

Artículo de investigación original

Reducción en el requerimiento de sedación tras adoptar una política de puerta abierta en una unidad de cuidado crítico psiquiátrico de mujeres en Cali, Colombia: un estudio de cohorte.

Minimizing sedation requirements in an open-door psychiatric care policy: A cohort study of an all-female psychiatric ward in Cali, Colombia.

Javier Guillermo Díaz-Collazos^{1,a,b,c}, Alejandro Castillo-Martínez^{2,d}, María Juliana Martínez-Latorre^{3,e}, Luisa Fernanda Daza-Cardona^{3,e}, Luisa Alejandra Gil-Oca^{4,a}, María Corina Ochoa-Rojas^{5,f}, Lorena Figueroa-Buitrago^{3,a}, Juan Pablo Gil-Díaz^{6,g}, William Fernando Pérez-Muñoz^{6,a,h}, Shirley Chilatra-Osorio^{7,g}, Laura Marcela Barón-Castaño^{8,e,i}

1. Médico, Especialista en Psiquiatría, Magister en Epidemiología, Profesor Departamento de Clínicas Médicas.
2. Médico, Especialista en Psiquiatría, Magister en Epidemiología.
3. Médica, Especialista en Psiquiatría.
4. Médica.
5. Médica, Especialista en Psiquiatría, Magister en Epidemiología Clínica, Fellowship en Psiquiatría Infantil y del Adolescente.
6. Médico, Especialista en Psiquiatría.
7. Enfermera, Magister en Salud Mental Niño y Adolescente.
8. Médica, Especialista en Psiquiatría, Fellowship en Neuropsiquiatría.

- a. Universidad Libre Cali (Colombia).
- b. Pontificia Universidad Javeriana Cali (Colombia).
- c. Universidad del Valle (Colombia).
- d. Hospital Universitario Fundación Valle de Lili (Colombia).
- e. Universidad Tecnológica de Pereira (Colombia).
- f. Pontificia Universidad Javeriana Bogotá (Colombia).
- g. Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle E.S.E (Colombia).
- h. Oportunidad de Vida.
- i. Hospital Departamental Universitario del Valle (Colombia).

CORRESPONDENCIA

Javier Guillermo Díaz Collazos
ORCID ID <https://orcid.org/0009-0006-5212-8112>
Pontificia Universidad Javeriana Cali (Colombia).
E-mail: javier.diaz@javerianacali.edu.co

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores del artículo hacen constar que no existe, de manera directa o indirecta, ningún tipo de conflicto de intereses que pueda poner en peligro la validez de lo comunicado.

RECIBIDO: 29 de agosto de 2025.
ACEPTADO: 02 de julio de 2026.

RESUMEN

Objetivo: Comparar el requerimiento de sedación parenteral por agitación psicomotora durante los primeros 10 días de estancia entre pacientes hospitalizadas en una unidad de cuidado crítico psiquiátrico (UCCP) de puertas cerradas (cohorte de puertas cerradas o CPC) versus el requerimiento de sedación parenteral en pacientes hospitalizadas en una UCCP de puertas abiertas (cohorte de puertas abiertas o CPA) en un hospital de salud mental de Cali, Colombia. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo durante el periodo comprendido entre 2017 y 2019. El grupo control estuvo conformado por 336 pacientes hospitalizadas bajo el modelo de puertas cerradas, mientras que el grupo expuesto incluyó a 333 pacientes hospitalizadas bajo el modelo de puertas abiertas. La variable de desenlace principal fue la presencia o ausencia de requerimiento de sedación parenteral durante los primeros 10 días de hospitalización. **Resultados:** La probabilidad de requerir al menos un evento de sedación parenteral durante los primeros 10 días de hospitalización en sala fue un 56% menor en la CPA en comparación con la CPC (OR=0,44, IC 95% 0,32-0,59). El OR obtenido tras el análisis multivariado se ajustó por potenciales variables de confusión, las cuales no modificaron de manera significativa el valor absoluto del OR obtenido en el análisis bivariado. **Conclusión:** Se identificó una asociación protectora frente al requerimiento de sedación parenteral por agitación psicomotriz, registrándose una probabilidad un 56 % menor en la CPA respecto a la CPC. Los hallazgos de este estudio son congruentes con la literatura científica, donde se reporta una reducción de las medidas coercitivas en entornos asistenciales abiertos.

Palabras clave: Puertas abiertas, medidas coercitivas, tratamiento obligatorio, contención, aislamiento.

ABSTRACT

Objective: To compare the requirement for parenteral sedation due to psychomotor agitation during the first 10 days of stay between patients hospitalized in a locked psychiatric intensive care unit (PICU) (locked cohort or CPC) versus the requirement for parenteral sedation in patients hospitalized in an open PICU (open cohort or CPA) at a mental health hospital in Cali, Colombia. **Materials and methods:** A retrospective cohort study was conducted during the period from 2017 to 2019. The control group consisted of 336 patients hospitalized under the locked model, while the exposed group included 333 patients hospitalized under the open model. The primary outcome variable was the presence or absence of the requirement for parenteral sedation during the first 10 days of hospitalization. **Results:** The probability of requiring at least one event of parenteral sedation during the first 10 days of ward hospitalization was 56% lower in the CPA compared to the CPC (OR=0.44, 95% CI: 0.32–0.59). The OR obtained after the multivariate analysis was adjusted for potential confounding variables, which did not significantly modify the absolute value of the OR obtained in the bivariate analysis. **Conclusion:** A protective association was identified against the requirement for parenteral sedation due to psychomotor agitation, recording a 56% lower probability in the CPA compared to the CPC. The findings of this study are consistent with scientific literature, where a reduction in coercive measures in open care environments is reported.

Key words: Open doors, coercive measures, compulsory treatment, restraint, seclusion.

Díaz-Collazos JG, Castillo-Martínez A, Martínez-Latorre MJ, Daza-Cardona LF, Gil-Oca LA, Ochoa-Rojas MC, *et al.* Reducción en el requerimiento de sedación tras adoptar una política de puerta abierta en una unidad de cuidado crítico psiquiátrico de mujeres en Cali, Colombia: un estudio de cohorte. *Salutem Scientia Spiritus* 2026; 12(3):37-46.



La Revista Salutem Scientia Spiritus usa la licencia Creative Commons de Atribución - No comercial - Sin derivar.

Los textos de la revista son posibles de ser descargados en versión PDF siempre que sea reconocida la autoría y el texto no tenga modificaciones de ningún tipo.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad mental, en su definición, estuvo adaptada a los distintos enfoques que tomaron los modelos científicos, lo cual dificultó la tarea de su conceptualización; sin embargo, se pudo explicar como un proceso en el que el sujeto vivió en ausencia de salud, presencia de sufrimiento y alteración significativa en la cognición, y que se asoció a angustia, discapacidad funcional y el desarrollo de un comportamiento socialmente desviado.^{1,2}

De manera similar, la enfermedad mental aguda o trastorno mental severo (TMS) supuso la presencia de alteraciones estructurales, emocionales y de personalidad, independientemente de su duración, que pudieron llevar a discapacidad significativa.³ Dado que los trastornos mentales presentaron períodos de agravamiento o exacerbación de síntomas en los que emergieron conductas que pudieron comprometer la vida del sujeto o la vida de personas de su entorno, se hizo necesario estabilizar dichos síntomas en un proceso terapéutico intrahospitalario con el fin de reintegrar al sujeto a la comunidad.⁴ Fue menester entonces ofrecer un ambiente de hospitalización psiquiátrica integral, primero asegurando medidas de contención y acompañamiento en las primeras etapas en las que los síntomas se debieron estabilizar y, posteriormente, garantizando herramientas para sostener el bienestar vital del paciente.⁴ Sin embargo, surgió el reto de cómo auxiliar al paciente que atravesaba una crisis aguda de la enfermedad mental que padecía, buscando un entorno seguro para él, así como para el personal que lo atendía, y en lo posible empleando las formas más seguras y humanizadas para la contención de las conductas disruptivas o autolesivas que se presentaron en esta población.⁴

Usualmente, los usuarios más sintomáticos, quienes presentaban conductas de mayor agresividad o mayor riesgo de suicidio, fueron hospitalizados en unidades de cuidado crítico psiquiátrico (UCCP).⁵ En esta lógica, una UCCP se describió como una sala con un alto número de personal de enfermería, construida y diseñada en un plano que facilitaba la observación de los pacientes por parte del personal. En la mayoría de los casos fueron de puertas cerradas y con áreas de aislamiento.⁶ En este modelo de atención, los pacientes con psicosis y con conductas potencialmente agresivas o suicidas debían contar con un alto grado de contención, y de este modo prevenir las evasiones institucionales.⁷

En la actualidad, aún prevaleció el modelo de hospitalización de puertas cerradas en las UCCP, pese a no contar con evidencia que demostrase su efectividad.⁶ El temor de “abrir las puertas” radicó en la posibilidad del aumento de evasiones y del número de agresiones al personal o a otros pacientes, entre otros posibles eventos adversos.⁷ En la última década surgió literatura que documentó experiencias de instituciones de diversos países como Australia, Suiza y Nueva Zelanda, que habían abierto las puertas de las UCCP. Aunque la mayoría se trató de estudios descriptivos

y cuasiexperimentales, los hallazgos mostraron varios beneficios: se observó una reducción significativa en el requerimiento de aislamientos, una reducción en el número de pacientes que debían tomar la medicación en contra de su voluntad y una reducción de la conducta agresiva, sin que se reportara un aumento en las tasas de evasión o suicidios intrahospitalarios.⁷⁻¹³ Pese a esto, el número de unidades de puertas cerradas siguió creciendo en países como el Reino Unido.^{17,18} Posiblemente, se trató de un modelo de atención paradigmático en el que el paciente con trastorno mental agudo requería categóricamente un espacio cerrado para su contención. Por otro lado, durante las hospitalizaciones de los pacientes con trastorno mental severo, se hizo uso de medidas terapéuticas coercitivas o medios de contención con el fin de salvaguardar la integridad del paciente y del personal de salud;⁴ por ejemplo la sedación parenteral, la inmovilización y el aislamiento. La sedación parenteral o tranquilización rápida se definió como el requerimiento de medicación administrada por vías distintas a la oral (más frecuentemente por vía intramuscular y en muy pocas ocasiones, por vía intravenosa); usualmente, se administraron fármacos como las benzodiazepinas (midazolam, lorazepam), y antipsicóticos como haloperidol u olanzapina.¹⁴

En Colombia, luego de la revisión bibliográfica, no se encontraron estudios donde se caracterizara o se explorara la infraestructura de los hospitales psiquiátricos del país. Un estudio cualitativo realizado en la ciudad de Bogotá, en el cual se incluyó la opinión de 22 expertos en psiquiatría respecto a la proyección de las instituciones psiquiátricas en Colombia para el año 2025, mencionó cierta incertidumbre en el desarrollo de las instituciones que prestan atención en salud mental, además de resaltar la necesidad de un mayor abordaje del ámbito comunitario, descentralizar la salud mental y fortalecer la reintegración del paciente a la comunidad en lugar de crear un mayor número de camas u hospitales. En cuanto a la infraestructura física de los hospitales, no se mencionó la transición de puertas cerradas a puertas abiertas.¹⁵

En Cali, una de las instituciones psiquiátricas de referencia en el suroccidente del país es el Hospital Departamental Psiquiátrico del Valle E.S.E. (HDPUV). Se trató de una institución que contaba con 228 camas para hospitalización de alta y mediana complejidad. De estas 228 camas, 64 fueron de cuidado crítico, distribuidas en dos salas; una sala para manejo de hombres (con 32 camas) y una sala para manejo de mujeres (32 camas). Ambas UCCP contaron con una infraestructura de puertas cerradas (esto es, salas con una estación panóptica de enfermería, sin privacidad y con una puerta de hierro permanentemente cerrada, cuyas llaves solo poseía el personal tratante). Las demás camas de hospitalización estuvieron distribuidas en seis salas que contaban con una infraestructura de puertas abiertas (salas con una estación de enfermería ubicada periféricamente, con cuartos bipersonales que conservaban cierto grado de privacidad, una puerta de madera que permanecía abierta y un área común con

espacio verde) y estuvieron destinadas para pacientes menos críticos o que se encontraban en proceso de recuperación.¹⁶ En el HDPUV se realizó un proceso de remodelación de la infraestructura de la UCCP de mujeres. Los trabajos de remodelación iniciaron en noviembre de 2018 y se extendieron hasta noviembre de 2019. Para dar continuidad al manejo de las pacientes hospitalizadas en la UCCP de mujeres, dicha unidad se trasladó a una de las unidades de puertas abiertas del hospital. Durante el año en el cual la UCCP de mujeres permaneció bajo un modelo de puertas abiertas, hubo una percepción subjetiva de un menor requerimiento de sedaciones parenterales por agitación psicomotora, respecto al año anterior cuando la unidad era de puertas cerradas.

El objetivo de este estudio fue comparar el requerimiento de sedación parenteral por alteraciones psicomotoras durante los primeros 10 días de hospitalización, en las pacientes que ingresaron a la UCCP de mujeres durante el periodo comprendido entre el 8 de noviembre de 2017 y el 7 de noviembre de 2018 (periodo de puertas cerradas), frente al requerimiento de sedación parenteral durante los primeros 10 días de hospitalización, en las pacientes que ingresaron a la UCCP de mujeres durante el periodo comprendido entre el 8 de noviembre de 2018 y el 7 de noviembre de 2019 (periodo de puertas abiertas) en el HDPUV.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de cohortes retrospectivo. Se tomó como grupo control las pacientes que fueron hospitalizadas en la UCCP en noviembre 8 de 2017 hasta noviembre 7 de 2018, tiempo en el cual la unidad se manejó bajo el modelo de puertas cerradas (CPC). El grupo de exposición fue el de las pacientes que ingresaron a hospitalización desde noviembre 27 de 2018 hasta noviembre 7 de 2019, tiempo en el cual la unidad fue trasladada a sala de puertas abierta (CPA). La exposición de puerta abierta o puerta cerrada se tomó como la variable independiente y como variable de desenlace el requerimiento o no de sedaciones parenterales durante los primeros 10 días de hospitalización. Se incluyeron pacientes con una edad igual o mayor de 18 años, y edad igual o menor de 70 años y se excluyeron aquellas pacientes de estancia crónica que por motivos psicosociales residían en la institución, aquellas pacientes que, por trámites administrativos, o por congestión del servicio de hospitalización, permanecieron más de 96 horas en el servicio de urgencias o en otras salas diferentes a la unidad de cuidado crítico, y aquellas que tuvieron una estancia hospitalaria menor a diez días.

El estudio incluyó el total de la población atendida en los dos años ya descritos, y que cumplieran los criterios de inclusión. No se realizó muestreo ya que se incluyó la totalidad de la población. Durante ambos periodos no hubo cambios en el personal tratante, en las indicaciones de hospitalización ni en los protocolos de atención. Sin embargo, durante el periodo de exposición, se vio

afectada la prestación de terapia electroconvulsiva por las remodelaciones en el servicio. Se caracterizaron variables sociodemográficas y clínicas para ambos grupos para medición de variables de confusión. Los datos se obtuvieron a partir del servicio de estadística, que proveyó el listado de pacientes hospitalizados entre noviembre de 2017 y noviembre de 2019. Se obtuvieron en total 5606 atenciones hospitalarias en dicho periodo. Se realizó una primera depuración, eliminando duplicados y pacientes que no cumplieran los criterios de inclusión. Se obtuvieron en total 767 pacientes, de las cuales 669 cumplieron los criterios de inclusión al realizar una segunda depuración.

Para el análisis de datos se excluyeron las sedaciones aplicadas en el servicio de urgencias inmediatamente las pacientes ingresaron a la institución, asumiendo que la gran mayoría estaban altamente sintomáticas al momento de ser valoradas en urgencias, y se incluyó esta variable como un medidor indirecto de severidad sintomática al ingreso de la hospitalización. Se excluyeron las sedaciones aplicadas en contexto de descompensación de enfermedad orgánica (por ejemplo: episodios convulsivos, manejo de distonías, agitaciones por delirium o cuadros confusionales). Por la naturaleza retrospectiva del estudio no se pudieron aplicar escalas para medir severidad sintomática al ingreso de la institución. Los datos fueron recolectados en una base de datos digital a la cual sólo tuvieron acceso los investigadores. Se manejó en el programa Microsoft Excel 365 para la base de datos, el procesamiento de estos se realizó con el software RStudio.

Se llevó a cabo un análisis univariado, para las variables numéricas de distribución normal se realizaron medidas de tendencia central (media, desviación estándar). Para las variables que no eran de distribución normal, se usaron mediana y rangos intercuartílicos. Las variables categóricas fueron procesadas en porcentajes y frecuencias. Luego, se hizo un análisis bivariado. Se usó la prueba T de Student para analizar la asociación entre variables cuantitativas y cualitativas dicotómicas, siempre y cuando la distribución fuera normal. Para las variables cualitativas, se empleó la prueba Chi cuadrado y Odds Ratio crudo con su respectivo intervalo de confianza al 95%, manejando error alfa de 5%. Finalmente, se llevó a cabo un análisis multivariado en el cual se usaron los principales métodos de dependencia como el análisis de regresión o la regresión logística, se calcularon OR ajustados con las posibles variables de confusión o que tuvieran un p valor igual o menor a 0,2 para detectar posibles interacciones. Se incluyeron las variables que tuvieran una p mayor a 0,2 en el análisis bivariado con la metodología “hacia adelante”.

El estudio fue sometido a la evaluación del comité de investigaciones del HDPUV y al comité de ética de la Universidad Libre, obteniendo las respectivas aprobaciones del protocolo en el año 2022. Se consideró un estudio sin riesgo para las participantes dada su naturaleza retrospectiva.

Tabla 1. Caracterización sociodemográfica.

Variable	Total (n=669)	CPA (n=333)	CPC (n=336)	Valor p*
Edad	39,05 (DE = 12,6)	39,61(DE = 12,83)	38,49 (DE = 12,38)	0,26
Grupo familiar				
Dos o más personas	441(6%)	223(67%)	218(65%)	0,57
Un solo acompañante	116(17,3%)	52(16%)	64(19%)	0,24
Vive sola	51 (7,6%)	29(8,7%)	22(6,5%)	0,29
Habitante de calle	23 (3,4%)	14(4,2%)	9(2,6%)	0,28
Institución	17 (2,5%)	6 (1,8%)	11(3,3%)	0,23
Sin dato	21 (3,2%)	9(2,7%)	12(3,5%)	0,52
Estado civil				
Soltera	497(74,3%)	243(73%)	254(75,6%)	0,54
Casada/Unión libre	150(22,4%)	74(22,2%)	76(22,6%)	0,9
Viuda	10(1,5%)	9(2,7%)	1(0,3%)	**0,01
Sin dato	12 (1,8%)	7(2,1%)	5(1,5%)	0,55
Procedencia				
Cali	409 (61,2%)	208(62,5%)	201(59,8%)	0,48
Municipios Valle del Cauca	223 (33,3%)	107(32,1%)	116(34,5%)	0,51
Municipios fuera del Valle	36 (5,3%)	17(5,1%)	19(5,7%)	0,7
Sin dato	1 (0,2%)	1(0,3%)	0	N/A
Vivienda				
Urbano	594 (88,8%)	291 (87,4%)	303(90,2%)	0,25
Rural	73 (10,9%)	40 (12%)	33(9,8%)	0,36
Sin dato	2 (0,3%)	2(0,6%)	0	N/A
Régimen de salud				
Subsidiado	543(81,2%)	269(80,8%)	274(81,5%)	0,8
Contributivo	106(15,8%)	53 (15,9%)	53(15,8%)	0,96
No asegurado	19 (2,8%)	11 (3,3%)	8(2,4%)	0,47
Sin dato	1 (0,2%)	0	1 (0,2%)	N/A
Nivel educativo				
Sin escolaridad	93(13,9%)	47(14,1%)	46(13,7%)	0,95
Primaria	251(37,5%)	122(36,7%)	129(38,4%)	0,64
Secundaria	171 (25,6%)	87(26,1%)	84(25%)	0,74
Tecnológico	45 (6,7%)	22(6,6%)	23(6,8%)	0,9
Universitario	33 (4,9%)	14(4,2%)	19(5,7%)	0,38
Sin dato	76 (11,4%)	41(12,3%)	35(10,4%)	0,44

*Chi2 para variables cualitativas, t test para comparar variables cuantitativas ya que fueron de distribución normal.

RESULTADOS

En total 669 pacientes cumplieron criterios de inclusión, 333 para la CPA y 336 personas para la CPC. Las características sociode-

moográficas de la población se pueden encontrar en la Tabla 1. El promedio de edad fue de 38,4 años (DE 12,6). La mayor parte de la población vive con uno o más familiares (83,6%), el resto de las pacientes viven solas, en situación de calle o institucionalizadas.

Tabla 2. Caracterización clínica

Variable	Total (n=669)	CPA (n=333)	CPC (n=336)	Valor p*
Diagnóstico principal				
Trastorno afectivo bipolar / Trastorno esquizoafectivo	355 (53,1%)	178 (53,5%)	177(52,7%)	0,84
Esquizofrenia	183 (27,4%)	91(27,3%)	92(27,4%)	0,99
Sd cerebral orgánico	75 (11,2%)	29 (8,7%)	46(13,7%)	*0,04
Depresión mayor	34 (5,1%)	22 (6,6%)	12(3,6%)	0,074
Psicosis inducida por sustancias psicoactivas	19 (2,8%)	7 (2,1%)	12(3,6%)	0,24
Otros	3 (0,4%)	2 (0,5%)	1(0,3%)	0,56
Prevalencia de patología dual por historia clínica	176 (26,3%)	98(29,4%)	78(23,2%)	0,07
Causa de hospitalización				
Agresividad	560 (83,8%)	272(81,7%)	288(85,7%)	0,16
Ideación suicida	63 (9,4%)	35(10,5%)	28(8,3%)	0,34
Otras causas	46 (6,8%)	26(7,8%)	20(6%)	0,38
Tiempo en años desde el inicio de los síntomas de enfermedad mental				
Cero a un año	94 (14,1%)	48 (14,4%)	46 (13,7%)	0,79
Entre uno y cinco años	141 (21,1%)	74 (22,2%)	67 (19,9%)	0,47
Entre cinco y diez años	124 (18,4%)	60 (18%)	64 (19%)	0,73
Mas de diez años	309 (46,2%)	150 (45,1%)	159 (47,3%)	0,55
Sin dato	1 (0,2%)	1 (0,3%)	0	N/A
Requirió sedación en urgencias	509(76,1%)	259(77,8%)	250(74,4%)	0,31
Evasiones	0	0	0	N/A
Suicidios intrahospitalarios	0	0	0	N/A
Número de sedaciones parenteral, 10 primeros días de hospitalización				
Mínimo	0	0	0	***< 0,001
Máximo	21	10	21	
Media	1,4	0,9	1,9	
Mediana	0	0	1	
DE	2,3	1,54	2,76	
Administración de medicamentos diluidos	152 (22,7%)	50 (15%)	102 (30,4%)	***< 0,001
Protocolo de sedación endovenosa durante la hospitalización	15 (2,2%)	3 (0,9%)	12 (3,6%)	*0,02
Estancia hospitalaria en días	26,4 (DE = 13)	25,7 (DE = 13)	27 (DE = 12,8)	0,18
*Chi2 para variables cualitativas, t test para variables cuantitativas de distribución normal.				
** Shapiro wilk mostró p<0,001, se procesó como variables de distribución normal con t test.				

La mayor parte de la población proviene de la ciudad de Cali y solo el 5,3% de las pacientes atendidas venían de departamentos fuera del Valle del Cauca, la mayor parte reside en casco urbano y solo el 10,3% proviene del área rural. Más del 80% de las personas atendidas pertenecen al régimen subsidiado, y la mitad de ellas no han culminado bachillerato o no tienen escolaridad. La mayoría de las pacientes (74,3%) eran solteras al momento del

estudio. No hubo diferencias sociodemográficas significativas en las dos cohortes.

Respecto a las variables clínicas (Tabla 2) se encontró que el diagnóstico más prevalente fue el grupo con trastorno afectivo bipolar y trastorno esquizoafectivo (53%), seguido de esquizofrenia (27,4%). En menor medida el diagnóstico principal

Tabla 3. Probabilidad de requerir una o más sedaciones parenterales en los primeros diez días de hospitalización en salas, según exposición.

Variable	Requirió sedación	No requirió sedación	Odds Ratio	IC 95%	Valor p
Estancia en sala de PA	130(39%)	203(61%)	0,44	0,32 - 0,59	***<0,001
Estancia en sala de PC	200(59,5%)	136(40,5%)			
Dx de esquizofrenia	75(41%)	108(59%)	0,63	0,45 - 0,88	***0,008
Otros Dx	255(52,5%)	231(47,5%)			
Dx de TAB/esquizoafectivo	203(57,2%)	152(42,8%)	1,97	1,45 - 2,68	***<0,001
Otros Dx	127(40,5%)	187(59,5%)			
Dx de psicosis tóxica	5(26,3%)	14(73,7%)	0,34	0,12 - 0,95	**0,03
Otros Dx	334(51,4%)	316(48,6%)			
Patología dual	97(55,1%)	79(44,9%)	1,37	0,97 - 1,94	0,07
Sin patología dual	233(47,3%)	260(52,3%)			
Sedación en urgencias	283(55,6%)	226(44,4%)	3,01	2,05 - 4,41	***<0,001
Sin sedación en urgencias	47(29,4%)	113(70,6%)			
Causa de ingreso: agresividad	291(52%)	269(48%)	1,42	1,27 - 2,97	***0,002
Causa de ingreso: otras causas	39(35,8%)	70(64,2%)			
Medicación diluida	106(69,7%)	46(30,3%)	3,01	2,05 - 4,44	***<0,001
Medicación estándar	224(43,3%)	296(56,7%)			
Tiempo de enfermedad mental mayor a cinco años	205(47,3%)	228(52,7%)	0,8	0,58 - 1,097	0,16
Tiempo de enfermedad menor o igual a cinco años	125(53%)	111(47%)			
Vive con familia	272(48,8%)	285(51,2%)	0,89	0,59 - 1,33	0,57
Vive sin familia	58(51,8%)	54(48,2%)			
Sin escolaridad	122(49%)	127(51%)	0,98	0,72 - 1,74	0,9
Bachiller o mayor escolaridad	208(49,5%)	212(50,5%)			
Vivienda urbana	294(49,3%)	302(50,7%)	1,00	0,62 - 1,63	0,99
Vivienda rural	36(49,3%)	37(50,7%)			
Subsidiado/No asegurado	272(48,3%)	291(51,7%)	0,77	0,50 - 1,17	0,23
Régimen contributivo	58(54,7%)	48(45,3%)			
Pareja	71(47,3%)	79(52,7%)	0,96	0,67 - 1,68	0,82
Sin pareja	251(48,4%)	268(51,6%)			

fueron el grupo con síndrome cerebral orgánico (enfermedades neuropsiquiátricas) (11,2%), seguidos por trastornos depresivos y psicosis inducidas por consumo de sustancias. Aproximadamente la cuarta parte de las pacientes cumplieron criterios de comorbilidad por consumo de sustancias (basado en los criterios de la sociedad española de patología dual) (19,20). La mayor causa de hospitalización fue la agresividad (83,8%), seguido de la ideación suicida. La mayor parte de las pacientes requirió sedación por llegar en estado de agitación psicomotriz al servicio de urgencias (76,1%). Para las anteriores variables, hubo una adecuada

homogeneidad en ambas cohortes, solo se registró una diferencia discretamente mayor de enfermedad neuropsiquiátrica para la CPC (8,7 vs 13,7%, $p=0,04$), sin significancia estadística en los demás diagnósticos ni en las demás variables descritas. Tampoco se encontraron diferencias significativas en el promedio de estancia hospitalaria. En ninguna de las dos cohortes se registraron evasiones o suicidios durante la hospitalización.

Para la variable “número de sedaciones parenterales aplicadas durante los primeros diez días de hospitalización” se encontró

Tabla 4. Probabilidad de requerir sedación parenteral en los primeros diez días de hospitalización en salas, OR ajustado.

Variable Independiente	OR ajustado	IC 95%
Hospitalización en sala de puerta abierta	0,44	0,30 - 0,61
Patología dual	1,49	0,98 - 2,29
Sedación parenteral en urgencias	2,9	1,91 - 4,46
Diagnóstico de esquizofrenia	0,85	0,57 - 3,67
Diagnóstico de TAB/esquizoafectivo	2,63	1,09 - 6,73
Diagnóstico psicosis tóxica	0,51	0,12 - 2,01
Diagnóstico SCO	2,19	0,83 - 6,06
Causa de hospitalización: agresividad	1,23	0,72 - 2,11
Enfermedad mental mayor a cinco años	0,7	0,47 - 1,06
Pertenecer al régimen subsidiado	0,75	0,47 - 1,21
Edad	0,99	0,98 - 1,01

que fue en promedio menor para la CPA ($p<0,001$); también hubo una mayor probabilidad de requerir administración de medicación oral de forma diluida para la CPC ($p<0,001$); finalmente una mayor probabilidad de requerir sedación por vía endovenosa en la CPC ($p=0,02$).

En el análisis bivariado (Tabla 3) se definió como variable dependiente la frecuencia de requerir una o más sedaciones parenterales por agitación psicomotriz durante los primeros diez días de hospitalización. Las variables independientes en las que se tuvieron diferencias significativas y que se encontró una asociación cruda menor al valor nulo para requerir sedación fueron: 1. Haber sido hospitalizada en sala de puerta abierta, 2. El diagnóstico de esquizofrenia, 3. Diagnóstico de psicosis inducida por sustancias. Las variables independientes en las que se tuvieron diferencias significativas y que tuvieron una asociación mayor al valor nulo de requerir sedación fueron: 1. Tener diagnóstico de trastorno afectivo bipolar o esquizoafectivo, 2. Haber requerido sedación parenteral en su ingreso a urgencias, 3. La agresividad como causa de hospitalización y 4. Haber requerido administrar la medicación oral de forma diluida durante la hospitalización. Variables como la presencia de patología dual, enfermedad neuropsiquiátrica y el tiempo de enfermedad mental, no mostraron una asociación de significancia estadística. Igualmente, ninguna de las variables sociodemográficas mostró una asociación con el requerimiento de sedación durante la hospitalización.

Para el análisis multivariado (Tabla 4) se realizó un modelo de regresión logística, en el cual se mantuvo como variable dependiente la oportunidad de requerir una o más sedaciones parenterales por agitación psicomotriz durante los primeros diez días de hospitalización, y se incluyeron en el modelo todas las variables

independientes que mostraron significancia estadística o que pudieran incidir en el requerimiento o no de sedación parenteral (desde la revisión de la literatura). Los OR ajustados en el modelo final evidencian que existe una asociación protectora de la hospitalización en puerta abierta ajustada por las variables incluidas en el modelo; el diagnóstico de enfermedad bipolar, haber requerido sedación al ingreso de urgencias, y requerir medicación diluida durante la hospitalización.

DISCUSIÓN

La probabilidad de requerir al menos una sedación parenteral durante los primeros diez días de hospitalización en salas fue un 56% menor para la CPA respecto a la CPC (OR=0,44, IC 95% 0,32-0,59). El OR obtenido luego del análisis multivariado fue ajustado por variables que se consideraron de confusión, pero que no modificaron de manera significativa el valor absoluto del OR con relación al encontrado en el análisis bivariado.

Aun cuando la mayoría de los estudios encontrados en la literatura, son de carácter cuasi-experimental u observacional, estos han sido consistentes en encontrar una disminución del uso de medidas coercitivas para manejar los pacientes agudos cuando se cambia la política a salas abiertas.⁷⁻¹³ Teniendo en cuenta que, las sedaciones parenterales usualmente van acompañadas de inmovilizaciones²³ para prevenir caídas, es probable que en la CPA haya existido una menor cantidad de inmovilizaciones.

Lograr reducir el número de sedaciones y de medidas coercitivas no solo resulta beneficioso para las pacientes, sino también para el personal, dado el desafío ético y la carga psicosocial que supone llevar a cabo las medidas restrictivas para la contención de con-

ducta violenta, y el subsecuente agotamiento que producen estas en el personal de salud.²⁴ Un estudio reciente realizado en Alemania entre 2017 y 2018, no evidenció un aumento de los eventos adversos y redujo el tiempo de tratamiento involuntario durante los periodos de puertas abiertas.²⁵ Otro estudio con usuarios de sustancias psicoactivas en Italia tampoco mostró un aumento significativo en el número de evasiones en las salas abiertas, asociando el riesgo de evasión a otros factores,²⁶ hallazgos que son consistentes con los encontrados en el presente estudio, en el cual no solo se reduce el riesgo de requerir sedaciones, sino que también es menor el riesgo de requerir tratamiento oral diluido (medida que se toma para aquellos pacientes que no quieren recibir fármacos o que de alguna forma rechazan la medicación oral). Adicionalmente, no se registraron evasiones ni suicidios intrahospitalarios en ninguna de las cohortes en el periodo de seguimiento.

La agitación psicomotriz es un problema complejo de múltiples etiologías, que puede ser explicada por trastornos mentales,²⁷ consumo de sustancias,²⁸ enfermedades médicas,²⁹ estrés y ansiedad,³⁰ trauma físico y emocional,³¹ y factores ambientales.³² Es decir, se trata de un problema complejo y multifactorial, sin embargo, nuestros hallazgos son consistentes con lo reportado en la literatura en estudios que abordan la disminución de medidas coercitivas.

De otro lado existen estudios que han reportado una mejor percepción de la atmosfera terapéutica en las salas abiertas, usando la escala de evaluación climática de Essen (EssenCES).³³⁻³⁵ Estos hallazgos de la literatura podrían estar explicando, por lo menos en parte, la reducción de las medidas coercitivas, ya que en dichos estudios tanto los pacientes como el personal de salud reportaron una mayor experiencia de seguridad en los entornos abiertos que en los entornos cerrados. Se requieren estudios de tipo ensayo clínico aleatorizado pragmático,³⁶ que pueda contribuir a esclarecer la causalidad de estas asociaciones. Es importante anotar que, si bien existe una tendencia a mostrar una reducción en las medidas coercitivas en ambientes abiertos, es necesario tener en cuenta que los estudios encontrados cuentan con deficiencias metodológicas, con riesgo de sesgos y una definición de “sala abierta” que puede variar notablemente entre un estudio y otro,³⁷ lo cual dificulta llegar a consensos en los hallazgos reportados.

En las debilidades del estudio, está la imposibilidad de evaluar la intensidad sintomática, y la naturaleza retrospectiva del mismo. Así mismo no se pudieron medir otras variables de interés que son reportadas en otros estudios; como son el número de inmobilizaciones, el tiempo de hospitalización en contra de la voluntad, la administración de medicación en contra de la voluntad, agresiones al personal y agresiones a otras pacientes, dado que no la totalidad de estos eventos no suelen ser consignadas en las historias clínicas. Otra de las dificultades es que la política en el

cambio de puertas abiertas solo fue posible evaluarla en la sala de mujeres, por lo cual no se incluyó población masculina en el estudio. En relación con las fortalezas del estudio, se realizó en un hospital de referencia a nivel regional lo cual permitió tener una muestra suficiente, la homogeneidad en el grupo de exposición y el grupo control y la consistencia a los protocolos de atención en el periodo de tiempo de seguimiento de ambas cohortes del estudio.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen a los usuarios del HDPUV, al personal de enfermería y seguridad del HDPUV, y a los doctores Mauricio Moreno y Eduardo Botero, docentes del programa de psiquiatría de la Universidad Libre.

DECLARACIÓN DE USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL GENERATIVA (IAG)

Los autores declaran que no se utilizaron herramientas de Inteligencia Artificial Generativa (IAG), Modelos de Lenguaje a Gran Escala (LLM) ni tecnologías asistidas por Inteligencia Artificial (IA) en ninguna de las etapas de conceptualización, redacción, procesamiento de datos o creación de imágenes de este manuscrito.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Trastornos mentales [Internet]. Ginebra: OMS; 8 de junio de 2022 [citado 28 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
2. Raheb C. Clasificación en psiquiatría. Conceptos y enfoques. Sistemas de clasificación: DSMIV, ICD10. [Maestría]. Universitat Autònoma de Barcelona; 2008.
3. Martín BH. El Trabajo Social en la intervención psicosocial con personas con Trastorno Mental Severo: Una reflexión sobre el papel de las familias. Documentos de Trabajo Social. 2013; 52: 314-325.
4. Tyrer P, Kendall T, Barnett R, Bowers L, Burt L, Duxbury J, *et al.* Violence and Aggression: Short-Term Management in Mental Health, Health and Community Settings: Updated edition. NICE Guideline NG10. The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists; 2015.
5. Beer MD, Pereira SM, Paton C. Psychiatric Intensive Care. 2nd ed. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2008.
6. Bowers L, Jeffery D, Bilgin H, Jarrett M, Simpson A, Jones J. Psychiatric Intensive Care Units: a Literature Review. Int J Soc Psychiatry. 2008; 54(1):56-68. DOI: 10.1177/0020764007082482
7. Jungfer H-A, Schneeberger AR, Borgwardt S, Walter M, Vogel M, Gairing SK, *et al.* Reduction of seclusion on a hospital-wide level: Successful implementation of a less restrictive policy. Journal of Psychiatric Research. 2014; 54:94-9. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2014.03.020

8. Längle G, Steinauer C, Messerli-Bürgy N, Aeschlimann A, Schultze-Lutter F, Vetter S. Patient perspectives on open-door policies in psychiatry: mixed methods study. *J Med Internet Res*. 2025;27:e73610. DOI: 10.2196/73610.
9. Steinauer R, Huber CG, Petitjean S, Wiesbeck GA, Dürsteler KM, Lang UE, *et al*. Effect of Door-Locking Policy on Inpatient Treatment of Substance Use and Dual Disorders. *Eur Addict Res*. 2017; 23(2):87-96. DOI: 10.1159/000458757
10. Haglund K, von Knorring L, von Essen L. Psychiatric wards with locked doors - advantages and disadvantages according to nurses and mental health nurse assistants. *J Clin Nurs*. abril de 2006; 15(4):387-94. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2006.01489.x
11. Hochstrasser L, Voulgaris A, Möller J, Zimmermann T, Steinauer R, Borgwardt S, *et al*. Reduced Frequency of Cases with Seclusion Is Associated with "Opening the Doors" of a Psychiatric Intensive Care Unit. *Front Psychiatry*. 2018; 9:57. DOI: 10.3389/fpsyt.2018.00057
12. Beaglehole B, Beveridge J, Campbell-Trotter W, Frampton C. Unlocking an acute psychiatric ward: The impact on unauthorised absences, assaults and seclusions. *BJPsych Bull*. 2017; 41(2):92-6. DOI: 10.1192/pb.bp.115.052944
13. Cibis M-L, Wackerhagen C, Müller S, Lang U, Schmidt Y, Heinz A. Vergleichende Betrachtung von Aggressivität, Zwangsmedikation und Entweichungsraten zwischen offener und geschlossener Türpolitik auf einer Akutstation. *Psychiatr Prax*. 2016; 44(03):141-7. DOI: 10.1055/s-0042-105181
14. Tulloch KJ, Zed PJ. Intramuscular Olanzapine in the Management of Acute Agitation. *Ann Pharmacother*. 2004; 38(12):2128-35. DOI: 10.1345/aph.1E258
15. Vanegas-Medina CR, De la Espriella-Guerrero RA. La institución psiquiátrica en Colombia en el año 2025. Investigación con método Delphi. RGYPS [Internet]. 9 de diciembre de 2015 [citado 3 de noviembre de 2019];14(29). Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsa/article/view/15147>
16. Manager. Hospitalización [Internet]. Cali: Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle E.S.E.; [citado 28 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.psiquiatricocali.gov.co/index.php/hospitalizacion>
17. Bowers L, Haglund K, Muir-Cochrane E, Nijman H, Simpson A, Van Der Merwe M. Locked doors: a survey of patients, staff and visitors: Locked doors survey. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2010; 17(10):873-80. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2010.01614.x
18. Bowers, L., Whittington, R., Nolan, P., Parkin, D., Curtis, S., Bhui, K. *et al*. The City 128 Study of Observation and Outcomes on Acute Psychiatric Wards. Report to the NHS SDO Programme. London: NHS SDO Programme; 2007.
19. Bobes J, Calcedo Barba A, García-Portilla González MP, *et al*. Estudio Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las redes de salud mental y de atención al drogodependiente. *Adicciones*. 2011; 23(4):303-313. DOI: 10.20882/adicciones.70.
20. Fernández-Miranda JJ, Fontoba-Díaz J, Díaz-Fernández S, Pascual-Pastor F. Concurrencia de trastorno por consumo de sustancias y de otro trastorno mental en personas en tratamiento por alguno de ellos en España. *Adicciones (Palma de Mallorca)*. 2024; 36(1):31-40. DOI: 10.20882/adicciones.1692
21. García-Portilla MP, Saiz PA, Bousoño M, Bascarán MT, Jiménez-Arriero MA, Fernández-Calvo JL. Adaptation and validation of the Aggression Questionnaire for use with Spanish psychiatric patients. *Actas Esp Psiquiatr*. 2002; 30(2):79-84.
22. Abderhalden C, Needham I, Dassen T, Halfens R, Haug HJ, Fischer JE. Predicting inpatient violence in acute psychiatric wards using the Brøset-Violence-Checklist: a multicentre prospective cohort study. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2004; 11(4):422-427. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2004.00742.x
23. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings. NICE guideline [NG10]. Publicado en marzo de 2015. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10/chapter/1-Recommendations-using-restrictive-interventions-in-inpatient-psychiatric-settings-2>. Accedido el 21 de junio de 2023.
24. Haugom E, Ruud T, Hynnekleiv T. Ethical challenges of seclusion in psychiatric inpatient wards: A qualitative study of the experiences of Norwegian Mental Health Professionals. *BMC Health Services Research*. 2019; 19(1). DOI: 10.1186/s12913-019-4727-4
25. Schreiber LK, Metzger FG, Flammer E, Rinke H, Fallgatter AJ, Steinert T. Open doors by fair means: A quasi-experimental controlled study on the effects of an open-door policy on acute psychiatric wards. *BMC Health Services Research*. 2022;22(1). DOI: 10.1186/s12913-022-08322-6
26. Napoli G, Cannone M, Garzitto M, Colizzi M, Balestrieri M. Prevalence and risk factors for absconding from an open-door, no-restraint inpatient psychiatric unit: A single-center study in Italy. *Behavioral Sciences*. 2023; 13(1):58. DOI: 10.3390/bs13010058.
27. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5). American Psychiatric Publishing; 2013.
28. Lejoyeux M, Weinstein A. Compulsive buying. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2010; 36(5):248-253. DOI: 10.3109/00952990.2010.493589.
29. Aarsland D, Ballard C, Larsen JP, McKeith I. A comparative study of psychiatric symptoms in dementia with Lewy bodies and Parkinson's disease with and without dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2001; 16(5):528-536. DOI: 10.1002/gps.383.
30. Haller M, Kruk MR. Normal and abnormal aggression: A review of the literature. *Neuropsychopharmacology*. 2014; 40(13):279-294. DOI: 10.1038/npp.2014.118.
31. Breslau N, Kessler RC. The stressor criterion in DSM-IV posttraumatic stress disorder: an empirical investigation. *Biol Psychiatry*. 2001; 50(9):699-704. DOI: 10.1016/S0006-3223(01)01214-X.
32. Gao L, Chan WC, Mak YW. Environmental factors in aggression: A systematic review and implications for prevention and treatment. *Trauma Violence Abuse*. 2012; 13(3):153-168. DOI:

10.1177/1524838012452473.

33. Efkenmann SA, Bernard J, Kalagi J, Otte I, Ueberberg B, Assion H-J, *et al.* Ward atmosphere and patient satisfaction in psychiatric hospitals with different ward settings and door policies. results from a mixed methods study. *Frontiers in Psychiatry*. 2019; 10. DOI: 10.3389/fpsy.2019.00576
34. Lo S, Gaupp R, Huber C, Schneeberger A, Garic G, Voulgaris A, *et al.* Einfluss einer offenen-tür-Politik auf die stationsatmosphäre: Auswirkungen auf die behandlungsqualität. *Psychiatrische Praxis*. 2017; 45(03):133-9. DOI: 10.1055/s-0042-121784
35. Indregard AMR, Nussle HM, Hagen M, Vandvik PO, Tesli MS, Gather J, Kunøe N. Open-door policy versus treatment-as-usual in urban psychiatric inpatient wards: a pragmatic, randomised controlled, non-inferiority trial in Norway. *Lancet Psychiatry*. 2024 May;11(5):330-338. DOI: 10.1016/S2215-0366(24)00039-7.
36. Kunøe N, Nussle HM, Indregard A-M. Protocol for the lovisenberg open acute door study (loads): A pragmatic randomised controlled trial to compare safety and coercion between open-door policy and usual-care services in acute psychiatric inpatients. *BMJ Open*. 2022; 12(2). DOI: 10.1136/bmjopen-2021-058501.
37. Nyhuis PW, Zinkler M. Offene Psychiatrie und Gemeindepsychiatrische Arbeit. *Der Nervenarzt*. 2019; 90(7):695-9. DOI: 10.1007/s00115-019-0744-0