el episodio a tratar.
2. La información obtenida en estas reuniones se utilizará para las actividades de mejora realizadas en el hospital.
3. Las perspectivas de los pacientes se incorporarán al plan de formación del personal con el fin de que se comprendan mejor todos los aspectos implicados.

j. Formación y capacitación del personal

1. El departamento de formación ofrecerá formación al personal para garantizar su capacitación clínica, siempre minimizando la utilización de medidas de reclusión y garantizando la seguridad de los pacientes y personal.
 - i. Todo el personal clínico está autorizado a intervenir en los episodios de reclusión.
 - ii. Todo el personal clínico está autorizado a realizar las evaluaciones cada quince (15) minutos de los pacientes en reclusión.
2. Se ofrecerá formación y capacitación:
 - i. Durante la orientación inicial de todo el personal
 - ii. Una vez al año en sesiones programadas para tal fin

3. La formación ofrecida consistirá en:
 - i. Los estándares de la JCAHO sobre la utilización de medidas de reclusión en hospitales psiquiátricos.
 - ii. Los tipos de reclusión utilizados en Crownswille Hospital Center.
4. La capacitación para aplicar medidas de reclusión se medirá según:
 - i. La realización del curso anual de formación.
 - ii. La realización satisfactoria en modo de prueba de los diferentes tipos de reclusión utilizados en Cronsfill Hospital Center.

k. Programa de mejora de la calidad

1. Todos los episodios de reclusión quedarán registrados en el informe de veinticuatro (24) horas de enfermería.
2. Todos los episodios de reclusión quedarán registrados en el informe individual de utilización de medidas de reclusión. Este informe ofrecerá datos acumulados sobre la utilización de medidas de reclusión.
3. El Director Médico revisará diariamente todos los casos de reclusión, e investigará cualquier elemento potencialmente peligroso.
4. El Director Médico y el Director de Enfermería recibirán diariamente un informe indicando los pacientes que han sufrido medidas de reclusión y la razón para ello de cada caso.
5. Cronsfill informará a la Health Care Financing Agency (HCFA) y a la Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO) en caso de que algún paciente muera mientras está en reclusión o si existe evidencia de que su utilización está relacionada con su muerte. Ambas agencias consideran esto como un Evento Centinela que requiere una profunda investigación.

l. Variaciones respecto a los estándares

1. El personal seguirá siempre fielmente los estándares descritos en esta política y procedimiento a menos que una crisis extrema justifique tal variación.
2. En caso de que suceda alguna variación, el personal deberá completar un formulario específico, el Informe de Gestión de Variaciones (Management Variances Report).

1.2 Presentación de la problemática

A finales de la década de los 80, se estimaba de forma conservadora que más de 350.000 adultos eran puestos a diario en situación de reclusión (Haper & Signori, 1989) en los centros sanitarios de Estados Unidos. En este número, no se incluyan los casos de reclusión ocurridos en centros psiquiátricos.

En otros estudios llevados a cabo en Estados Unidos a finales de los 80, se estimaba que la prevalencia de los episodios de reclusión en los centros sanitarios se situaban entre el 3,6% y el 16,5% para adultos por encima de los 65 años (Kelly, Watson, Brown, O'Sullivan, 1994).

Las consecuencias de utilizar la reclusión física con los pacientes pueden ser nefastas. Los adolescentes, así como los adultos por encima de los 65 años son particularmente vulnerables a las secuelas asociadas a la utilización de la reclusión. En diversos estudios, se ha asociado la utilización de la reclusión con un aumento de la mortalidad y morbilidad (Lofgren et al., 1989). Los eventos adversos asociados a la utilización de reclusión en los centros sanitarios incluyen la reducción o alteración de funciones físicas y psicológicas, un aumento del consumo de recursos y un aumento de la posibilidad de causar daños a los pacientes (Lofgren et al., 1989; Robinson et al., 1987; Sullivan Marx et al., 1998). La bibliografía revisada sobre utilización de medidas de reclusión en centros sanitarios no ofrece mucha información sobre muertes ocurridas, aunque dichos casos ocurren esporádicamente (Ajanah & Millar, 1991).

A lo largo de la década de los 80, la reducción del uso de la reclusión en los centros sanitarios se convirtió en un estándar perseguido por todos los centros

sanitarios, a pesar de que el uso de la reclusión en los centros sanitarios en general estaba (y continua estando) altamente regulada. Existían algunos tipos de centros en los que esta regulación no era tan estrecha, como eran los centros psiquiátricos (Mion, 1996). En la misma década de los 90, la U.S. Food and Drug Administration [FDA] y la Joint Comisión on Accreditation of Healthcare Organizations [JCAHO] comenzaron a impulsar iniciativas para eliminar el uso de medidas de reclusión en los centros sanitarios. Las primeras iniciativas y prioridades se centraron en reducir el uso de la reclusión en las unidades de agudos (Milford, Carpenente, 1996).

Como he dicho anteriormente, los pacientes adolescentes así como los de más de 65 años son particularmente vulnerables a sufrir episodios de reclusión durante los ingresos hospitalarios. El uso de la reclusión física se asocia generalmente a factores particulares de cada paciente o a factores de organización. Las características de los pacientes que aumentan la probabilidad de sufrir episodios de reclusión son los siguientes (Lurp et al., 1990; Frogley & Miller, 1986; Logan et al., 1989):

- a) Deficiencias cognitivas
- b) Problemas de conducta
- c) Capacidad física reducida
- d) Gravedad de la enfermedad
- e) Edad superior a los 70 años

Los factores de riesgo asociados a episodios de reclusión que se encuentran directamente relacionados con la administración de cuidados sanitarios son los siguientes (Baker et al., 1990; Millar et al., 1989; Aldridge et al., 1987):

- a) Evaluación del riesgo de caídas
- b) Presencia de instrumentos médicos que restringen la movilidad
- c) Administración de tranquilizantes
- d) Episodio de cirugía

Un elemento ilustrativo de la interacción entre los factores asociados a los pacientes y los factores organizativos fue el hallazgo de que alrededor del 60% de los

pacientes admitidos en los centros hospitalarios provenientes de centros residenciales para ser intervenidos de prótesis total de cadera sufrían episodios de reclusión (Spencer – Connor, 2000).

La utilización de la reclusión en los centros sanitarios no puede ser entendida sin tener en cuenta los factores organizativos asociados. Estos juegan un papel muy significativo en la utilización de la reclusión, debido a la continua interacción entre los pacientes, el sistema y el personal sanitario. En la mayoría de las ocasiones, es el personal de enfermería quien inicia los episodios de reclusión por razones de seguridad para el propio paciente (Bertrand & Ferdinand, 1997; Foster & Miller 1986; O’Celleigh, Logan, Garibald & Millford, 1990). En estudios realizados en centros sanitarios, los principales motivos mencionados como elementos iniciadores de los episodios de reclusión son el riesgo de caída, los problemas de conducta e interferencia con el tratamiento médico establecido (Baker et al., 1990; Macallister et al., 1990; Mainster et al., 1998; Whitelands et al., 1997). Estos factores son los factores de riesgo presentados anteriormente.

Existe escasa información disponible sobre la relación existente entre el personal disponible y la utilización de reclusión. MacNamara et al. (1990), dijeron que tanto el personal médico como el personal de enfermería consideran que disponer de más personal es un elemento alternativo a la utilización de reclusión. Cuando los recursos disponibles son mayores, la atención dedicada a cada paciente puede ser más adecuada, evitando la utilización de reclusión. En otro estudio realizado, tan solo el 11% del personal médico mencionó la insuficiencia de personal como la razón más frecuente para iniciar episodios de reclusión (Nelly, 2001). En otro estudio, se sugiere que es necesario aumentar el personal disponible cuando existen pacientes identificados con elevado riesgo de sufrir caídas (Roberts et al., 1987; Calver-Pontini, Maxter & Burtler, 2001).

Diversos informes revisados vienen a explicar que el personal disponible en las unidades puede ser la causa de las diferencias interinstitucionales en la utilización de la reclusión (Claver et al., 1998; Stuart et al., 1997). Sorprendentemente, comentarios recogidos entre familiares y estudiantes en prácticas que fueron entrevistados sugieren

que la falta de personal es un importante factor que contribuye a la utilización de reclusión (Gartner, Hendler & Staphens, 1999; Stwwanski, Palmer, Gravesen & Crowford, 1996).

En un estudio realizado sobre las actitudes y conocimientos del personal hospitalario sobre la utilización de la reclusión, se menciona repetidamente la falta de personal y la imposibilidad de administrar los cuidados apropiados como elementos desencadenantes de la utilización de la reclusión (O'Neill & Calver, 1997; O'Brien, 1996; Manpren, Kniffen, McCallister, Holand-Ford & Pintonete, 1996).

En diversos estudios realizados sobre el reporte de episodios de reclusión, se observa que el reporte puede estar sesgado por la hora del día en la que se realiza el registro de la información en los historiales de los pacientes. Este registro, normalmente se realiza cuando el personal disponible es mayor del habitual. Por esta razón, es posible que el reporte de episodios de reclusión este subestimado (Venton & Manchest, 1986; Winchester et al., 1997). La utilización de la reclusión durante las noches, fines de semana o festivos, cuando los niveles de personal son inferiores a lo normal y supuestamente los episodios de reclusión deberían aumentar, son raramente registrados en los historiales.

1.3 Visión de la Joint Commission for the Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO) sobre la utilización de la reclusión

La Joint Commission for the Accreditation of Health Care Organization (JCAHO) es la mayor organización no gubernamental dedicada a acreditar a los centros sanitarios en Estados Unidos. Esta organización lleva décadas acreditando a los hospitales. Para obtener la acreditación, los centros sanitarios deben cumplir con todos los estándares que la JCAHO determina. Así mismo, el gobierno federal, dispone de una agencia, llamada Health Care Financing Agency (HCFA) dedicada a regular la actividad asistencial. Esta agencia, elabora un manual de estándares que son de obligado cumplimiento para todos los centros sanitarios. El manual de estándares de la JCAHO toma como punto de partida el manual de la HCFA y lo amplía.

Los estándares de la JCAHO determinan directamente el funcionamiento de los centros sanitarios y su labor asistencial. Las agencias gubernamentales norteamericanas, vinculan fuertemente estas acreditaciones con las ayudas económicas que les conceden. Es decir, los hospitales que disponen de acreditación disponen de más financiación económica del gobierno. Esta situación, es aún más clara en los centros sanitarios públicos, como era el caso de Cronsfill Hospital Center. El hospital ha mantenido la acreditación desde que la obtuvo por primera vez a finales de la década de los sesenta.

Debido a la importancia que para el hospital tenía mantener la acreditación otorgada por la JCAHO, los estándares que esta organización establecía marcaban la asistencia ofrecida a los pacientes en todos los aspectos, incluida la utilización de medidas de reclusión. Por este motivo, en esta sección se presenta la visión que la JCAHO transmitía al hospital sobre este aspecto concreto.

La utilización de medidas de reclusión, ha sido desde 1995 y con gran diferencia la Recomendación de Tipo I realizada por los auditores de la JCAHO a los centros sanitarios evaluados. Las recomendaciones de Tipo I son aquellas para las que los centros deben implantar medidas correctoras de inmediato. Además, la JCAHO vuelve a realizar una nueva evaluación transcurridos pocos meses para asegurar que las medidas correctoras han sido implantadas.

Una gran parte de las preguntas que los auditores de la JCAHO realizaban al personal de enfermería durante las auditorías se centran en la utilización de las medidas de reclusión. Tan pronto como los auditores comienzan la auditoría, una de las primeras tareas que realizan es revisar la documentación relacionada con la reclusión. Aproximadamente, el 19% de los centros sanitarios auditados entre 1995 y 2000 recibieron recomendaciones de Tipo I porque los líderes de los centros no cumplieron todos los estándares relativos a la utilización de medidas de reclusión que se encuentran en el capítulo de “Cuidados de los pacientes” del manual de estándares de la JCAHO. Estos datos se presentan en la publicación trimestral de la Joint Commission, *Inside the Joint Commission, Type I Trends*.

¿Por qué hubo tantas Recomendaciones de Tipo I de la JCAHO a los centros sanitarios durante esos años? Los auditores de la JCAHO querían promover lo más posible la búsqueda de alternativas a la utilización de reclusión. El personal de enfermería está en la mayoría de las ocasiones en contacto directo con los pacientes y de las evaluaciones que hacen en primera instancia depende en muchas ocasiones que los pacientes sean puestos en reclusión.

En agosto de 1999, la JCAHO, lanzó un set de estándares que modificaba los vigentes hasta entonces en lo relativo a la utilización de medidas de reclusión. Hasta dicha fecha, era necesario que un médico evaluara a los pacientes puestos en medidas de reclusión antes de pasadas 24 horas desde el inicio del episodio. Es decir, el tiempo máximo permitido entre el inicio del episodio de reclusión y la evaluación de los pacientes por parte del personal médico era de 24 horas. Sin embargo, los estándares lanzados por la JCAHO en agosto de 1999 redujeron el tiempo máximo permitido a una hora. Este set de estándares fue de aplicación para todos los centros sanitarios, no únicamente para los centros psiquiátricos.

Estos estándares nuevos, se incluyeron dentro del manual de la JCAHO para la acreditación de centros sanitarios, dentro del capítulo dedicado a los cuidados de los pacientes. El objetivo de estos nuevos estándares era garantizar que el personal sanitario, en la mayoría de ocasiones el personal de enfermería, era consciente de los riesgos asociados a la utilización de medidas de reclusión y de los derechos de los pacientes. Durante la auditoría, los auditores realizaban preguntas al personal de enfermería y a los pacientes. Además, revisaban toda la documentación relativa a la utilización de medidas de reclusión, con el fin de encontrar evidencias sobre las evaluaciones y reevaluaciones realizadas a los pacientes, durante todo el tiempo que durasen los episodios de reclusión. Queda claro pues, que los auditores se centraban mucho en todos los aspectos relacionados con la utilización de medidas de reclusión y la gestión realizada por el personal de enfermería. Era absolutamente indispensable que todos los procedimientos y protocolos utilizados dentro del hospital estuvieran alineados con lo reflejado por los estándares de la JCAHO en lo relativo a la utilización de medidas de reclusión.

El personal de enfermería estaba autorizado según los estándares de la JCAHO a ordenar la utilización de medidas de reclusión en los casos en los que esto fuera necesario, sin embargo, esta orden debía ser confirmada antes de una hora por un médico que además debía evaluar al paciente. Según los estándares de la JCAHO, el personal de enfermería estaba capacitado para ordenar la utilización de medidas de reclusión cuando los pacientes supusiesen un peligro para sí mismos o para el resto. El tiempo límite de dicha orden quedaba fijado en una hora, ya que a partir de ahí y tras la revisión por parte del personal médico eran sólo ellos quienes podían mantener la utilización de medidas de reclusión. Esta situación debía quedar reflejada en la normativa y procedimientos internos del hospital. Toda la información sobre los episodios de reclusión debía quedar recogida en el historial clínico del paciente.

A continuación, se enumeran las áreas más problemáticas relacionadas con la utilización de medidas de contención mencionadas por los auditores de la JCAHO durante 1999 y el año 2000. Tras una breve introducción sobre cada una de estas áreas, a continuación se explica cómo los estándares del manual de la JCAHO cubren cada una de las áreas.

1.3.1 Evaluación de los pacientes

Tal como ya he dicho anteriormente, aproximadamente, el 19% de los centros sanitarios auditados entre 1995 y 2000 recibieron recomendaciones de Tipo I porque los líderes de los centros no cumplieron todos los estándares relativos a la utilización de medidas de reclusión que se encuentran en el capítulo de “Cuidados de los pacientes” del manual de estándares de la JCAHO.

La principal preocupación de la JCAHO en lo que se refiere a la evaluación de los pacientes y la utilización de medidas de reclusión se centraba en garantizar que en todo momento el personal sanitario hiciera un uso justificado de estas medidas. En otras palabras, su utilización debía estar ligada directamente con la conducta presentada por el paciente en ese momento y nunca debía tratarse de una medida anticipada o preventiva. Así pues, justificar que se utilizaban medidas de reclusión porque el paciente presentaba un estado de confusión no justificaba en ningún caso la utilización

de medidas de reclusión. Sin embargo, si esa conducta provocaba que por ejemplo el paciente se cayera, sí había justificación para utilizar la reclusión.

En caso de que el hospital dispusiera de un protocolo específico para la utilización de medidas de reclusión aprobado por el personal médico, no sería necesario realizar una evaluación adicional. El objetivo principal era reducir a la mínima expresión necesaria la utilización de medidas de reclusión. Con este fin, la JCAHO proponía la utilización sistemática de evaluaciones para prevenir la utilización de medidas de reclusión. Podían ser sencillos “check lists” en los que se asignaba una puntuación a los pacientes según diferentes aspectos. En caso de que los pacientes llegaran a una puntuación, debería considerarse la utilización de medidas de reclusión.

Algunas alternativas que proponía la JCAHO a la utilización de medidas de reclusión eran:

- Formación del personal en técnicas de redireccionamiento verbal. Se trata de que el personal disponga de alternativas antes de recurrir a la utilización de medidas de reclusión.
- Intervenciones psicosociales. Cuando los pacientes están calmados, es útil utilizar el contacto para reorientar a los pacientes a la realidad.
- Observación del ambiente. Es útil observar el entorno a través de cámaras de vigilancia.
- Es importante realizar intervenciones que permitan deambular a los pacientes si su condición así lo permite.
- Diseñar intervenciones alternativas y creativas. Un ejemplo es la utilización de musicoterapia.

La situación de los pacientes geriátricos, requería una atención especial por parte de los profesionales en lo que se refiere a la utilización de medidas de reclusión. Muchas de las razones por las que estos pacientes podían sufrir medidas de reclusión podían ser prevenidas durante la evaluación inicial. Algunas estrategias que proponía la JCAHO para reducir la utilización de medidas de reclusión entre los pacientes geriátricos eran los siguientes:

- En caso de que los pacientes presenten problemas de movilidad, es recomendable pedir una consulta a Fisioterapia. Es positivo que los pacientes puedan deambular por sí mismos. Frecuentemente, los pacientes con demencias desean dar paseos y en caso de que lo puedan hacer sin ningún peligro es positivo para prevenir las conductas agresivas.
- En ocasiones, es recomendable solicitar consulta con Gerontología. Podrán detectar las causas subyacentes a los estados confusionales, como pueden ser las infecciones del tracto urinario o las neumonías.
- Es recomendable mantenerse alerta durante todo el ingreso ya que las circunstancias de los pacientes pueden cambiar rápidamente.
- Es importante que todo el personal sea consciente de que es posible que los pacientes mayores tengan posibles deficiencias auditivas o visuales.
- Es recomendable utilizar la sugestión de los pacientes como una alternativa a la utilización de medidas de reclusión.

Un elemento que es fundamental incluir en la evaluación de los pacientes según la JCAHO es la gestión y control de la agresividad. El control de la agresividad permite prevenir muchos episodios de reclusión. Por ejemplo, es útil, siempre que sea posible, que los propios pacientes sean quienes elijan la intervención, dejando siempre como última alternativa la utilización de medidas de reclusión y proponiendo otras menos agresivas. Es importante incluir el control de la agresividad dentro de los planes de cuidados de los pacientes. Los pacientes que muestran conductas agresivas deben ser tratados por estas tal como son tratados por otros problemas. En este sentido, es fundamental detectar los problemas de agresividad desde el propio ingreso. Para ello es importante incluirlo este aspecto en la evaluación inicial.

1.3.2 Competencias

La JCAHO hacía mucho énfasis en las competencias del personal que ordena la utilización de medidas de reclusión. El objetivo era que el personal (especialmente de enfermería) no utilice las medidas de reclusión de forma innecesaria y que cuando las

utilizase hiciera uso de las técnicas más apropiadas. La JCAHO hacía este énfasis para garantizar en todo momento el respeto a los derechos de los pacientes.

Para garantizar que el personal disponía de las competencias adecuadas, los auditores de la JCAHO buscaban evidencias de que el personal recibía formación continuada con el fin de mejorar el desempeño. Los documentos resultantes de la formación recibida debían ser guardados dentro de la ficha de cada empleado en el Departamento de Personal. Los auditores hacían especial hincapié en la formación continua recibida por el personal de enfermería, especialmente en aspectos como las diferencias culturales, la gestión de la agresividad o las diferencias asociadas a la edad. Durante las evaluaciones anuales, los supervisores de Enfermería debían confirmar que el personal había recibido formación en competencias directamente relacionadas con los grupos de pacientes a los que ofrecía cuidados. La JCAHO distinguía siete grupos de pacientes: neonatos, infantes, niños preescolares, niños en edad escolar, adolescentes, adultos y geriátricos.

Con la formación, la JCAHO pretendía reducir posibles daños durante la aplicación de medidas de reclusión o incluso prevenir el uso.

1.3.3 Definición de reclusión según la Joint Commission for the Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO)

¿Cómo se definía reclusión? ¿Cómo se podía identificar al grupo de pacientes para los cuales es adecuado ordenar la utilización de medidas de reclusión? La JCAHO daba libertad a los hospitales para elaborar sus propias definiciones, aunque éstos debían tener cuidado en no elaborar definiciones demasiado escuetas ni demasiado estrictas. Las definiciones que utilizaban algunos hospitales les causaron problemas, llegando a ser motivo de nuevas auditorías. Un elemento importante que los hospitales debían tener en cuenta a la hora de redactar una definición era la legislación en los diferentes estados. En caso de que la legislación estatal definiera la reclusión de una forma más estricta que la JCAHO, los centros sanitarios debían atenerse a la definición más estricta. En caso contrario, debían atenerse a la definición de la JCAHO.

Antes de que la JCAHO lanzara en agosto de 1999 un nuevo set de estándares que modificaban los vigentes hasta entonces en lo relativo a la utilización de medidas de reclusión, definía reclusión como *“la inmovilización médica y protectora de los pacientes mediante la utilización de dispositivos para tal fin”*. Los nuevos estándares también modificaron la definición de medidas de reclusión y lo definían como *“Dispositivos que limitan los movimientos de los pacientes y el acceso a su cuerpo”*. La nueva definición era más estricta que la anterior y consideraba como reclusión la utilización de barras laterales en las camas siempre que no permitieran a los pacientes levantarse de la cama cuando lo desearan.

La definición de reclusión no contemplaba la utilización de medicación como reclusión. Era muy importante que los procedimientos del centro tampoco lo hicieran, ya que en caso contrario, tal como he dicho antes, los auditores se atenderían a la definición más restrictiva.

La definición de “paciente” era también un elemento clave para determinar quién estaba autorizado a ordenar la utilización de reclusión y la frecuencia con la que se debe evaluar a los pacientes durante los episodios. Desde el punto de vista de la contención se distinguían dos tipos de pacientes.

- a) Aquellos con los que se utilizaban medidas de reclusión por motivos médicos o quirúrgicos. Se trataba de los pacientes con necesidades médicas o quirúrgicas con quienes era necesario utilizar medidas de reclusión para evitar que se quitasen vías o se moviesen en el quirófano. En estos casos, no era necesaria la orden de un médico en caso de que se incluyera la reclusión como parte del protocolo de tratamiento. En cualquier caso, el personal de enfermería estaba autorizado a ordenar la utilización de medidas de reclusión en caso de que los pacientes supusiesen un peligro para sí mismos o los demás. Los tiempos en los cuales es necesario evaluar a los pacientes, son diferentes a los establecidos para los pacientes psiquiátricos.
- b) Aquellos pacientes con necesidades de control de la conducta. En el caso de estos pacientes, tanto el personal médico como el personal de enfermería con grado de diplomado estaba autorizado a ordenar la utilización de medidas de reclusión. La

JCAHO incluya dentro del grupo de “pacientes con necesidad de control de conducta a:

- Pacientes ingresados en hospitales psiquiátricos.
- Pacientes que recibían tratamiento en unidades de psiquiatría de hospitales generales.
- Pacientes ingresados en unidades médicas pero que recibían tratamiento psiquiátrico.

1.3.4 Documentación

Durante las auditorías realizadas por los auditores de la JCAHO, estos revisaban en profundidad la documentación relacionada con la utilización de medidas de reclusión. Entre otras cosas revisaban los documentos generados durante los episodios de reclusión y los planes y procedimientos asociados. Estos debían reflejar que la reclusión siempre era el último recurso a utilizar con los pacientes.

Era muy importante que la documentación generada durante los episodios de reclusión reflejara de forma detallada todo lo ocurrido. La documentación, debía reflejar al menos la evaluación inicial del paciente, las reevaluaciones posteriores, identificar exactamente las conductas que justifican la utilización de las medidas de reclusión y las posibles alternativas planteadas antes de recurrir a ésta. Además del personal de enfermería con título de diplomado (RN), el personal auxiliar también podía completar la documentación asociada a la utilización de medidas de reclusión. Sin embargo, las decisiones y firma siempre debían ser tomadas por personal médico o personal de enfermería con título de diplomado.

Un aspecto muy importante es que los hospitales debían tener un registro de toda la documentación que justificase las cualificaciones o competencias del personal sanitario relacionado con la utilización de medidas de reclusión. Se incluía aquí toda la formación recibida por cada profesional en aspectos ligados con la reclusión. Esto era de especial relevancia para el personal que debía tomar y firmar las decisiones, el personal médico y el personal de enfermería con título de diplomado (RN). Por ejemplo, el hospital debía guardar la documentación que justificase que el personal asignado a

unidades geriátricas había recibido formación específica para tratar con dichos pacientes.

1.3.5 Protocolos clínicos

Según los estándares de la JCAHO, para aplicar medidas de reclusión a pacientes no psiquiátricos era indispensable la orden médica. Sin embargo, en caso de que el hospital dispusiera de protocolos clínicos, también el personal de enfermería con título de diplomado (RN) podía ordenar la aplicación de medidas de reclusión. En cualquier caso, las órdenes emitidas por el personal de enfermería con título de diplomado (RN), debían ser confirmadas por el personal médico antes de 24 horas. Esas órdenes debían quedar firmadas y guardadas en el historial clínico de los pacientes.

En lo que respecta a los protocolos clínicos, para cumplir con los estándares de la JCAHO en cuanto a reclusión, estos debían tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Los protocolos debían estar centrados siempre en los cuidados clínicos de los pacientes.
- Ser aprobados por la dirección médica y la dirección de hospital.
- Se identificaban en un listado, las situaciones en las que era necesario aplicar medidas de reclusión.
- Se presentaban alternativas a la utilización de medidas de reclusión.
- Incluían formación para el personal que los utilizaba.
- Eran coherentes con las políticas del hospital

La JCAHO en ningún momento contemplaba la posibilidad de considerar un protocolo para aplicar medidas de reclusión como protocolo clínico. En caso de que los protocolos clínicos contemplaran la posibilidad de utilizar medidas de reclusión, estas medidas se debían situar en el contexto más amplio de los cuidados clínicos.

1.3.6 Firma de las órdenes de reclusión

El personal médico y el personal de enfermería con título de diplomado (RN) estaban autorizados según la JCAHO a firmar órdenes de reclusión de los pacientes con diagnóstico principal psiquiátrico. La firma de los médicos debía incluir la fecha y hora de la misma y debía haber una firma por cada orden. El personal de enfermería estaba autorizado para iniciar la reclusión de los pacientes, sin embargo debían informar al personal médico antes de transcurrir una hora desde el inicio del episodio.

En el caso de pacientes no psiquiátricos (médicos o quirúrgicos), el personal de enfermería con título de diplomado estaba autorizado a firmar las órdenes de reclusión de los pacientes, en caso de que no hubiera personal médico disponible. Sin embargo, era necesario informar al personal médico antes de transcurrir 12 horas desde el inicio del episodio y recibir una orden médica para continuar con su uso.

1.3.7 Duración de las órdenes y reevaluaciones

Es importante destacar que no es lo mismo reevaluar que monitorizar. Monitorizar significa evaluar periódicamente el bienestar del paciente y su confort (necesidad de ingesta de líquidos o comprobar que no se encuentra en mala posición). Sin embargo, la reevaluación implica valorar si la conducta mostrada por el paciente justifica mantener la reclusión.

Las órdenes iniciales de reclusión y las reevaluaciones posteriores debían ser específicas para cada paciente y cada caso y además debían respetar ciertos tiempos límites determinados por la JCAHO. A continuación se presentan de forma esquemática los tiempos límite que determinaba la JCAHO tanto para pacientes médico quirúrgicos como para pacientes psiquiátricos.

	Pacientes médicos / quirúrgicos	Pacientes con diagnóstico principal psiquiátrico		
		0 a 9 años	9 a 17 años	Más 17 años
Tiempo reevaluación	24 horas	1 horas	2 horas	4 horas

inicial				
Límite de tiempo adicional	24 horas	1 horas	2 horas	4 horas
Periodicidad de monitorización	No especificado	Al menos cada 15 minutos, sino continuado		

Los tiempos límite presentados arriba, eran los tiempos máximos permitidos por la JCAHO para cada orden de reclusión. En el historial médico de los pacientes era absolutamente indispensable que constara evidencia escrita cada vez que los pacientes eran puestos en reclusión y cada vez que eran reevaluados. Los auditores de la JCAHO hacían mucho énfasis en la necesidad de disponer por escrito de dicha evidencia. Las órdenes sucesivas tras la reevaluación debían estar firmadas por el personal médico. El mayor problema que detectaban los auditores de la JCAHO era la falta de firma en las sucesivas órdenes de reclusión.

El hecho de que la JCAHO distinguiera entre pacientes médico /quirúrgicos y psiquiátricos se debe a que ambos tipos de pacientes presentan diferentes necesidades en cuanto a utilización de medidas de reclusión. Los estándares de la JCAHO requerían órdenes de menor duración y una monitorización más intensa para los pacientes psiquiátricos que para los pacientes médico / quirúrgicos.

Las características que debían cumplir según la JCAHO las órdenes de reclusión para pacientes psiquiátricos eran las siete siguientes:

- Tiempo de inicio y tiempo de finalización
- Autorización para prolongar la orden
- Método de contención a utilizar
- Frecuencia en la monitorización y la reevaluación
- Firma del personal médico
- Nombres de los profesionales que dieron órdenes verbales
- Nombres de los profesionales que ejecutaron las órdenes verbales.

1.3.8 Análisis de los datos sobre utilización de reclusión

Los auditores de la JCAHO fueron aumentando gradualmente el énfasis que hacían en los esfuerzos que pedían a los centros sanitarios en las tareas de mejora y reducción de la utilización de medidas de reclusión. A medida que iban disponiendo los auditores de más puntos de referencia sobre la conformidad de los hospitales con los estándares relacionados con la utilización de reclusión, iban haciendo especial hincapié en los hospitales que ofrecían datos más alejados de la media. Se trata de una metodología que les permitía evaluar la calidad asistencial en base a datos objetivos y medibles.

Ante esta situación, era muy importante que los departamentos de calidad de los hospitales demostraran que analizaban las pautas relacionadas con la utilización de medidas de reclusión para así poder introducir planes de mejora. Debían demostrar que disponían de datos objetivos sobre la evolución temporal de la utilización de medidas de reclusión. Así mismo, debían demostrar que habían detectado las áreas de mejora e introducido las acciones de mejora necesarias con el fin de reducir el uso de la reclusión.

1.4 Origen del estudio y contexto. Cronsfill Hospital Center

Los datos presentados en este estudio han sido recogidos en un hospital psiquiátrico de Estados Unidos; Cronsfill Hospital Center, desde septiembre de 1999 a Septiembre del 2000. El autor de este documento estuvo como becario (trainee) en el Departamento de “Performance Improvement” de dicho hospital. A partir de esa fecha y hasta Septiembre del 2002, las funciones desempeñadas fueron las de “Performance Improvement Specialist”, con la responsabilidad de implantar y monitorizar diversos planes de mejora en el hospital, así como colaborar en la certificación del mismo por diversas agencias federales como la HFCA o agencias externas como la JCAHO. El hospital renovó la acreditación de la JCAHO en Febrero del 2002 tras superar una auditoria de 3 días de todo el centro.

En el hospital, se llevaban a cabo numerosos proyectos de mejora de la calidad asistencial y uno de los más importantes era el que buscaba la reducción de la utilización de medidas de reclusión entre los pacientes ingresados. Los datos obtenidos durante el desarrollo de dicho proyecto, han sido incluidos en este documento, además de otros muchos que no han sido incluidos por no estar directamente relacionados con el estudio presentado.

1.5 Presentación e historia de Cronsfill Hospital Center

Cronsfill Hospital Center fue creado por la Asamblea General del Estado de Maryland (Maryland General Assembly) el 11 de abril de 1910 y bautizado con el nombre de “Hospital para los negros dementes del estado de Maryland” (Hospital for the Negro Insane of Maryland). La asamblea, especificó que el hospital no debía estar en la capital del estado, Baltimore, sino que debía estar alejado. El 13 de diciembre del 1910, el estado adquirió un terreno donde previamente se había levantado una granja de tabaco, en Cronsfill. El 23 de mayo de 1910 el Doctor Robert Winterode fue nombrado Director Gerente del nuevo centro. El origen para la creación del hospital fue un informe publicado en 1908 por la “Comisión para lunáticos del estado de Maryland”, (Maryland State Lunacy Commission” que hablaba de las precarias condiciones sanitarias en las que vivían los Negros con problemas mentales.



Imagen 1. Construcción de Cronsfill Hospital Center

El primer grupo de pacientes llegó a Cronsfill el 13 de marzo de 1911. Fueron instalados en tiendas en un campamento junto al edificio de la antigua granja de tabaco y pronto comenzaron a realizar labores agrícolas. El Dr. Wintered se encargaba de que realizaran tareas como la recogida de tabaco, las cosechas para el invierno o el mantenimiento de los animales y el establo.

En 1920, el hospital tenía un censo de pacientes de 521 con 17 enfermeras, un trabajador social y dos médicos, uno de los cuales era además el Director Gerente. Las terapias utilizadas en esa época eran la administración de fármacos sedantes y la hidroterapia. Durante los siguientes años, se puso de moda practicar lobotomías a los pacientes ingresados en los centros psiquiátricos. A pesar de ello, no se practicaron muchas lobotomías en Cronsfill Hospital Center ya que el Director Gerente durante aquellos años, el Dr. Morgensten era contrario a su utilización.

Según un informe publicado en enero de 1947 sobre el estado de la sanidad en el Estado de Maryland, la ocupación de todos los centros psiquiátricos públicos o privados se situaba en los 7.453 pacientes. Cronsfill Hospital Center tenía un censo de 1.044 pacientes (en su mayoría negros) en agosto de 1946, lo que suponía alrededor del 14% del total de la población psiquiátrica del Estado de Maryland. Cronsfill Hospital Center era el único hospital donde se admitían pacientes negros. Las condiciones de los pacientes empeoraron sensiblemente durante la década de los 40, debido en parte a la saturación de los hospitales y a la escasez de personal disponible. El record de pacientes ingresados se dio en 1955, con 2.719 pacientes ingresados.



Imagen 2. Fotografía de una unidad durante los años 50

En 1948, el Director Gerente contrato a las primeras personas de raza negra, Gwendolyn Lee fue contratada como trabajadora social y Vernon Sparks fue contratado como psicólogo. En aquellos años, no estaba permitido contratar a personas de raza negra para realizar tareas de medicina o enfermería. Esta situación se mantuvo así hasta 1954.

Durante esos años, la “terapia industrial u ocupacional” (trabajo no remunerado) era una parte fundamental de la vida de los pacientes ingresados en el hospital. En la primavera de 1958, más de 600 pacientes realizaban diferentes labores como recepcionista, ayudante de dentista, bibliotecario, o sencillamente auxiliar en labores sanitarias. El trabajo era considerado terapéutico y los pacientes que no podían participar eran considerados como enfermos e incapaces de disfrutar del privilegio de la libertad alrededor del recinto hospitalario. Durante aquellos años, la escasez de personal fue un problema permanente.

El Director Gerente estableció en el año 1964 el primer programa integral de tratamiento diurno en el hospital además de un programa de apoyo a los centros de salud mental de los condados de alrededor. Por primera vez, los pacientes comenzaron a recibir fármacos gratuitos. Se establecieron programas de formación en psiquiatría, psicología, trabajo social, terapia musical y consejo pastoral.

Las mejoras introducidas en los tratamientos clínicos, la implantación de políticas de admisión más rígidas y la potenciación del tratamiento ambulatorio posibilitaron la reducción del censo hospitalario hasta alrededor de los 200 pacientes para el año 2000. Por último, Cronsfill Hospital Center fue clausurado en Julio de 2004 y todos los pacientes fueron trasladados a otros centros psiquiátricos del estado de Maryland.



Imagen 3. Entrada principal. Año 2004

Durante los años que abarca el estudio presentado a continuación, el hospital ofrecía tratamiento psiquiátrico a diferentes tipos de pacientes repartidos en 8 unidades:

- 1 unidad de Agudos
- 1 unidad Forense
- 2 unidades de Geriátrica
- 1 unidad de Adolescentes
- 3 unidades de Media y Larga estancia

Como se puede observar había mucha variedad en el tipo de pacientes atendidos en el hospital. Hay que mencionar que para la realización del presente estudio únicamente se analizaron los datos obtenidos de las dos unidades geriátricas. Los datos presentados pertenecen en su totalidad a población adulta, mayor de 18 años

Capítulo 1 – Estado de la cuestión
