

Seis Estrategias Clave para Reducir el uso de las Contenciones Físicas y el Aislamiento¹

Herramienta de planificación

(Kevin Ann Huckshorn, revised 2008)

Objetivo: esta herramienta de planificación está diseñada para ser usada como una lista de verificación (checklist) que guíe el diseño de un plan de reducción de la contención física o el aislamiento (CF/A) e incorpore el uso de un enfoque preventivo. Incluye las seis estrategias clave para reducir el uso de CF/A descritas en el currículum NASMHPD (National Association of State Mental Health Program Directors),² e incorpora los principios de la mejora continua de la calidad.

También puede ser utilizada como una herramienta de seguimiento para supervisar la implementación de un plan de reducción e identificar problemas, obstáculos y logros. Es mejor usarla como una guía de trabajo por un equipo asignado ad hoc para la mejora del desempeño y/o reducción de CF/A.

Nota: Las palabras usuario/a, persona o paciente se utilizan en este documento para incluir a adultos, menores y familias.

Plantilla del plan de contención o herramienta de monitorización

(Cada elemento tiene que ser demostrado a través de documentación, actividades de liderazgo, entrevistas con el personal, revisión de políticas, u otras formas pertinentes)

Estrategia Uno: Liderazgo Hacia un Cambio Organizacional

OBJETIVO UNO: reducir el uso de CF/A mediante la definición de la misión, filosofía de atención, valores y garantía del desarrollo del plan de reducción así como su implementación. La orientación, dirección, participación y revisión continua de liderazgo ejecutivo se manifiesta claramente en todo el proyecto de reducción de CF/A.

1. El centro o unidad ha revisado la declaración de su misión, filosofía y valores para asegurar la congruencia con la iniciativa de reducción de CF/A. Por ejemplo, ha comprobado que la reducción de CF/A es congruente con los principios del enfoque de recuperación; se desarrolla un modelo de atención sensible a las experiencias traumáticas; se fomenta un ambiente libre de violencia y coerción; se garantiza un ambiente seguro para el personal y los/as usuarios/as; se facilita la reincorporación a la comunidad. Este paso debe incluir un ejercicio de revisión para conocer en qué medida los valores están integrados de forma transversal con las prácticas clínicas y administrativas reales para asegurar así la congruencia.

¹ Nota sobre la Traducción: Este documento ha sido traducido por la Escuela Andaluza de Salud Pública para que resulte de utilidad al diseño de la Estrategia para la prevención del uso de las contenciones físicas en Andalucía. En algunas ocasiones se han dejado entre paréntesis algunos términos originales del documento en inglés, para facilitar así la interpretación cuando se ha considerado que no existe un vocablo con el mismo significado en castellano.

Ha sido traducido por Aguila Bono del Trigo y María Isabel Tamayo Velázquez, de la Escuela Andaluza de Salud Pública, y por Vicente Ibáñez Rojo, de la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental del Hospital de Torrecárdenas de Almería (España)

² Nota de los/as traductores/as: Asociación de EEUU que representa a los gestores estatales del sistema público de salud mental de los 50 estados dando servicio a unas 7.1 millones de personas.

2. El centro o unidad ¿ha realizado una declaración sobre su política respecto a la CF/A que incluya sus convicciones para guiar un uso congruente con su misión, visión, valores y principios de recuperación? Esto supone declarar que la CF/A no es un tratamiento, sino una medida de seguridad de último recurso; que el uso de CF/A indica el fracaso del tratamiento; y que existe un compromiso para reducir su uso o eliminarlo, etc. Hay ejemplos de declaraciones disponibles (para realizar la declaración respecto a la política de CF/A).
3. La dirección del centro o unidad ¿ha desarrollado un plan de acción individualizado para la reducción de CF/A basado en la mejora del desempeño y en un enfoque preventivo, como marco general, que incluya la asignación de un equipo de reducción de la contención o de mejora del desempeño, con metas, objetivos y medidas, asignadas a personas responsables y calendarizadas? ¿Se somete a revisiones constantes con supervisión ejecutiva?
4. ¿Ha revisado y analizado la Dirección los datos sobre CF/A para descubrir los detalles críticos de los episodios tales como el momento del día, lugar o puntos de conflicto? ¿Ha determinado objetivos de reducción de las CF/A basados en los datos? Este objetivo refleja el compromiso de la dirección y su intención de utilizar y controlar los datos en tiempo real en los esfuerzos de reducción de las contenciones.
5. ¿Se ha comprometido la Dirección a crear un entorno de colaboración, no punitivo, para identificar y trabajar a través de los problemas, comunicando las expectativas al personal sobre esta estrategia? Esto debería incluir una declaración que aluda a que, si bien los trabajadores pueden actuar con la mejor intención, se puede determinar más tarde que había otras vías o intervenciones que se podrían haber realizado. Solo a través de la confianza del personal en la dirección se podrán tratar abiertamente las circunstancias que condujeron a un episodio de CF/A, podrá ser cuidadosamente analizado y se podrá aprender de lo sucedido. A pesar de todo, las reglas que definen el abuso y la negligencia están claramente formuladas y esta declaración previa no libera de la responsabilidad de haber realizado actuaciones negligentes.
6. ¿Todo el personal es consciente del papel del/la responsable/director-a/gerente para dirigir la iniciativa de reducción de CF/A? Esto requerirá una implicación de alto nivel para motivar al personal, incluyendo la implicación y compromiso del/la coordinador/a de la unidad. Se recomienda una actividad concreta de presentación para la puesta en marcha de esta iniciativa, explicitando el esfuerzo que requiere por parte de todos/as la reducción de las CF/A. Este paso implica actividades rutinarias y observables del/la director/administrador/a incluyendo informes sobre la situación en todas las reuniones de gestión.
7. ¿Ha evaluado la Dirección el impacto de la reducción de CF/A en todo el entorno? Esto incluye temas como el aumento de daños a mobiliario y otros materiales, incremento del tiempo dedicado a intentos de desescalada, realizar preguntas adicionales durante la evaluación en el momento del ingreso en la unidad, actividades informativas y procesos para documentar episodios, etc.
8. ¿Ha establecido la Dirección un proyecto de reconocimiento del personal para recompensar a cada trabajador/a y equipo/turno con los mejores resultados en términos de disminución de CF/A?
9. ¿Ha aprobado la Dirección la delegación de tareas del plan de reducción y ha asignado responsabilidades a las personas a través de informes de rutina y revisiones?
10. ¿Ha abordado la Dirección cuestiones sobre la cultura, necesidades formativas y actitudes de los y las profesionales? La dirección debe garantizar la formación del personal y el desarrollo de conocimiento, habilidades y capacidades, incluyendo la elección del programa formativo para la aplicación de técnicas de prevención de CF/A y la inclusión de Recursos Humanos.

11. ¿Ha revisado la Dirección el plan asistencial del centro en un esfuerzo para garantizar que a todos los/as usuarios/as se les ofrecen actividades de tratamiento activas, diarias, centradas en la persona y efectivas? Dichas actividades ¿se ofrecen preferiblemente fuera de los servicios de salud mental, y las personas pueden elegir de alguna manera a qué actividades asisten? (Los criterios mínimos para cumplir con este objetivo son asegurar que los destinatarios de los servicios no están pasando sus días en áreas cerradas sin rehabilitación psicosocial eficaz en la enseñanza de habilidades de la vida diaria, de aprendizaje, recreativas y laborales)
12. ¿La Dirección ha asegurado la rendición de cuentas mediante la supervisión y aumento de la visibilidad de todos los episodios durante las 24 horas del día / 7 días a la semana, a través de la asignación de tareas y responsabilidades a diferentes niveles del personal, incluyendo personal de la dirección de guardia, supervisores de enfermería, personal de atención directa, defensores de los intereses de las personas usuarias?

Nota: *crear responsabilidades para la supervisión de episodios* incluye las siguientes funciones:

A. El papel del personal directivo de guardia (miembro del equipo ejecutivo)

1. 24 horas al día / 7 días a la semana de supervisión de guardia para el análisis de episodios.
2. Uso del conocimiento adquirido mediante el análisis de episodios para identificar problemas organizacionales, potenciales soluciones y asegurar un seguimiento oportuno.
3. Hacer de la CF/A un tema permanente en la agenda durante todas las reuniones a todos los niveles.
4. Garantizar que los datos se recogen, se usan y se comparten.
5. Garantizar la responsabilidad del personal y el reconocimiento de su trabajo.

B. El papel del supervisor in situ

1. Respuesta in-situ 24 horas, supervisión y asistencia a todos los incidentes y cuasi-incidentes de seguridad cuando sea posible (observar lo que ha funcionado y por qué)
2. Asumir el liderazgo sobre el episodio de CF/A mediante reuniones informativas dirigidas a todo el personal implicado, usuario/a que ha sido contenido, testigos del episodio, recopilación de los tiempos, revisión de documentación, y realización de un informe (verbal o escrito) para el siguiente supervisor.

C. Profesionales de Atención directa

1. Comprender y ser capaz de describir el enfoque organizacional de reducción de CF/A.
2. Comprender el proyecto y su filosofía mediante su incorporación en:
 - Nuevas solicitudes de contratación y entrevista
 - Nueva orientación de competencias a los/as profesionales
 - Descripciones del puesto de trabajo
 - Revisión de las competencias
 - Criterios de evaluación del desempeño
 - Demostrar una actitud positiva respecto a este proyecto

D. Rol del usuario/a

1. Contar con usuarios/as internos/as contratados/as o con usuarios/as consultores/as externos/as para realizar entrevistas, reunir datos, investigar y proporcionar una perspectiva crítica.
2. Representación de usuarios/as en todos los comités relacionados con CF/A y grupos de trabajo.

Estrategia dos: Utilizar datos para informar sobre la práctica

OBJETIVO DOS: reducir la utilización de CF/A mediante el uso de datos de una manera empírica y

no punitiva. Esto incluye la utilización de datos para analizar la utilización de la CF/A por unidad/servicio, turnos y profesionales; identificar el estándar del centro; establecer objetivos de mejora y realizar un seguimiento a lo largo del tiempo en todas las áreas, unidades y/o servicios.

1. ¿El centro ha recogido datos y elaborado gráficas sobre los sucesos de CF/A, incluyendo información sobre los incidentes, duración, uso de medicación involuntaria, lesiones...?

2. ¿Ha establecido el centro objetivos realistas de mejora? ¿Los ha comunicado a los/as profesionales? ¿Ha creado el centro sistemas saludables y no punitivos de competición entre las unidades o centros? Por ejemplo mediante actividades de transparencia como mostrar los datos en áreas terapéuticas, con acuerdos con otros centros o unidades, o bien mediante la realización de otras medidas.

3. ¿El centro ha elegido datos clave y complementarios, incluyendo incidentes y horas de CF/A por turnos, días, unidades; uso involuntario de medicación IM; tasas de lesiones en profesionales y usuarios/as; tipos de contención, implicación de los/as usuarios/as en las sesiones informativas; reclamaciones, datos demográficos de los/as usuarios/as como sexo, edad, raza, etc.?

4. ¿La Dirección tiene acceso a datos sobre la implicación de los miembros del personal en los sucesos de CF/A? ¿Esta información se guarda confidencialmente (sólo con acceso a supervisores) y se usa únicamente para identificar necesidades de formación de profesionales?

5. ¿El centro/unidad tiene capacidad para observar y registrar los incidentes de seguridad?, ¿Qué se ha realizado durante los episodios exitosos que pueda servir a la Dirección y a los y las profesionales para poner en marcha las mejores prácticas para la reducción de CF/A?

Estrategia 3: Desarrollo Profesional

OBJETIVO TRES: crear un ambiente terapéutico en el que las normas, los procedimientos y las prácticas estén basadas y dirigidas por un conocimiento y comprensión de los efectos neurológicos, biológicos, psicológicos y sociales de la experiencia del trauma y la violencia, así como en la prevalencia de estas experiencias tanto en usuarios/as como en profesionales. Esto incluye una comprensión de las características y principios de un enfoque de atención que tenga en cuenta las experiencias individuales del trauma. También incluye los principios de los sistemas de atención orientados a la recuperación, tales como atención centrada en la persona, elección, respeto, dignidad, colaboración, autogestión e inclusión completa. También incluye la promoción de un ambiente de mínima coerción y conflicto. Se manifiesta, principalmente, a través de la formación de profesionales y actividades del departamento de Recursos Humanos, como formación en actividades de prevención de la CF/A, realización de CF/A de forma segura e inclusión de competencias técnicas y actitudinales en las descripciones de los puestos de trabajo y en la evaluación del desempeño. También supone la prestación de actividades de rehabilitación psicosocial eficaces y centradas en la persona, de forma diaria y diseñadas para enseñar habilidades para la vida (Ver el Objetivo Uno).

1. El departamento de desarrollo de personal ¿tiene incorporada la teoría y la lógica de la recuperación/resiliencia, la prevención y la mejora del rendimiento?

2. ¿El centro ha revisado la misión, filosofía y políticas organizacionales y los procedimientos para abordar la teoría y los principios nombrados anteriormente?

3. ¿El centro ha designado un comité (y un/a responsable del mismo) para dirigir la agenda del equipo de trabajo y dirigir este cambio organizacional?

4. ¿El centro ha garantizado la formación de los y las profesionales a todos los niveles?

incluyendo:

- a. Experiencias de usuarios/as y profesionales
- b. Prejuicios comunes y mitos
- c. Sistemas de atención que tienen en cuenta las vivencias traumáticas (*trauma informed care*)
- d. Efectos Neurobiológicos del Trauma
- e. Modelo de Prevención de Salud Pública
- f. Principios para la mejora del rendimiento
- g. Estrategias clave de reducción de CF/A
- h. Riesgo de violencia
- i. Factores de riesgo médicos/físicos de lesiones o muerte
- j. Uso de herramientas de planificación de seguridad o voluntades anticipadas
- k. Habilidades clave para la construcción de relaciones terapéuticas y basadas en la persona
- l. Aplicación de procedimientos seguros de contención, incluyendo un continuo seguimiento cara a cara mientras la persona se encuentra contenida
- m. Establecimiento de límites sin confrontación

5. ¿El centro ha animado a sus profesionales a explorar las “normas” de la unidad con el objetivo de analizar su lógica y su necesidad? La mayoría de las unidades de hospitalización tienen reglas que son hábitos o patrones de comportamiento que no son congruentes con un entorno no coercitivo y de recuperación, como por ejemplo la norma de contener a personas que se autolesionan de forma no letal.

6. ¿El centro ha abordado cuestiones sobre el empoderamiento de los y las profesionales? por ejemplo, ¿participan en el establecimiento de normas o tienen capacidad para suspender su aplicación dentro de unos límites para evitar incidentes de seguridad?

7. ¿El centro empodera a sus profesionales? Por ejemplo dejando que establezcan sus propios turnos de trabajo, turnos flexibles, intercambio de tareas...

8. ¿El centro asume que todos/as los/as profesionales, de todos los niveles, son adultos/as capaces y responsables, a pesar de que hayan podido sufrir alguna lesión, y esto es aceptado por todos/as?

9. El Centro ¿ha contado con el departamento de Recursos Humanos para incorporar conocimientos, destrezas y habilidades consideradas obligatorias en las descripciones de los puestos de trabajo, así como en las competencias laborales, para todo el personal en todos los niveles de la organización? ¿Se toman en consideración competencias técnicas, de actitud y las evidencias que las demuestran?

Estrategia cuatro: Uso de técnicas para la reducción de CF/A

OBJETIVO CUATRO: Reducir el uso de la CF/A mediante la utilización de diferentes técnicas y valoraciones integradas en el tratamiento de cada usuario. Incluye el uso de instrumentos de evaluación para identificar los factores de riesgo de violencia y CF/A; evaluación del trauma; herramientas para identificar personas con riesgo de muerte o lesión; uso de técnicas de desescalada; cambios ambientales para incluir habitaciones de confort y sensoriales, así como otras intervenciones clínicas significativas para ayudar a las personas en la autogestión emocional.

1. ¿Ha implementado el centro herramientas de evaluación para identificar factores de riesgo de incidentes de agresión o violencia? La investigación señala que los mejores predictores son haber mostrado comportamiento violento en el pasado así como haber sido sometido a CF/A con anterioridad.

2. ¿El centro ha implementado herramientas de evaluación sobre los factores de riesgo más

comunes de muerte o lesiones graves causadas por el uso de la contención? Esto incluye la obesidad, historia de problemas respiratorios (como el asma), ingesta reciente de alimentos, ciertas medicaciones, historia de problemas cardiovasculares, trastorno por estrés agudo o estrés post-traumático.

3. ¿El centro ha puesto en marcha una evaluación que identifique personas en riesgo de revivir experiencias traumáticas o personas con síntomas y secuelas de traumas no tratados?

4. ¿El centro ha puesto en marcha una herramienta de desescalada o de evaluación de planes de seguridad, que incluya la identificación de detonantes individuales, así como de intervenciones elegidas personalmente y efectivas en autogestión emocional?

5. ¿Se ha realizado lo siguiente por parte del Centro?:

- a. Implementado técnicas de comunicación /procedimientos de mediación de conflictos.
- b. Reducido señales ambientales de coerción manifiesta o encubierta.
- c. Realizado cambios ambientales (como el uso de habitaciones de confort o habitaciones sensoriales)

6. ¿El centro ha utilizado una escala de control de la conducta agresiva que ayude a los y las profesionales a discriminar entre comportamientos agitados, disruptivos, destructivos, peligrosos o letales, y que disminuya el uso prematuro de CF/A?

7. ¿El centro ha redactado y difundido entre los y las profesionales, políticas y procedimientos para el uso de las intervenciones nombradas anteriormente?

8. ¿El centro ha facilitado, de algún modo, que la información sobre el plan de seguridad individual o las técnicas de desescalada puedan consultarse durante una crisis, y que estén integradas en el plan de tratamiento?

9. ¿Ha puesto el centro a disposición de los y las profesionales, personas expertas o consultoras en CF/A para asesorar sobre intervenciones que tienen en cuenta las experiencias traumáticas (*trauma informed care*), de apoyo general y de apoyo conductual para los/as usuarios/as que manifiestan conductas desafiantes constantemente?

Estrategia cinco: El papel de los/as usuarios/as en las Unidades de Hospitalización

OBJETIVO CINCO: garantizar la participación plena y formal de usuarios/as en diferentes roles de la unidad o centro para contribuir a la reducción de CF/A.

1. ¿El centro permite la participación a usuarios/a en cada oportunidad que es posible? Para los programas con menores, esto sería aplicable también a la familia.

2. ¿El centro contrata a usuarios/as como?

- a. Director/a de servicios de asesoramiento para usuarios/as
- b. Especialistas o trabajadores/as de apoyo mutuo
- c. Profesionales de acogida en las unidades de hospitalización

2. ¿El centro ha formado a sus profesionales sobre la importancia y necesidad de implicar a los/as usuarios/as en todos los niveles operativos?

3. ¿El centro ha incluido a usuarios/as en los comités y grupos de trabajo clave de la

organización?

4. ¿El centro ha empoderado a los/as usuarios/as para desempeñar su trabajo en el centro o unidad? ¿Les apoya para el desempeño de este trabajo (nuevas labores de los/as usuarios/as) mediante sistemas apropiados de supervisión?
5. ¿El centro ha puesto en marcha encuestas sobre la satisfacción de los/as usuarios/as? ¿Ha discutido los resultados con los/as profesionales? ¿Ha utilizado estos resultados para revisar los servicios que se proporcionan?
6. ¿El centro ha invitado a usuarios/as como personas defensoras/abogadas externas que hagan sugerencias o recomendaciones y se impliquen en los procedimientos?

Estrategia seis: Técnicas de análisis e informativas “debriefing”

Debriefing: *a partir de aquí, se utilizará el término debriefing para hacer referencia a las reuniones destinadas al análisis y a compartir información tras un episodio de CF/A.*

OBJETIVO SEIS: reducir el uso de CF/A mediante un análisis riguroso de los episodios de CF/A, y el uso de este conocimiento derivado de este análisis para evitar que estas prácticas se repitan en el futuro. Un objetivo secundario de esta intervención es intentar mitigar, en la medida de lo posible, los efectos adversos y potencialmente traumáticos de la CF/A tanto para los y las profesionales como para los/as usuarios/as y testigos de estos episodios.

Es imprescindible que el personal clínico y médico, incluida la Dirección Médica, participen en estas actividades.

1. ¿El centro ha revisado las normas y procedimientos para incluir dos actividades informativas (debriefing) para cada suceso? Tal y como se describe a continuación:
 - a. Sesión de debriefing in situ inmediatamente después del episodio, realizada por la persona supervisora de turno. Los objetivos son garantizar que todo el mundo esté seguro, que la documentación sea suficiente para ayudar en el análisis posterior, hacer una breve revisión con los/as profesionales implicados/as, usuarios/as y testigos del episodio para recopilar información, identificar posibles necesidades de cambio y garantizar que el/la usuario/a contenido está seguro/a y con un seguimiento apropiado.
 - b. Sesión de debriefing formal que incluya un análisis riguroso, uno o pocos días después del episodio, y que incluya la asistencia de los/as trabajadores/as implicados/as, del equipo de tratamiento y de una persona representante de la administración del centro. Se recomienda que dicha sesión de debriefing tenga una metodología rigurosa como la de Análisis de Causa Raíz (RCA - *Root Cause Analysis* -) u otra metodología de resolución de problemas, para identificar qué ha fallado, qué información ha faltado, qué podría haberse hecho de forma diferente y cómo evitarse en el futuro. También se recomienda que se utilice un análisis por pasos como el RCA en situaciones en las que alguna persona resulte lesionada; en las que la CF/A se haya utilizado más de dos veces en un mes; y en cualquier momento donde un evento de CF/A dure más de ocho horas.
 - c. ¿Ha garantizado el centro que en todas las sesiones informativas haya un/a usuario/a implicado/a, o bien un/a representante de éste/a? Es muy importante incluir la experiencia o la voz de los/as usuarios/as en esta actividad y si esta persona no puede o no quiere participar, se recomienda que otro/a usuario/a, o alguien del personal, actúe como defensora o representante de los intereses de esa persona en la reunión. También se recomienda que la persona que dirige la reunión esté bien versada en

metodología de resolución de problemas objetivos y no haya participado en el evento desencadenante.

2. ¿Las normas y procedimientos de estas sesiones especifican?:

- d. Los objetivos del debriefing
- e. Quién debe participar
- f. Responsabilidades/roles
- g. Proceso de la sesión
- h. Documentación necesaria
- i. Seguimiento

3. ¿El centro ha puesto en marcha la política y los procedimientos de debriefing para conseguir las respuestas de los/as profesionales sobre el episodio de CF/A, las de el/la usuario/a, y las de otras personas observadoras?

4. ¿Ha facilitado el centro formación sobre la utilidad del debriefing para modificar los planes de tratamiento?

5. ¿El centro ha intentado apoyar a los/as profesionales en sus respuestas individuales a los episodios de CF/A, hasta el punto de incluir servicios de apoyo al/a la trabajador/a u otro tipo de recursos de apoyo?

Seis Estrategias Clave para Reducir el uso de las Contenciones Físicas y el Aislamiento©

Ejemplo: Política y procedimiento de Debriefing para la reducción del uso de la Contención Física y/o Aislamiento (Kevin Ann Huckshorn, revised 2008)

El uso de CF/A implica intervenciones de alto riesgo, susceptibles de generar problemas a usuarios/as y a profesionales, por lo que deben evitarse siempre que sea posible. La CF/A solo debe usarse en aquellas situaciones en las que hay peligro inminente e inevitable. El uso de CF/A puede causar traumas y/o retraumatización en personas que ya son vulnerables, además de causar traumas, estrés o lesiones a profesionales. Prevenir el uso de CF/A es el objetivo organizacional, y supone la obligatoriedad del uso de procedimientos de análisis e información (debriefing) siempre que ocurra un episodio de CF/A.

Los procedimientos de Debriefing (Sesiones de Informativas y de Análisis) en esta estrategia se dividen en 3:

El primero se denomina “**Análisis inmediatamente posterior al episodio**” y tiene lugar inmediatamente después de un episodio de CF/A con todas las partes implicadas, incluidos los testigos.

El segundo se denomina “**Testimoniar y/o dar cuenta de lo ocurrido**” lo que implica que la persona responsable a cargo de la Unidad llame a un/a responsable de la dirección para relatar lo ocurrido 24 horas al día, 7 días a la semana.

El Tercero es una “**Sesión de análisis formal riguroso del episodio**” que tiene lugar durante las 24 -48 horas de trabajo que siguen a la CF/A y que incluye la participación de profesionales clave, y profesionales de la organización y de apoyo, así como de usuarios/as.

Análisis inmediatamente posterior al episodio

Procedimiento:

1. El/la supervisor/a clínico/a designado/a en la unidad (*onsite clinical supervisor or administrator/designee*) actuará inmediatamente cuando ocurra el episodio. Deberá ser un/a profesional clínico con formación en la política de CF/A y nunca alguna de las personas involucradas en el episodio que se va a analizar.
2. Al llegar a la unidad, este/a profesional estudiará inmediatamente el ambiente terapéutico para tratar de mantener la seguridad de todas las personas y asegurarse que los procedimientos se han llevado a cabo correctamente. A menos que ocurra una emergencia que requiera la intervención directa, su papel será documentar lo que ocurrió, quién participó, los antecedentes del caso, las alternativas menos coercitivas que se llevaron a cabo y los resultados, los comportamientos peligrosos específicos que obligaron al uso de la CF/A y la respuesta que se dio por parte del personal. Además, deberá valorar la seguridad física y emocional del/la usuario/a y otros testigos durante la CF/A.
3. Este/a profesional documentará sus hallazgos e informará de inmediato al/a la directivo/a de guardia (o a quien deba ser informado). Apoyará al personal de la unidad para que el ambiente retorne a la situación anterior a la crisis y asegurará que toda la documentación necesaria se cumplimente adecuadamente.

4. Cuando sea posible, este/a profesional participará en el debriefing. Si eso no es posible, el/la profesional, sea el/la enfermero/a responsable, u otra persona tendrá que comunicar lo ocurrido mediante documentación escrita, informe del turno o por teléfono, para la realización del debriefing formal. La idea es que la información sea valorada durante el debriefing formal que se efectuará con posterioridad, y que, finalmente, toda la información sea comunicada y compartida con todo el equipo.

5. En los centros donde no hay un profesional designado para estas funciones, será la persona supervisora de enfermería responsable quién tendrá que asumir la responsabilidad de estas actividades. Siempre es mejor que haya un/a profesional extra formado/a para actuar en este tipo de episodios, pero cuando no sea posible será la persona con más experiencia quién tendrá que hacerlo.

Testimoniar y/o dar cuenta de lo ocurrido

Procedimiento:

1. Este procedimiento supone que es el/la profesional clínico, responsable de pacientes (*senior clinical person responsible for patient*) quien comunica toda la información relativa a la CF/A al/a la profesional designado/a por la dirección en tiempo real (24 horas / vcx7 días a la semana). Este procedimiento supone que ha sido designado personal específico para recibir estas comunicaciones.

2. El/la profesional clínico responsable, miembro del equipo de la unidad, mejor capacitado/a para proporcionar la información clave a la dirección es quien deberá suministrarla mediante llamada telefónica. La información comunicada es crítica y puede incluir los siguientes aspectos (aunque no tiene por qué limitarse ellos):

A. Una descripción del episodio (qué ocurrió)

B. ¿Cuál fue el resultado (aislamiento, contención física, medicación involuntaria, lesiones al personal, a sí mismo/a o a otros/as pacientes)?

C. ¿Quién estuvo involucrado/a en los hechos que condujeron a la contención física, aislamiento u otro procedimiento involuntario?

D. ¿Cuáles eran los antecedentes? (historia clínica del/la paciente, episodios pasados, comportamiento inmediatamente antes del episodio)

E. ¿Hubo algún signo de aviso o cambios en la conducta del/la paciente antes del episodio y cómo reaccionó el personal a los mismos?

F. ¿Se sabía que era una persona con alto riesgo de conducta violenta? Si es así, ¿qué se hizo para prevenir este riesgo?

G. ¿Cuál fue el origen del conflicto, si lo hubo?

H. ¿Qué hizo el personal?

I. Cuando se observó el comportamiento en escalada, ¿qué intervenciones se llevaron a cabo? Y si así fue, ¿cuál fue la respuesta de la persona?

J. ¿Se estaba relacionando la persona con alguien del personal en ese momento, y trató ese profesional de intervenir? ¿Se estaba realizando algún acto u intervención con el/la paciente en ese momento? ¿Trató de intervenir el/la profesional que la realizaba?

K. ¿Se le ofrecieron alternativas a la persona antes de la CF/A? ¿Cuál fue la respuesta?

- L. ¿Disponía la persona de un plan de seguridad?, y si así era, ¿fue utilizado?
- M. ¿Qué personal estuvo directamente involucrado? ¿Se encuentra bien?
- N. ¿Está la persona en situación segura? ¿Dónde se encuentra ahora?
- O. ¿Qué ha hecho el personal para evitar otro episodio?
- P. Si la persona está hablando ¿qué está diciendo ahora mismo?
- Q: ¿Han sido entrevistadas las personas que presenciaron el episodio? ¿Cómo están en este momento?
- R. ¿Se ha preguntado y valorado el caso con el personal involucrado? ¿Cómo se siente ahora?
- S. ¿Hay algo, en este momento, que se pueda añadir sobre cómo podría haberse evitado la CF/A?
- T. ¿Puedes participar en el proceso de debriefing formal? si no fuera posible, ¿cómo podemos hacer llegar la información a los miembros del equipo que van a analizar el episodio?
- U. ¿Hay algo que se pueda hacer ahora para evitar que esto vuelva a suceder?
3. Se espera que la persona de la dirección "de guardia" responda a la llamada o la devuelva rápidamente. Se recomienda que la persona de la dirección "de guardia" tome notas informales respecto a lo que pasó junto con las notas que indican la necesidad de hacer seguimiento al día siguiente. Estas notas deberán ser discutidas con otros clínicos responsables de pacientes (*other senior clinical staff*) el siguiente día hábil, y las cuestiones que requieran seguimiento deberán haber sido transmitidas a la persona adecuada.
4. En general, este procedimiento está destinado a proporcionar tres resultados. En primer lugar, que el equipo de dirección esté informado oportuna y adecuadamente de lo que ocurre en las unidades y que conozca las condiciones de trabajo a las que se enfrenta el personal de atención directa. En segundo lugar, que el personal de atención directa sea consciente de que la organización también se ve afectada por estos episodios de CF/A, que su papel es apoyarles y que se encuentra disponible. Y en tercer lugar, para que el equipo de dirección, con poder formal, conozca las políticas, los procedimientos y las cuestiones operativas que pueden crear conflictos en las unidades, y que ayuden a reunir información útil para la formación y entrenamiento del personal.
5. Es muy importante que, a menos que exista una conducta negligente (o un trato vejatorio o inhumano) durante un episodio, no se determinen culpables y que la respuesta global no sea de naturaleza punitiva.
6. Por último, se recomienda que la responsabilidad de la persona que asuma el papel de "de guardia" en la dirección no sea siempre la misma. Esta responsabilidad puede ser perjudicial a veces, y estas funciones deben ser compartidas por más de una persona.

Sesión de análisis formal riguroso del episodio

Procedimiento:

1. Un análisis riguroso de la CF/A deberá realizarse en un plazo de 24 a 48 horas inmediatamente después del episodio.
2. El/la coordinador/a de la unidad, o persona designado por él o ella, programará el debriefing formal e informará a todas las personas que deberán participar, incluyendo a los miembros del equipo, el/la paciente y/o su apoderado, representante, igual o defensor/a, y todas las demás partes involucradas, así como otra persona de la organización que proceda convocar. Se pondrá el máximo de cuidado y atención

en la comodidad y seguridad del/la paciente implicado/a, en que ésta se realice con su consentimiento, y en que no se sienta excesivamente estresado, coaccionado, o abrumado por esta actividad.

En ciertas situaciones, donde el/la usuario/a no quiera o no puede participar, se harán todos los esfuerzos para entrevistar al/la usuario/a por anticipado, con el objetivo de recoger su punto de vista sobre lo ocurrido y su opinión de lo que podría haber evitado la CF/A. Esta entrevista adicional será documentada y llevada al debriefing formal por parte de un/a representante formal del/la usuario/a. El/la profesional de apoyo mutuo, si está disponible, será la persona ideal para recopilar este tipo de información.

3. El debriefing formal se iniciará con el proceso de PDCA (del inglés *Plan, Do, Check, Act*: planificar-hacer-verificar-actuar-). El PDCA es un proceso de mejora continua de la calidad que ofrece un mapa con el que analizar paso a paso y rigurosamente un problema así como implementar soluciones efectivas. "Planificar" ("*Plan*") hace referencia a la definición del problema (el episodio); analizar a fondo el problema y sus causas subyacentes; hacer una tormenta de ideas de posibles soluciones a las cuestiones subyacentes y causas que originan el desenlace; decidir sobre las soluciones, analizando aquellas que sean posibles, y crear un plan para implementar una solución al problema. "Hacer" ("*Do*"), se centra en la implementación de los esfuerzos basados en el primer paso. "Verificar" ("*Check*") se centra en la comprobación del proceso general mediante la evaluación de lo que funcionó y lo que no a través de indicadores medibles, haciendo ajustes o volviendo al banco de ideas si la solución fallara en el futuro, y revisando de nuevo las etapas de planificación, si lo ya planificado no funcionó o sólo funcionó parcialmente. "Actuar" ("*Act*") es el establecimiento de un nuevo sistema, políticas, procedimiento, protocolo o programa basado en resultados positivos, determinando cómo sostener y mantener la mejora en el futuro. La actividad formal de debriefing se apoya en el proceso PDCA y proporciona un circuito de retroalimentación entre la Actuación y la Planificación.

4. El debriefing debe incluir un análisis de: 1) desencadenantes, 2) conductas antecedentes, 3) conductas alternativas, 4) intervenciones o alternativas menos coercitivas que se intentaron, 5) preferencias de desescalada o medidas de seguridad identificadas y 6) estrategias del plan de tratamiento.

5. La persona moderadora que conduce el debriefing debe ser clínicamente experta en el análisis de las causas raíz y debe ser una persona que no haya participado directamente en la CF/A. Las preguntas formuladas por esta persona se orientarán por las características individuales inherentes al episodio de CF/A, aunque también por las características comunes de estos episodios, preguntando por el mínimo común denominador de todos los episodios. La persona moderadora tendrá que ser experta y conocedora de los pasos comunes que ocurren en una escalada de comportamiento, que desemboca en la utilización de una contención física o aislamiento, y en las oportunidades de intervenciones efectivas que se pueden emplear para evitar la CF/A, en técnicas de desescalada, y en cuando la CF/A realmente es el último recurso para evitar lesiones y minimizar el trauma. El proceso de debriefing conduce a obtener recomendaciones tanto para el personal administrativo y clínico como para el desarrollo del equipo clínico y del personal de atención directa. Los pasos que se describen a continuación incluyen ejemplos de preguntas que pueden estimular la reflexión y el debate.

Árbol para la Prevención de la Contención Física y el Aislamiento, oportunidades de intervención del personal y preguntas para el Debriefing

Paso 1: ¿Se ha creado un ambiente terapéutico en el que se minimiza el conflicto (o no)?

Se pide al personal que considere si la dirección ha hecho todo lo posible para crear un entorno que evite el conflicto y la agresión. Las intervenciones preventivas potenciales incluyen el uso del lenguaje sin etiquetas ("*person-first language*"); adopción de una filosofía de la atención sensible a las vivencias traumáticas y enfocada a la recuperación; contrastar la práctica real, las políticas y los procedimientos con los valores de la recuperación y de una práctica sensible a las experiencias del trauma; asegurar que el personal tiene conocimientos, destrezas y habilidades para establecer relaciones terapéuticas desde el momento en que la persona ingresa en la unidad; hacer que el ambiente terapéutico sea de acogida y no estresante; utilizar herramientas de prevención, como evaluaciones en la admisión, que tengan en cuenta experiencias de trauma, evaluación de riesgos, planificación de la seguridad, las salas sensoriales y de confort, y evitar la coerción explícita y encubierta.

Preguntas a considerar o explorar:

- 1) ¿El ambiente era tranquilo y acogedor?
- 2) ¿El ambiente era personalizado y normalizador o era normativo e institucional?
- 3) ¿El ambiente estaba calmado y silencioso?
- 4) ¿Algún miembro del personal había realizado alguna intervención con el/la paciente?
- 5) ¿Hubo indicaciones sobre las normas, advertencias u otras indicaciones, que pudieron causar sensación de opresión?
- 6) ¿Fue la persona testigo de una CF/A u otro evento perturbador?
- 7) ¿Cuáles fueron los desencadenantes para el comportamiento agresivo o peligroso?
- 8) ¿Conocíamos suficientemente a la persona para saber cuáles eran sus detonantes personales?
- 9) ¿Era la persona superviviente de un trauma? y de ser así, ¿hubo algo en el ambiente que pudo recrear el trauma?
- 10) ¿Cuál fue el detonante?
- 11) ¿Tuvo alguien la oportunidad de hablar con la persona o revisar la situación antes de que ocurriera el episodio?
- 12) ¿Cambió la conducta del/de la paciente durante el turno en el que se produjo la CF/A o antes?
- 13) ¿Quería algo la persona antes de que ocurriera el episodio?

Paso 2: ¿Podría haber sido evitado el detonante (enfermedad, personal, medio ambiente) del conflicto (o no)?

Se trata de valorar la adecuación del proceso de evaluación y admisión, y la recogida específica de información de factores de riesgo de conflicto y violencia que hubieran alertado al personal de la necesidad de intervenciones inmediatas y preventivas. Por ejemplo, ¿era el personal consciente de que la persona había dejado la medicación durante algún tiempo? ¿Había sido este aspecto abordado de inmediato en el momento del ingreso? ¿En el proceso de admisión se había analizado la información relacionada con posibles episodios anteriores de agresión o violencia en las unidades de hospitalización y/o de eventuales episodios de CF/A? ¿El personal sabe, o averigua durante la admisión, los detonantes individuales que hacen que esta persona entre en conflicto, muestre ansiedad, miedo, incomodidad, etc.? Si es así, ¿esta información ha sido documentada para que pueda ser utilizada/comunicada? ¿Se utilizan herramientas como la planificación anticipada de decisiones, voluntades anticipadas o planes de seguridad? ¿La Unidad entiende la importancia de minimizar una cultura de la atención basada en normas; minimizando los tiempos de espera, evitando situaciones cotidianas del servicio en las que las personas puedan sentir vergüenza o sentirse humilladas (de modo intencionado o no intencionado)?

Preguntas para explorar este aspecto:

- 1) ¿Participó la persona en el proceso de admisión y de planificación del tratamiento?
- 2) ¿Se efectuó una evaluación de sus experiencias traumáticas?
- 3) ¿Se realizó un plan de seguridad?
- 4) ¿Se sabía si la persona había experimentado antes una CF?
- 5) ¿Recibió alguna llamada telefónica o visita (o por el contrario no la tuvo) que podrían haber causado la escalada?
- 6) ¿Estaba la persona preocupada por algo?
- 7) ¿Tuvo que esperar un tiempo excesivo para algo que quería?
- 8) ¿Comunicó al personal que necesitaba ayuda, atención o asistencia de antemano?
- 9) ¿Se había sentido la persona ignorada, tratado con rudeza, avergonzada o humillada, a consecuencia de algún comportamiento?
- 10) Si estaba tomando medicación ¿tenía los niveles terapéuticos correctos? ¿Experimentaba efectos secundarios?
- 11) ¿Estaba la persona experimentando signos y síntomas de la enfermedad mental?
- 12) ¿Fue orientada sobre el funcionamiento de la unidad y sus normas?
- 13) ¿Se trataba de su primera hospitalización?

Paso 3: ¿El personal estaba al tanto y respondió a tiempo (o no)?

En este paso se trata de analizar la cultura y el conocimiento del personal sobre la importancia de dar respuesta inmediata y directa a los cambios comportamentales en el medio. En muchas unidades el personal no responde de inmediato debido a la falta de conocimiento sobre los tipos de escalada de comportamiento, que pueden incluir tanto la agitación obvia, como comportamientos de aislamiento. En otras unidades, al personal se les ha enseñado a ignorar los cambios de comportamiento disruptivos o diferentes, basándose en la creencia de que se trata de comportamientos para llamar la atención y que ignorándolos pueden desaparecer. Sin embargo, en las unidades orientadas a la recuperación, los cambios en los comportamientos se observan como "intentos de comunicación", aunque tal vez no se realicen de forma clara o directa, y se entiende que requieren una respuesta inmediata y respetuosa. El personal de la unidad debe ser entrenado para observar, detectar y responder a los cambios individuales en el comportamiento o en el ambiente, como parte de su trabajo y como una habilidad importante en el perfeccionamiento del "uso terapéutico de uno/a mismo/a", entendiendo que es una parte esencial de su trabajo como profesional de la salud mental.

Preguntas a realizar:

- 1) ¿Quién respondió a la persona y en qué momento?
- 2) ¿Hubo alguna advertencia de que la persona estaba molesta?
- 3) ¿Cuáles fueron los primeros signos y quién tomó nota de ellos?
- 4) Si nadie se dio cuenta, ¿por qué?
- 5) ¿Debería haber estado en estado de monitorización / observación?

Paso 4: ¿Se eligió una intervención eficaz por parte del personal (o no)?

En este paso se valoran los conocimientos, habilidades, capacidades y el empoderamiento del personal de la unidad para conocer y abordar directa e inmediatamente, con un enfoque de mínima restricción, las situaciones de escalada emocional o de comportamiento. La capacidad de formular una respuesta inmediata a una escalada de conducta o problema emocional no es innata y normalmente requiere formación, y haber tomado ejemplo de los/as profesionales clínicos de mayor experiencia en la unidad. Además, la organización tiene que empoderar y capacitar al personal para ser creativos y saber cuándo saltarse normas de la unidad con el objetivo de evitar una CF/A siempre que se den las condiciones de seguridad adecuadas. Ejemplos de estos últimos casos podrían ser: permitir que alguien deje una actividad grupal, dejando que la persona esté sola en su habitación durante el tiempo de la actividad; dejar que la persona salga a fumar con un miembro del personal, incluso en momentos en los que las normas no lo permitirían; realizar una merienda entre comidas, permitir realizar una llamada telefónica o una visita, en horarios no establecidos para ello, etc.

A menudo las reglas de las unidades, son interpretadas por el personal como "sagradas" y éstas pueden impedir el uso de medidas poco coercitivas, dando lugar finalmente a una CF/A que podía haber sido evitada. Además, los temores del personal de que incumplir las normas conduce al caos, en general, no son ciertos. El caso de pacientes concretos que parecen conseguir que el personal "haga excepciones" ante su comportamiento disruptivo requerirá de la evaluación por parte del personal del equipo de tratamiento clínico. En general, en nuestro entorno basado en normas, es bastante fácil etiquetar a las personas de "manipuladoras" cuando tratan de conseguir que se hagan excepciones a las normas, pero es importante recordar que las normas son de carácter institucional de la unidad y no las seguiríamos ni aplicaríamos si el/la paciente estuviera en la comunidad (atendido en su medio habitual).

La capacidad del personal para ser creativo y dedicar tiempo para tratar de conocer a la persona y sus necesidades en situaciones de crisis, es inmensamente útil y debería ser parte de las exigencias de conocimientos, habilidades y destrezas en las descripciones de los puestos de trabajo de la organización y de los procesos de evaluación del desempeño profesional.

Preguntas a realizar:

- 1) ¿Qué se intentó en primer lugar y quién lo hizo?
- 2) ¿Por qué se eligió esa técnica o intervención?
- 3) ¿Hubo algo que impidió intervenir?
- 4) ¿Hubo alguien que impidió intervenir?
- 5) ¿Se demoró la intervención por algún motivo?
- 6) ¿Cómo respondió la persona?
- 7) ¿Cuál era el estado emocional de la persona en ese momento?
- 8) ¿Cuál era el estado emocional del personal en ese momento?
- 9) ¿Qué otra cosa podría haberse intentado, pero no se intentó?
- 10) ¿Por qué no se intentó?

Paso 5: Si la intervención no tuvo éxito ¿se intentó alguna otra (o no)?

El personal debe continuar intentando alternativas hasta que una intervención funcione, o hasta que el comportamiento se intensifique, de tal modo que se llegue a una situación de peligro que haga inevitable la CF/A. En este caso, la situación se denomina "fracaso de tratamiento", no porque el/la profesional de modo individual haya fracasado, sino porque no se disponía de información suficiente sobre la persona o aún no se había tenido la oportunidad de construir una relación terapéutica en la que la intervención elegida hubiera sido eficaz.

Las preguntas que se deben realizar son las mismas que en el paso 4.

Paso 6: ¿Se utilizó la CF/A sólo como respuesta a una situación de peligro inminente (o no)?

Se trata de valorar si ha habido una utilización prematura de CF/A ante un comportamiento agitado, disruptivo o, por momentos, destructivo, pero en el que la persona todavía tiene control y puede ser implicada en una intervención de desescalada. Se analizan los patrones o normas que permiten, desde el punto de vista de la práctica de la unidad, el uso de la CF/A, por ejemplo, "cada vez que alguien golpea a alguien o lanza algo" aunque luego deje de hacerlo, u otras prácticas usuales que no figuran en ningún lugar pero que son habituales para tomar la decisión de realizar una CF/A. Los patrones de respuesta del personal a "categorías" de comportamiento tales como "tirar algo", "golpear objetos inanimados", "negarse a levantarse del suelo" o "patear o golpear", deberían ser discutidos, revisados y re-formulados. A veces estos patrones se deben a que el personal no entiende los signos y síntomas de la enfermedad mental, o que son respuestas comunes a la historia de trauma, lo que deriva en que la persona sea culpada por actuar de un modo intencionado y que por tanto debe tener consecuencias. A pesar de ello, hay que mostrar cautela y asegurar que el personal se sienta libre para responder si percibe que está en peligro, y que si las respuestas son innecesariamente coercitivas se abordarán a través de la formación y la supervisión.

Preguntas a realizar:

- 1) ¿Cuál fue el comportamiento exacto que justificó el uso de la CF/A?
- 2) ¿Existía una situación de peligro inminente? ¿Qué habría ocurrido si no se hubiera utilizado la CF/A?
- 3) ¿Quién tomó la decisión? ¿Por qué?
- 4) ¿Estaba justificada la decisión del personal basada en su formación, experiencia y conocimiento de la persona a la que se le practicó la CF?

Paso 7: ¿Se aplicó la CF/A de modo seguro?

En cada paso de la CF/A un responsable clínico evaluará si el personal siguió la política y el protocolo establecido. Además, en algunas unidades puede ser necesario revisar los protocolos que se utilizan en términos de factores de riesgo médicos/físicos y el uso de la contención en decúbito prono.

Preguntas a realizar:

- 1) ¿Cómo fue aplicada la CF/A? ¿Se siguieron las precauciones de seguridad establecidas en el protocolo?
- 2) ¿Había personal disponible y suficiente para ayudar?
- 3) ¿Realizó la supervisión de la CF/A un/a profesional de enfermería?

Paso 8: ¿Fue la persona monitorizada de forma segura?

Tener presencia física durante la CF, acompañar a la persona, es el modo más eficaz de garantizar la seguridad. Esto no puede ser sustituido por el uso de cámaras, o por el hecho de visitar a la persona cada 10 o 15 minutos. El monitoreo constante de la persona con presencia física en todo momento es el estándar esperado para poder observar angustia u otros problemas.

El acompañamiento físico en todo momento se está convirtiendo en una práctica habitual. Es importante seguir los estándares de las Guías de la *Joint Commission (JCAHO)*³ sobre ir al baño, alimentación y líquidos, amplitud de movimiento y revisión de las extremidades.

Preguntas a realizar:

- 1) ¿Con qué frecuencia se realizó un control del estado de la persona?
- 2) ¿Se sujetó a la persona en posición prona o supina y por qué?
- 3) ¿Qué protocolo se ha seguido? ¿Se ha documentado?
- 4) ¿Se siguieron los procedimientos y/o protocolos del Hospital?

Paso 9: ¿Fue la persona liberada de la CF lo antes posible (o no)?

Las decisiones sobre cuándo liberar a una persona de una CF/A, a menudo requieren de la participación de un/a profesional experimentado/a, con formación adecuada sobre los riesgos físicos y emocionales inherentes al uso de la CF, con un gran conocimiento de la conducta humana, y buen juicio clínico. Las personas (adultas o menores) que se encuentran bajo una CF/A, no deberían tener que “someterse” o “pasar por el aro” para demostrar que pueden ser liberadas de dicha CF/A. Los criterios para decidir finalizar una CF/A deben ser responsabilidad del personal y derivados de una evaluación que establezca que la persona ha recuperado el control. De modo general, utilizar preguntas sencillas como “¿cómo estás?”, “¿crees que podemos soltarte?”, “¿crees que si te soltamos no te harás daño?, ¿estás seguro/a de que no le harás daño a otra persona?”, suelen ser suficientes para evaluar si la persona ha recuperado el control. En el caso de personas que no son conocidas en la unidad o que tienen antecedentes de violencia intencional, es necesario realizar una evaluación meticulosa. En el caso de personas que se queden dormidas, la mejor práctica es finalizar la contención física o el aislamiento, acompañado de una observación continua con presencia física, hasta que la persona se despierte y se puede evaluar su estado. La norma de que la CF/A dure 2-4 horas o menos puede ayudar al personal a decidir finalizar una CF/A de una manera oportuna.

Preguntas que se pueden hacer:

- 1) ¿Cuándo finalizó la CF/A?
- 2) ¿Quién tomó la decisión y en qué se basó?
- 3) ¿Se siguió el protocolo?
- 4) ¿Podía haber sido puesta en libertad antes?
- 5) ¿Se le dejó en libertad antes de tiempo? ¿Por qué?
- 6) ¿Cuáles fueron los criterios de liberación documentados que se utilizaron? ¿Fueron los apropiados?

Paso 10: ¿Se llevaron a cabo las actividades posteriores al episodio (o no)?

³ Nota de los/as traductores/as: La JCAHO es una organización de Estados Unidos de gran prestigio que acredita y certifica las intervenciones sanitarias fijando estándares de calidad. Dispone de estándares y guías para la utilización de la CF/A <http://www.jointcommission.org>

Este paso sirve para informar a la organización sobre el proceso de debriefing. El primer paso, descrito anteriormente, es la respuesta inmediata que ofreció el/la supervisor/a o profesional clínico/a responsable de pacientes. Los objetivos de esta respuesta inmediata deben asegurar:

- La seguridad de la persona, el personal y los/as testigos del episodio;
- Que la documentación es correcta y cumple con el estándar de la organización;
- Que la información necesaria para informar en el proceso de debriefing se ha recogido en tiempo real por una persona no involucrada en el episodio;
- Que el ambiente retornó a la situación previa al episodio.

También se debe incluir que el debriefing formal se produjo de modo oportuno, riguroso, basado en la solución de problemas, y que el proceso se realizó paso a paso con el objetivo de obtener ideas y actividades de mejora. Los debriefings, inmediatos y formales, deben ser documentados y guardados.

Preguntas a realizar:

- 1) ¿La respuesta inmediata y debriefing formal se llevaron a cabo? ¿En qué momento?
- 2) Quien llevó a cabo la respuesta inmediata ¿eran profesionales no involucrados en el episodio?
- 3) ¿Fue documentado? ¿Qué se hizo con los resultados?
- 4) ¿Los resultados sirvieron para el debriefing formal y la práctica en general?
- 5) ¿Se han documentado los procedimientos y resultados del debriefing? ¿Dónde?
- 6) ¿Hubo usuarios/as contratados/as o personas representantes involucradas en el proceso de debriefing?
- 7) ¿Participó la persona en el debriefing? ¿Aceptó la persona ser entrevistada por un agente de apoyo mutuo?

Paso 11: ¿Ha habido un aprendizaje de todo el proceso y de sus resultados?, Dicho aprendizaje ¿ha sido integrado en el plan de tratamiento de la persona y en las prácticas (o no)?

La integridad del proceso de información se puede medir por el aprendizaje que se produce y los cambios, modificaciones, nuevas acciones, eliminaciones, etc. que pueden realizarse en los procedimientos. El proceso de debriefing debe considerarse como un proceso de mejora continua de la calidad, que se traduce en aprender de los errores y la elaboración de nuevas respuestas, incluyendo cambios en las normas y procedimientos, cambios en el plan de tratamiento individual, revisiones del plan de desescalada, inclusión de contenidos para la formación de profesionales, asesoramiento individual del personal, clarificación de valores, evaluación de las reglas de funcionamiento, etc.

Preguntas que se pueden realizar:

- 1) ¿Qué se aprendió sobre el episodio de CF/A en el proceso de debriefing?
- 2) ¿Sirve este aprendizaje para orientar políticas, prácticas, procedimientos, reglas, el plan individual de tratamiento, la formación del personal, las normas de la unidad?
- 3) Derivado del episodio concreto ¿el personal recibió nueva formación o asesoramiento?

Nota: Esta política y procedimiento de debriefing deben ser utilizados como una guía. Con este fin es probable que su extensión y grado de detalle sea mayor que en la mayoría de políticas y procedimientos. Los hospitales y unidades tendrán que adaptar su procedimiento individual para satisfacer sus necesidades y capacidades. Para las unidades que utilizan con frecuencia contenciones y no se pueda realizar este nivel de debriefing en cada incidente, se recomienda que el equipo de reducción de CF/A determine qué frecuencia o características concretas de los episodios de contención determinarán la activación de este nivel de revisión. Por ejemplo, cualquier niño/a que es contenido/a, cualquier evento que da lugar a una lesión, o un patrón de uso atípico en una unidad o miembro del personal que puede indicar necesidades adicionales de formación...